

Université de Montréal

**Influence des vulnérabilités des personnes sur l'appréciation de l'expérience de  
soins de première ligne**

Par

Ola Haïdar

Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé

École de santé publique

Thèse présentée

en vue de l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor- Doctorat (Ph. D.)

en Santé Publique

option Organisation des soins de santé

Décembre 2018

©Ola Haïdar, 2018

Université de Montréal

Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé  
École de santé publique

Cette thèse intitulée

Influence des vulnérabilités des personnes sur l'appréciation de l'expérience de soins de  
première ligne

Présentée par

Ola Haïdar

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Lise Lamothe, Présidente-rapporteure

Marie-Pierre Sylvestre, Membre du jury

Mira Johri, Membre du jury

Éric Tchouaket Nguemeleu, Examineur externe

Delphine Bosson-Rieutort, Représentante du doyen

## RÉSUMÉ

L'objectif de cette thèse est d'analyser les variations dans l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne des personnes selon leurs vulnérabilités, compte tenu des sources habituelles de soins et des contextes locaux dans le contexte d'un système universel de soins médicaux et hospitaliers.

L'étude apprécie l'expérience de soins de 9 206 personnes. Leurs vulnérabilités sanitaire, biologique, matérielle, relationnelle et culturelle sont prises en compte. Les sources habituelles de soins sont divisées en trois classes : 1) n'avoir aucune source habituelle de soins; 2) avoir une source habituelle de soins de première ligne représentée par cinq modèles organisationnels des services (quatre modèles de type professionnel : à prestataire unique, de contact, de coordination et de coordination intégré, et un modèle de type communautaire); et finalement 3) avoir une source habituelle de soins autre que de première ligne. Les contextes locaux sont divisés en quatre groupes : le pourvu-indépendant, l'équilibré-coordonné, le dépourvu-dépendant et l'affluent-commerçant. La régression logistique multiple est utilisée comme stratégie d'analyse.

Le premier article de la thèse permet de comprendre l'influence des vulnérabilités et de leurs interactions sur l'appréciation de l'expérience de soins. Les vulnérabilités sont généralement associées à une appréciation positive de l'expérience de soins sauf pour les personnes vulnérables culturellement. Cet effet de la vulnérabilité s'accroît souvent en présence d'une deuxième vulnérabilité, soit la vulnérabilité sanitaire. Les personnes vulnérables culturellement ont une appréciation positive plus fréquente de leur expérience de soins lorsqu'elles sont aussi vulnérables sanitaires.

Le second article permet, quant à lui, de comprendre l'effet modérateur des sources habituelles de soins sur la relation entre les vulnérabilités et l'appréciation de l'expérience de soins. Les personnes vulnérables matériellement et relationnellement ont une appréciation positive plus fréquente de leur expérience de soins surtout lorsqu'elles utilisent une source habituelle de soins de première ligne. Cette appréciation est la plus fréquente pour le modèle

professionnel de prestataire unique et la moins fréquente pour le modèle professionnel de contact.

C'est dans le troisième article que nous nous intéressons à l'effet modérateur des contextes locaux sur la relation entre les vulnérabilités et l'appréciation de l'expérience de soins. Les contextes locaux sont généralement associés à une appréciation positive plus fréquente de l'expérience de soins des personnes vulnérables, sauf les personnes vulnérables culturellement. Cette appréciation est la plus fréquente pour le contexte équilibré-coordonné et la moins fréquente pour les contextes dépourvu-dépendant et affluent-commerçant.

Le quatrième et dernier article analyse l'effet modérateur de l'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local sur la relation entre les vulnérabilités et l'appréciation de l'expérience de soins. Les personnes vulnérables culturellement ont une appréciation positive plus fréquente de l'expérience de soins lorsque la source habituelle de soins est du type professionnel de prestataire unique dans deux contextes locaux : le pourvu-indépendant et le dépourvu-dépendant. Cette appréciation est moins fréquemment positive lorsqu'elle est du type professionnel de contact et de coordination intégré et du type communautaire dans l'un ou l'autre des contextes locaux : le dépourvu-dépendant et l'affluent-commerçant.

L'étude démontre que les personnes vulnérables favorisent la pratique solo et que l'abondance des ressources au niveau local n'est pas garant d'une meilleure appréciation de l'expérience de soins. Il faut considérer l'interdépendance entre les facteurs individuels, organisationnels et contextuels pour mieux comprendre l'appréciation de l'expérience de soins.

**Mots-clés** : appréciation de l'expérience de soins de première ligne, vulnérabilités des personnes, source habituelle de soins, contexte local, effet modérateur, interaction.

## **ABSTRACT**

The objective of this thesis is to analyze variations in persons' appreciation of their experience of primary care based on their vulnerabilities when the usual sources of care used and local contexts within which the care is obtained are considered, all within the frame of a universal system of hospital and physician services.

We appreciated the experience of primary care of 9 206 persons. At the same time, the health related, biological, material, relational and cultural vulnerabilities of the users of the services are evaluated. Also, a classification into three categories of usual sources of care is used : 1) no usual source of care, 2) a usual source of primary care identified in a taxonomy of five organizational models (four models of professional types, the unique provider, the contact, the coordination and the integrated coordination, and a fifth model of community type), and finally 3) a usual source of care not of the primary level. In addition, a taxonomy of four groups of local contexts is used : the provided-independent, the balanced-coordinated, the deprived-dependent and the affluent-trader. Multiple logistic regression analyses were carried out.

The first article of the thesis elaborates on the influence of the vulnerabilities of persons and their interactions on the appreciation of the experience of care. It reveals that persons' vulnerabilities are generally associated with a positive appreciation of the experience of care, except for the culturally vulnerable persons. This positive effect of vulnerability on appreciation increases in the presence of a second vulnerability, especially the health-related vulnerability. Culturally vulnerable persons have a more frequent positive appreciation of their experience of care if they are also vulnerable in their health.

The second article features an analysis of the moderating effect of the usual sources of care on the relationship between different vulnerabilities and the appreciation of the experience of care. The main finding is that materially and relationally vulnerable persons have a more frequent positive appreciation of their experience of care when they use a usual source of primary care. This positive appreciation is the most frequent for the professional unique provider model and the least frequent for the professional contact model.

In the third article, we focus on the moderating effect of the local contexts on the relationship between the vulnerabilities and the appreciation of the experience of care. The positive appreciation of the experience of care by the vulnerable persons is the highest, when care is obtained in the balanced-coordinated context except for the culturally vulnerable persons. Meanwhile, the positive appreciation is the least for care obtained in the affluent-trader or provided-independent context.

The fourth and last article focuses on the analysis of the moderating effect of the interaction between the usual sources of care and the local contexts on the appreciation of the experience of care based on vulnerabilities. The main finding is that usual sources of care are not associated with the same appreciation of the experience of care in all the local contexts for culturally vulnerable persons. However, they have a less frequent positive appreciation when they use the professional contact and integrated coordination models or the community model in the deprived-dependent or affluent-trader context.

This study shows that vulnerable people favor solo practice and that the abundance of resources at the local level does not guarantee a better appreciation of the experience of care. The interdependence of individual, organizational, and contextual factors must be considered to better understand the appreciation of the experience of care.

**Keywords:** appreciation of the experience of primary care, vulnerabilities of people, usual source of care, local context, moderating effect, interaction.

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	iii
ABSTRACT .....	v
TABLE DES MATIÈRES .....	vii
LISTE DES FIGURES.....	x
LISTE DES TABLEAUX.....	xi
LISTE DES SIGLES.....	xv
DÉDICACE .....	xviii
REMERCIEMENTS .....	xix
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE 1 : Revue de la littérature et propositions théoriques .....	6
1.1 Appréciation de l'expérience de soins des patients.....	6
1.1.1 Que signifie l'expérience de soins ?.....	8
1.1.2 Principales composantes de l'expérience de soins de première ligne.....	13
1.2 Déterminants de l'appréciation de l'expérience de soins.....	21
1.2.1 Les facteurs individuels.....	21
1.2.2 Les facteurs organisationnels .....	29
1.2.3 Les facteurs contextuels .....	42
1.3 Interrelations entre les déterminants de l'appréciation de l'expérience de soins .....	49
1.3.1 Les interactions entre les facteurs individuels : les vulnérabilités des personnes.....	49
1.3.2 Les interactions entre les facteurs individuels et organisationnels .....	55
1.3.3 Les interactions entre les facteurs individuels, organisationnels et contextuels . .....	60

1.4	Cadre général .....	67
1.4.1	Le modèle comportemental d'Andersen .....	67
1.4.2	Le cadre du processus de soins médicaux de Donabedian.....	69
1.4.3	L'approche configurationnelle .....	73
1.5	Synthèse de la littérature .....	76
	CHAPITRE 2 : Cadre conceptuel .....	78
2.1	Cadre conceptuel de référence : lien théorique entre les quatre concepts clés	78
2.2	Objectif général et objectifs principaux de la thèse .....	84
	CHAPITRE 3 : Méthodes .....	85
3.1	Stratégie et devis de recherche .....	85
3.2	Population et échantillon à l'étude .....	86
3.3	Source de données.....	88
3.4	Stratégie générale d'analyse.....	96
3.5	Validité de l'étude .....	104
3.6	Considérations éthiques .....	107
	CHAPITRE 4 : Résultats .....	108
4.1	Article 1.....	108
	L'influence des vulnérabilités des personnes et de leurs interactions sur l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne .....	108
4.2	Article 2.....	182
	L'effet modérateur des sources habituelles de soins sur la relation entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins de première ligne.....	182
4.3	Article 3.....	235



L'effet modérateur des contextes locaux sur la relation entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins de première ligne ..	235
4.4 Article 4.....	285
L'effet modérateur des sources habituelles de soins et des contextes locaux sur la relation entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins de première ligne ..	285
CHAPITRE 5 DISCUSSION GÉNÉRALE ..	359
5.1 Synthèse des résultats.....	359
5.2 Contributions de la recherche.....	374
5.2.1 Contributions méthodologiques .....	375
5.2.2 Contributions pratiques et aide à la prise de décision .....	376
5.2.3 Contributions théoriques .....	378
5.3 Validité de la recherche.....	380
5.4 Limites et forces de l'étude .....	384
CONCLUSION ET PERSPECTIVES .....	392
BIBLIOGRAPHIE .....	396
ANNEXE .....	421

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1.1</b> : Cadre d'analyse de l'expérience de soins, adapté du modèle comportemental d'utilisation des services .....	68
<b>Figure 1.2</b> : Cadre d'analyse de l'expérience de soins, adapté du modèle de processus de soins médicaux de Donabedian .....	70
<b>Figure 2.1</b> : Cadre conceptuel de l'analyse du lien entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de leur expérience de soins compte tenu des sources habituelles de soins et des contextes locaux .....	78
<b>Figure 3.1</b> : Devis de l'étude de Pineault et al.(2008) .....	90
<b>Figure 4.1.1</b> : Cadre conceptuel de l'analyse de la relation entre les vulnérabilités et l'expérience de soins .....	111
<b>Figure 4.2.1</b> : Cadre conceptuel de l'analyse de la relation entre les vulnérabilités et l'appréciation de l'expérience de soins compte tenu des sources habituelles de soins .....	184
<b>Figure 4.3.1</b> : Cadre conceptuel de l'analyse de la relation entre les vulnérabilités et l'appréciation de l'expérience de soins compte tenu des contextes locaux .....	236
<b>Figure 4.4.1</b> : Cadre conceptuel de l'analyse de la relation entre les vulnérabilités et l'appréciation de l'expérience de soins compte tenu des sources habituelles de soins et des contextes locaux .....	288

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1.1</b> : Principales composantes évaluées dans les enquêtes d’appréciation de l’expérience de soins hospitaliers selon les pays. ....	13
<b>Tableau 3.1</b> : Tailles de l’échantillon de l’étude de Pineault et al.(2008) .....	93
<b>Tableau 3.2</b> : Nombre des personnes attribuées des scores relatifs aux sept indices de l’expérience de soins .....	94
<b>Tableau 3.3</b> : Nombre des personnes attribuées des scores relatifs aux sept indices de l’expérience de soins à travers les quatre objectifs de notre étude .....	96
<b>Tableau 4.1.1</b> : Définition opérationnelle des vulnérabilités des personnes.....	117
<b>Tableau 4.1.2</b> : Définition opérationnelle des variables concernant la déclaration de l’utilisation et des besoins non comblés déclarés .....	118
<b>Tableau 4.1.3</b> : Définition opérationnelle des variables concernant l’appréciation de l’accessibilité, de la continuité, de la globalité, de la réactivité et des résultats de santé des services .....	120
<b>Tableau 4.1.4</b> : Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les vulnérabilités (N=9 206).....	125
<b>Tableau 4.1.5</b> : Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les composantes de l’utilisation des services et des besoins non comblés de l’expérience de soins (N=9 206) ....	125
<b>Tableau 4.1.6</b> : Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les composantes de l’accessibilité, la continuité, la globalité, la réactivité et des résultats de l’expérience de soins .....	126
<b>Tableau 4.1.7</b> : Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les variables de contrôle (N=9 206).....	127
<b>Tableau 4.1.8</b> : Rapports de cote (RC) ajustés et intervalles de confiance (95 %) de l’utilisation et des besoins non comblés de l’expérience de soins et des vulnérabilités (N=9 206).....	128
<b>Tableau 4.1.9</b> : Rapports de cote (RC) ajustés et intervalles de confiance (95 %) de l’accessibilité, de la continuité, de la globalité, de la réactivité et des résultats de services de l’expérience de soins et des vulnérabilités des personnes .....	129
<b>Tableau 4.1.10</b> : Rapports de cote (RC) ajustés et intervalles de confiance (95 %) de l’utilisation et des besoins non comblés de l’expérience de soins et des interactions entre les vulnérabilités des personnes (N=9 206) .....	132
<b>Tableau 4.1.11</b> : Rapports de cote (RC) ajustés et intervalles de confiance (95 %) de l’accessibilité géographique et organisationnelle, de la continuité d’affiliation, de la continuité d’information, de la réactivité et des résultats de l’expérience de soins et des interactions entre les vulnérabilités .....	133
<b>Tableau 4.2.1</b> Définition opérationnelle des vulnérabilités des personnes.....	190
<b>Tableau 4.2.2</b> : Définition opérationnelle des variables concernant la déclaration de l’utilisation et des besoins non comblés en services .....	191

<b>Tableau 4.2.3 :</b> Définition opérationnelle des variables concernant l'appréciation de l'accessibilité, de la continuité, de la globalité, de la réactivité et des résultats de santé des services .....	194
<b>Tableau 4.2.4 :</b> Définition opérationnelle de la source habituelle de soins .....	197
<b>Tableau 4.2.5 :</b> Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les vulnérabilités (N=9 206).....	201
<b>Tableau 4.2.6 :</b> Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les composantes de l'utilisation des services et des besoins non comblés de l'expérience de soins (N=9 206) ....	202
<b>Tableau 4.2.7 :</b> Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les composantes de l'accessibilité, de la continuité, de la globalité, de la réactivité et des résultats de l'expérience de soins.....	202
<b>Tableau 4.2.8 :</b> Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon la source habituelle de soins (N=9 206).....	204
<b>Tableau 4.2.9 :</b> Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les variables de contrôle (N=9 206).....	205
<b>Tableau 4.2.10 :</b> Rapports de cote (RC) ajustés et intervalles de confiance (95 %) des besoins non-comblés de l'expérience de soins et des interactions statistiquement significatives entre les vulnérabilités et la source habituelle de soins (N=9 206).....	206
<b>Tableau 4.2.11 :</b> Rapports de cote (RC) ajustés et intervalles de confiance (95 %) de l'accessibilité géographique et organisationnelle, la continuité d'affiliation, la globalité, la réactivité et des résultats de l'expérience de soins et des interactions statistiquement significatives entre les vulnérabilités et la source habituelle de soins .....	207
<b>Tableau 4.2.12 :</b> Répartition (nombre et pourcentage) des participants vulnérables et non vulnérables selon la source habituelle de soins par rapport à la population en général (N=9 206) .....	212
<b>Tableau 4.3.1 :</b> Définition opérationnelle des vulnérabilités des personnes .....	243
<b>Tableau 4.3.2 :</b> Définition opérationnelle des variables concernant la déclaration de l'utilisation des services et des besoins non comblés en services .....	244
<b>Tableau 4.3.3 :</b> Définition opérationnelle des variables concernant l'appréciation de l'accessibilité, de la continuité, de la globalité, de la réactivité et des résultats de santé des services .....	246
<b>Tableau 4.3.4 :</b> Définition opérationnelle du contexte local des soins .....	249
<b>Tableau 4.3.5 :</b> Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les vulnérabilités (N=9 206).....	252
<b>Tableau 4.3.6 :</b> Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les composantes de l'utilisation des services et des besoins non comblés de l'expérience de soins (N=9 206) ....	253
<b>Tableau 4.3.7 :</b> Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les composantes de l'accessibilité, de la continuité, de la globalité, de la réactivité et des résultats de l'expérience de soins.....	253

<b>Tableau 4.3.8 :</b> Répartition (nombre et pourcentage des participants selon le contexte local (N=9 206).....	254
<b>Tableau 4.3.9 :</b> Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les variables de contrôle (N=9206).....	254
<b>Tableau 4.3.10 :</b> Rapports de cote (RC) et intervalles de confiance (95 %) des besoins non-comblés et des interactions statistiquement significatives entre les vulnérabilités et le contexte local (N=9206).....	255
<b>Tableau 4.3.11 :</b> Rapports de cote (RC) et intervalles de confiance (95 %) de l’accessibilité, la continuité, la globalité et des résultats de l’expérience de soins et des interactions statistiquement significatives entre les vulnérabilités et le contexte local.....	256
<b>Tableau 4.3.12 :</b> Répartition (nombre et pourcentage) des participants vulnérables et non vulnérables selon le contexte local par rapport à la population en général (N=9 206).....	261
<b>Tableau 4.4.1 :</b> Définition opérationnelle des vulnérabilités des personnes .....	295
<b>Tableau 4.4.2 :</b> Définition opérationnelle des variables concernant la déclaration de l’utilisation des services et des besoins non comblés en services .....	296
<b>Tableau 4.4.3 :</b> Définition opérationnelle des variables concernant l’appréciation de l’accessibilité, de la continuité, de la globalité, de la réactivité et des résultats de santé des services.....	298
<b>Tableau 4.4.4 :</b> Définition opérationnelle de la source habituelle de soins .....	301
<b>Tableau 4.4.5 :</b> Définition opérationnelle du contexte local des soins .....	303
<b>Tableau 4.4.6 :</b> Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les vulnérabilités (N=9 206).....	309
<b>Tableau 4.4.7 :</b> Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les composantes de l’utilisation des services et des besoins non comblés de l’expérience de soins (N=9206).....	309
<b>Tableau 4.4.8 :</b> Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les composantes de l’accessibilité, la continuité, la globalité, la réactivité et des résultats de l’expérience de soins .....	309
<b>Tableau 4.4.9 :</b> Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon la source habituelle de soins (N=9 206).....	310
<b>Tableau 4.4.10 :</b> Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon le contexte local (N=9 206).....	310
<b>Tableau 4.4.11 :</b> Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les variables de contrôle (N=9 206).....	311
<b>Tableau 4.4.12 :</b> Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les sources habituelles de soins et les contextes locaux (N=9 206) .....	312
<b>Tableau 4.4.13 :</b> Rapports de cote (RC) ajustés et intervalles de confiance (95 %) des besoins non comblés de l’expérience de soins et des interactions entre les vulnérabilités et l’interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local .....	315

**Tableau 4.4.14 :** Rapports de cote (RC) ajustés et intervalles de confiance (95 %) de la continuité d'affiliation et de la réactivité de l'expérience de soins et des interactions entre les vulnérabilités et l'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local ..... 317

## **LISTE DES SIGLES**

ASSS : Agence de la santé et services sociaux

CAHPS : Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems

CERFM : Comité d'éthique de la recherche de la faculté de médecine

CH : Centre hospitalier

CHC : Child Health Clinic

CHLSD : Centre d'hébergement de soins de longue durée

CHU : Centre hospitalier universitaire

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CLSC : Centre local des services communautaires

CR : Clinique réseau

CRA : Clinique-réseau affiliée

CRI : Clinique-réseau intégrée

CSSS : Centre de santé et services sociaux

DSP : Direction de santé publique

ESPSS : Équipe santé des populations et services de santé

GMF : Groupe de médecine de famille

GMF-R : Groupe de médecine de famille réseau

GPAS : General Practice Assessment Survey

G7 : Groupe des sept

HCAHPS : Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems

HMO : Health Maintenance Organization

HSO : Health Service Organization

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

IPS : Infirmière praticienne spécialisée

IOM : Institute of Medicine

IRSC : Instituts de recherche en santé du Canada

MHC : Maternity Health Clinic

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

NHS : National Health Service

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PCAS : Primary Care Assessment Survey

PCAT : Primary Care Assessment Tool

PEQ : Patient Experiences Questionnaire

RLS : Réseaux locaux de services



SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

UMF : Unité de médecine familiale

## DÉDICACE

*À mon père Moussa et ma mère Salwa,  
qui illuminent mon chemin même après  
être partis de ce monde,*

*À mon bien-aimé Oussama, et nos deux  
cœurs Dana et Mohamad Ali,*

*À Maya, ma sœur et amie de toujours,*

*À Mohamad et Ibrahim, mes chers  
frères,*

*À tous ceux qui ont contribué de façon  
directe ou indirecte à mon  
cheminement académique.*

## REMERCIEMENTS

D’abord, louanges à Dieu pour toutes ses grâces et pour m’avoir aidée à arriver au terme de ce projet de thèse.

La présente thèse de doctorat n’aurait pas été possible sans le bienveillant soutien de mon directeur de recherche, Pr Paul Lamarche. Et je suis incapable de trouver les mots qui conviennent en ce qui concerne le rôle que M. Lamarche a joué tout au long de ces années, à mes côtés, pour en arriver là. Je voudrais qu’il accueille ici tous mes sentiments de gratitude qui viennent du fond de mon cœur, en acceptant mes remerciements. Merci M. Lamarche pour le soutien, les encouragements, les idées et toutes les discussions, dans votre bureau et au téléphone, et surtout pour l’apprentissage de la recherche. Votre disponibilité, vos conseils, vos innombrables lectures et votre secours au cours de certains moments difficiles m’ont été d’un immense réconfort tout au long de mon parcours d’études doctorales. Pour tout cela et encore plus, je vous en serai toujours reconnaissante !

Je tiens aussi à exprimer ma reconnaissance au Pr Jean-Frédéric Levesque, actuellement *Chief executive officer* au *Bureau of Health Information of New South (Australie)*, pour son encadrement durant mon stage et analyses des données à la Direction de santé publique de Montréal, pour sa précieuse participation au comité de suivi de ma thèse, et surtout, tout le temps qu’il m’a accordé. Merci, M. Levesque pour votre rigueur méthodologique, vos conseils et vos lectures qui m’ont aidée à bien structurer mon étude et ont éclairé plusieurs de mes points d’ombre.

Mes remerciements vont aussi au Pr Robert Pampalon, chercheur de l’Institut national de santé publique au Québec, qui a fait preuve d’une grande générosité en m’aidant à structurer une composante clé de ma recherche. Merci, M. Pampalon pour l’expertise prodiguée, les lectures et surtout l’éveil à la vulnérabilité et aux populations vulnérables.

Je tiens aussi à remercier chaleureusement l'équipe santé des populations et services de santé que j'ai eu la chance de côtoyer durant mes analyses de données à la Direction de santé publique de Montréal. Merci pour vos éclaircissements, vos réponses et surtout votre temps. Un merci particulier à Alexandre Prud'homme qui m'a généreusement aidée à bien exploiter la base de données. Je ne saurais oublier le Pr Raynald Pineault, chercheur principal de l'équipe, un excellent lecteur externe qui n'a pas été avare ni de son expertise ni de ses réponses.

Mes remerciements s'adressent aussi à la Direction de santé publique de Montréal de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal qui m'a permis de réaliser un stage enrichissant au sein de ses portes et qui m'a fourni le support organisationnel et logistique nécessaire pour réaliser le travail empirique de mon étude.

Je souhaite adresser mes remerciements au personnel de soutien du programme de Doctorat en santé publique de l'Université de Montréal, et plus particulièrement Jean-Guy Bouchard, Louise Dubuc, Angélique de Chatigny, Linette Cohen et Nicole Roberge, qui m'ont apporté un soutien adéquat tout au long de mes études doctorales.

Malgré les milliers de kilomètres qui nous séparent, je dis un grand merci à ma famille au Liban, et plus particulièrement à mon oncle Mohamad, ma sœur Maya, mes frères Mohamad et Ibrahim et mes amies Amal et Sanaa, qui m'ont encouragée sans cesse pour terminer ce projet de thèse.

Enfin, si cette thèse existe, c'est aussi et surtout grâce à un mari patient, compréhensif et très généreux. Merci, Oussama d'être toi et merci d'être là ! Un grand merci à mes deux enfants Dana et Mohamad Ali pour leur joie de vivre. Maintenant, votre maman peut vous dire : Oui, j'ai fini ma thèse !

## INTRODUCTION

Cette thèse analyse les variations dans l'appréciation de l'expérience de soins des usagers des organisations de santé de première ligne selon leurs vulnérabilités, les sources habituelles de soins utilisées et les contextes locaux au sein desquels les soins sont obtenus dans le contexte d'un système universel de soins médicaux et hospitaliers.

Les principales questions que nous nous sommes posées sont les suivantes : 1) est-ce que l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne varie selon les vulnérabilités des personnes ? 2) est-ce que la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins est modifiée par les sources habituelles de soins utilisées ? 3) est-ce que la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins est modifiée par les contextes locaux au sein desquels les soins sont obtenus ? 4) est-ce que la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins est modifiée par l'interaction entre les sources habituelles de soins et les contextes locaux ? Cette recherche a essayé de trouver des éléments de réponses à ces interrogations.

### ❖ Problématique de recherche

Depuis le début des années 1990, il existe une grande variation entre les pays à revenu élevé en ce qui concerne l'appréciation de l'expérience de soins de leur population (Blendon, Schoen, DesRoches, Osborn et Zapert, 2003; Commissaire à la santé et au bien-être, 2012; Schoen et al., 2007; Schoen, Osborn, How, Doty et Peugh, 2009; Schoen et al., 2004; Schoen et al., 2005). Cette variation est aussi observée à l'intérieur de ces pays et entre les différents groupes d'une même population (Elliott et al., 2010; Kontopantelis, Roland et Reeves, 2010; Solheim et Garratt, 2013). Le Canada et le Québec ne font pas exception (Institut canadien d'information sur la santé, 2012; Tremblay, Roberge et Berbiche, 2015).

La littérature sur l'analyse de l'appréciation de l'expérience de soins propose deux approches pour expliquer cette variation dans l'appréciation de l'expérience de

soins. Ces deux approches s'inspirent du cadre du processus de soins médicaux de Donabedian (1973) et du modèle comportemental de l'utilisation des services d'Andersen et Newman (1973). Les deux approches permettent d'identifier, à des degrés variables, des déterminants individuels, organisationnels et contextuels de l'appréciation de l'expérience de soins. L'approche inspirée du modèle d'Andersen (1973) met davantage l'accent sur les composantes individuelles des utilisateurs pour étudier l'appréciation de l'expérience de soins, mais dans un cadre organisationnel et contextuel. Elle propose une démarche linéaire et ne permet pas d'examiner des interactions entre les trois types de déterminants. Toutefois, l'approche inspirée par le modèle de Donabedian (1973) suggère que l'appréciation de l'expérience de soins est déterminée par les caractéristiques individuelles, organisationnelles et contextuelles ainsi que de l'interaction de ces caractéristiques.

Aux États-Unis, dont le système de soins n'est pas universel, il semble y avoir une relation négative entre les vulnérabilités des personnes, surtout les vulnérabilités matérielle et culturelle, et l'appréciation de l'expérience de soins (Elliott et al., 2011; Elliott et al., 2012; Elliott et al., 2010; Granados, 2013; Price et al., 2015). Or, dans des pays dont le système de soins est universel, la littérature stipule que la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins est variable (Akhavan et Tillgren, 2015; Kontopantelis, Roland et Reeves, 2010; Lyratzopoulos et al., 2012; Solheim et Garratt, 2013).

Certaines évidences démontrent aussi que les sources habituelles de soins et les contextes locaux influencent l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne de la population en général (Borgès Da Silva, 2010; Martsolf et al., 2018; Muggah et al., 2014; Pineault et al., 2008; Riverin et al., 2017; Tremblay, Roberge et Berbiche, 2015; Tuominen, Kaljonen, Ahonen et Rautava, 2012). Quelques évidences démontrent aussi que la même source habituelle de soins produit une appréciation différente de l'expérience de soins pour la population en général selon le contexte local au sein duquel elle évolue (Lamarche et Maillet, 2016; Lamarche et al., 2010; Lamarche et al., 2012).

Dans la majorité des études, l'analyse de l'influence de l'un ou l'autre de ces facteurs pris individuellement, laisse entrevoir que les caractéristiques des personnes ont le même effet sur l'appréciation de l'expérience de soins, et ce, indépendamment des caractéristiques des organisations de santé ou des environnements dans lesquels ont lieu les soins. Or, il est plausible, et même probable, qu'il n'en soit pas ainsi. Une organisation de santé donnée et un environnement donné sont susceptibles de modifier l'effet des caractéristiques des personnes sur l'appréciation de leur expérience de soins. Réciproquement, les caractéristiques des personnes sont susceptibles de modifier l'effet de l'organisation de santé et de l'environnement sur l'appréciation de l'expérience de soins. En d'autres mots, ces trois facteurs peuvent exercer simultanément des effets indépendants, mais aussi des effets interdépendants où l'effet d'un facteur dépend du niveau des deux autres facteurs.

Dans la littérature, peu de cadres permettent de prévoir la possible interdépendance des caractéristiques des personnes, des organisations de santé et des environnements dans leur capacité à influencer l'appréciation de l'expérience de soins. Selon nous, il faut tenir compte simultanément de tous les facteurs influençant l'appréciation de l'expérience de soins. La présente recherche veut donc analyser les variations dans l'appréciation de l'expérience de soins des personnes en fonction de leurs vulnérabilités, et ce, compte tenu des sources habituelles de soins et des contextes locaux. Elle propose alors un nouvel angle d'analyse qui associe les vulnérabilités, la source habituelle de soins, le contexte local et leurs interactions à l'appréciation de l'expérience de soins. Nous soulignons enfin que l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans son rapport de 2013 intitulé *La recherche pour la couverture sanitaire universitaire*, insiste sur la nécessité de faire un meilleur usage des connaissances actuelles avant de passer à la recherche de connaissances nouvelles (Organisation mondiale de la Santé, 2013). En ce qui concerne l'amélioration de notre compréhension des variations dans l'appréciation de l'expérience de soins des personnes, il est évident qu'on a besoin de trouver des applications pratiques aux connaissances actuelles.

## ❖ Objectifs de la thèse

L'objectif général de la thèse est d'analyser les variations dans l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne des personnes selon leurs vulnérabilités, compte tenu des sources habituelles de soins utilisées et des contextes locaux au sein desquels les soins sont obtenus dans le contexte d'un système universel de soins médicaux et hospitaliers.

Nous visons l'atteinte de cet objectif en répondant à quatre objectifs principaux :

1) examiner la relation entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins ;

2) examiner la relation entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins compte tenu des sources habituelles de soins ;

3) examiner la relation entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins compte tenu des contextes locaux ;

4) examiner la relation entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins compte tenu des sources habituelles de soins et des contextes locaux.

## ❖ Brève description du contenu de la thèse

La thèse est structurée en cinq chapitres. Le chapitre 1 présente la revue de la littérature ainsi que les différents cadres de référence et de propositions théoriques qui mettent en lien les concepts clés de l'étude. Le chapitre 2 présente le cadre conceptuel de référence et les objectifs de recherche qui émanent de ce cadre. Le chapitre 3 décrit les méthodes utilisées tout au long de la thèse : stratégie et devis de recherche, population et échantillon de l'étude, source de données, stratégie générale d'analyse, validité de l'étude ainsi que les aspects éthiques. Le chapitre 4 présente les résultats obtenus, et ce, sous forme d'articles scientifiques issus du développement des quatre



objectifs de recherche cités ci-dessus (chaque article est rattaché à un des objectifs). Le chapitre 5 est une discussion générale. Il fait une synthèse des résultats obtenus et présente leurs différentes implications théoriques et pratiques ainsi que les forces et les faiblesses de la thèse. Cette thèse se termine par une conclusion et des propositions de pistes de recherches futures.

## **CHAPITRE 1 : REVUE DE LA LITTÉRATURE ET PROPOSITIONS THÉORIQUES**

La revue de la littérature réalisée dans le cadre de cette thèse ne prétend pas être exhaustive, mais elle couvre assez largement les différents courants de pensée dans les quatre thèmes clés de la thèse que sont l'appréciation de l'expérience de soins, les vulnérabilités des personnes, les sources habituelles de soins et les contextes locaux. Après l'appréciation de l'expérience de soins, nous examinons les facteurs déterminant l'appréciation de l'expérience de soins. Ces facteurs sont de trois niveaux. Le niveau individuel réfère aux caractéristiques du patient. Le niveau organisationnel est constitué de l'organisation de santé et fait référence à la source habituelle de soins de première ligne utilisée par le patient. Le niveau contextuel regroupe les éléments relatifs au contexte local où les soins sont obtenus. Après avoir présenté les déterminants et leurs interrelations, nous terminons par un cadre général permettant d'intégrer les connaissances issues de la littérature et une synthèse de la littérature.

### **1.1 Appréciation de l'expérience de soins des patients**

Au cours des dernières décennies, la perspective (point de vue) des patients a reçu une attention considérable dans plusieurs domaines, allant de la participation à la prise de décision au plan individuel clinique, à la participation à l'établissement des priorités et l'élaboration des politiques, au financement de la recherche, à l'évaluation des technologies de la santé et à la recherche sur l'efficacité et la gouvernance de la santé (Boivin, Lehoux, Burgers et Grol, 2014). Plus récemment, la perspective des patients a été aussi préconisée pour l'élaboration des guides de pratique clinique encore pour l'appréciation des soins (Boivin et al., 2010; Boivin, Green, Van der Meulen, Légaré et Nolte, 2009; Campbell, Braspenning, Hutchinson et Marshall, 2002). Les patients ou le public peuvent donc être consultés à partir des techniques d'enquêtes, ou sur une base individuelle, afin de vérifier « leur perception » des soins ou des services qu'ils reçoivent. L'appréciation de l'expérience de soins est soumise à la perception des patients (LaVela, 2014).

L'intérêt pour l'appréciation de l'expérience de soins des patients et la publication des rapports publics s'y référant est croissant depuis la fin des années 90 (Delnoij, 2009; Dubé-

Linteau et Institut de la statistique du Québec, 2017; Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2011). De nombreux pays européens, ainsi que les États-Unis, le Canada et l'Australie ont entrepris des enquêtes pour apprécier l'expérience de soins telle que perçue par les patients. Dans plusieurs pays, ces enquêtes font partie d'un programme systématique et sont réalisées à des intervalles réguliers. C'est le cas des États-Unis, du Danemark, de la Norvège, du Royaume-Uni, des Pays-Bas et du Canada. Des organisations comme l'Organisation de Coopération et Développement Économiques (OCDE), le Commonwealth Fund, le Picker Institute Europe et l'OMS ont également entrepris des comparaisons internationales sur le sujet (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2011; Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2008). Les États-Unis et le Royaume-Uni ont de loin la plus longue tradition en ce domaine. On trouve, par exemple, les enquêtes du Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS), du Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) et du Primary Care Assessment Survey (PCAS) aux États-Unis et les enquêtes du Picker Institute Europe pour le National Health Service (NHS) au Royaume-Uni tel le General Practice Assessment Survey (GPAS). Au Canada, nous citons à titre d'exemple d'enquêtes le Primary Care Assessment Tool (PCAT). Ces programmes ont servi de référence à l'appréciation des expériences de soins des patients (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2011; Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2008).

Avec l'utilisation croissante que connaissent les enquêtes d'appréciation de l'expérience de soins dans les divers pays occidentaux, il en résulte une importance grandissante de ces enquêtes en matière d'appréciation des soins selon la perspective des patients (Bleich, Ozaltin et Murray, 2009; Organisation de Coopération et de Développement Économiques, 2002). De plus en plus, les travaux montrent que l'information provenant des enquêtes d'appréciation de l'expérience de soins peut mener à une réelle amélioration de l'expérience de soins des patients (Reeves et Seccombe, 2008; Reeves, West et Barron, 2013). Plusieurs études indiquent que les hôpitaux dont les patients affichent une bonne expérience de soins sont associés à de meilleurs résultats cliniques (Isaac, Zaslavsky, Cleary et Landon, 2010; Jha, Orav, Zheng et Epstein, 2008; Meterko, Wright, Lin, Lowy et Cleary, 2010).

Dans la section suivante, nous nous présentons ce que l'on entend par l'expérience de soins et comment l'opérationnaliser.

### **1.1.1 Que signifie l'expérience de soins ?**

Le concept de l'expérience de soins est récent. Les travaux d'appréciation de l'expérience de soins par enquête ont précédé l'élaboration et la discussion des éléments théoriques de ce concept. Le peu de définitions repérées dans la littérature laisse comprendre que l'expérience de soins repose principalement sur cette conceptualisation d'une expérience de soins qui fait développer, chez le patient ou le consommateur de soins, une certaine attitude ou connaissance (perception) de plusieurs aspects de soins consommés.

Selon Cassady et al. (2000), l'expérience de soins est une approche qui vise à décrire les expériences vécues des personnes dans leurs interactions avec le système de soins. Selon eux, les composantes d'une telle expérience de soins peuvent être jugées par les patients (Cassady et al., 2000).

D'après Safran (2003), l'expérience de soins fait référence au continuum des services reçus par les individus durant leur relation avec le système de soins. Ce qui semble le plus important pour Safran, est que l'expérience de soins soit centrée sur la compréhension de la personne dans son ensemble par rapport à son histoire médicale et ses circonstances de vie et non seulement sur la maladie ou les organes (Safran, 2003).

Selon le NHS au Royaume-Uni, l'expérience de soins est-ce que les patients ressentent vis-à-vis le processus de réception de soins (traduction libre : « Patient experience is what the process of receiving care feels like for your patients ») (National Health Service, 2013) p. 12).

Le Beryl Institute aux États-Unis, un leader mondial en amélioration de l'expérience de soins du patient, confirme cet aspect perceptible par le patient de son expérience de soins, mais en tenant l'organisation aussi responsable. Pour le Beryl Institute, l'expérience de soins du patient est définie par la somme de toutes les interactions, façonnées par la culture d'une organisation, qui influence les perceptions des patients dans tout le continuum des soins

(traduction libre : *The sum of all interactions, shaped by an organisation's culture, that influence patient perceptions across the continuum of care*) (Définition sur le site Internet de l'Institut, consulté le 24 décembre 2019, <http://www.theberylinstitute.org>). Il faut souligner que cette définition de l'expérience de soins par l'Institut Beryl est venue des voix de la pratique et d'un examen de la recherche en 2010 (Wolf, Niederhauser, Marshburn et LaVela, 2014). Elle a été validée dans la large communauté de l'Institut et est actuellement utilisée avec ou sans adaptation par un certain nombre d'établissements de santé dans le monde comme leur propre définition de l'expérience de soins du patient.

Au Québec, et pour de nombreux chercheurs québécois experts dans le domaine, l'expérience de soins fait référence à la perception de l'utilisateur de la façon dont les services lui sont fournis (Levesque, Pineault, Simard, et al., 2007; Pineault, 2012; Pineault et al., 2008). Elle reflète alors le jugement de l'individu sur l'utilisation des services qu'il en fait. Nous citons Lévesque et al. (2007) : « L'expérience de soins décrit la façon dont les soins et les services reçus sont perçus ou ressentis par les personnes. » (Levesque, Pineault, Simard, et al., 2007) p. 42). C'est donc cette perception que les usagers ont des différents éléments des soins qui constituent ce que l'on nomme l'expérience de soins (Brousselle, Champagne, Contandriopoulos et Hartz, 2011) .

Une autre définition utilisée au Québec est celle développée par Bélanger, Marquis et Mercier en 2013. Inspirés par la définition du Beryl Institute, ces auteurs décrivent l'expérience de soins par « l'ensemble des perceptions, des interactions entre l'organisation et sa clientèle, ainsi que des faits vécus par les patients et leurs proches tout au long de la trajectoire de soins et des services » (Bélanger, Marquis et Mercier, 2013).

La définition de Lamarche et al. (2010) de l'expérience de soins de première ligne rejoint implicitement celle de Bélanger et al. (2013). Selon ces auteurs, « L'expérience de soins réfère à l'appréciation des utilisateurs de l'accessibilité, la continuité et la réactivité des services de première ligne ainsi qu'à leur déclaration de l'utilisation de services » (Lamarche et al., 2010)p.61). (traduction libre : *Care experience refers to users' assessment of the*

*accessibility, continuity and responsiveness of primary health care as well as their reported use of health services).*

Pour nous, l'expérience de soins réfère aux faits vécus, ce qui est réellement arrivé, lors de l'obtention de soins. Son appréciation est soumise à la perception des patients. L'appréciation de l'expérience de soins fait appel autant à la déclaration des faits qu'à l'appréciation (jugement du patient) en regard de ces faits.

Bien que les définitions recensées s'avèrent convergentes sur ce caractère perceptif de l'expérience de soins, la conceptualisation de l'expérience de soins n'est pas encore complétée (Wolf et al., 2014). En fait, on ne trouve pas dans la littérature un consensus sur les composantes de l'expérience de soins ou une définition opérationnelle universelle de l'expérience de soins (La Vela et Gallan, 2014). D'après La Vela (2014), la précision d'un ensemble de composantes communes est absente de la définition de l'expérience de soins. Pour le NHS, l'enjeu est de choisir et de développer des mesures appropriées en fonction des aspects de soins que l'on veut apprécier et améliorer (National Health Service, 2013). Cela laisse entrevoir que tout peut être inclus et apprécié dans l'expérience de soins. Dans sa publication de 2001, l'Institute of Medicine (IOM) aux États-Unis identifie six composantes de l'expérience de soins (Institute of Medicine, 2001,,), et ce, à partir d'études qui impliquaient des groupes de discussion réunissant patients et personnel hospitalier. Ces composantes sont : 1. Respect des valeurs, préférences et besoins du patient ; 2. Coordination et intégration des services ; 3. Information, communication et éducation ; 4. Confort physique 5. Soutien émotionnel ; 6. Implication des familles et des proches ; 7. Continuité et transition des soins. Le Picker Institute utilise les mêmes composantes que l'IOM et en ajoute une huitième, qu'est « l'accès aux soins ». En 2012, le NHS au Royaume-Uni en ajoute une neuvième correspondant à l'« appréciation générale de l'établissement ». On peut en trouver d'autres dans la littérature, mais celles citées ci-dessus sont probablement les plus utilisées (Dubé-Linteau et Institut de la statistique du Québec, 2017).

Il existe donc de nombreuses composantes de l'expérience de soins qui peuvent être appréciées par enquête. Mais pour La Vela (2014), il ne faut pas limiter l'appréciation à une composante unique de l'expérience de soins, comme la communication, car cela peut éliminer

des interactions ayant un effet puissant sur les appréciations des patients (La Vela et Gallan, 2014). Par exemple, l'enquête HCAHPS aux États-Unis appréciant l'expérience de soins hospitaliers inclut huit composantes à pondération égale : la communication des infirmières, la communication des médecins, la réactivité du personnel, la gestion de la douleur, la propreté et le calme de l'environnement de l'hôpital et, finalement, une évaluation globale de l'hôpital (Tefera, Lehrman et Conway, 2016). Le tableau 1.1, à la fin de cette section, présente les principales composantes évaluées dans les enquêtes d'appréciation de l'expérience de soins hospitaliers des utilisateurs selon les pays, inspirées de l'analyse des initiatives internationales réalisées par l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2011).

Un autre élément à noter est le manque de consensus sur les sujets d'observation cernés par l'appréciation de l'expérience de soins. Ces sujets peuvent être l'ensemble des membres des milieux étudiés (Institut canadien d'information sur la santé, 2009) (Institut canadien d'information sur la santé, 2012) y compris des utilisateurs des services de santé et des représentants de la population comme les non-utilisateurs des services, d'où la notion de besoins non comblés des services de santé (Houle, Sanmartin, Berthelot, Tremblay et Statistique Canada, 2002; Shi et Stevens, 2005b). Ils peuvent être uniquement des utilisateurs des services de santé (Haggerty, Pineault, et al., 2007) ou bien un groupe précis d'utilisateurs, soit ceux possédant une source régulière de soins (Browne, Roseman, Shaller et Edgman-Levitan, 2010; Haggerty et al., 2008; Institut canadien d'information sur la santé, 2009). Or, une limite est soulevée dans la recherche concernant seulement les utilisateurs ayant une source régulière de soins (Haggerty et al., 2008). Ces patients ont tendance à évaluer la performance de leur fournisseur de soins plus favorablement. Une hypothèse possible est que les patients ayant une bonne relation avec leurs médecins sont plus tolérants, ce qui fait que leur appréciation de l'expérience de soins peut être positivement biaisée, alors que les expériences actuelles des gens sont moins bonnes que celles rapportées dans l'étude. Il est encore possible que la perception d'être privilégié d'avoir accès à des ressources de première ligne perçues comme limitées, tel est le cas au Québec, joue un rôle dans l'appréciation des patients de leur expérience de soins.

Le troisième et dernier élément est le temps à considérer pour apprécier l'expérience de soins. En fait, l'appréciation de l'expérience de soins peut être faite au moment de la réception

de soins ou bien quelque temps après (La Vela et Gallan, 2014). Par exemple, les enquêtes d'appréciation de l'expérience de soins auprès des fournisseurs des soins de première ligne demandent aux patients d'apprécier leur expérience de soins pour l'année précédant l'enquête ou plus (Levesque, Pineault, Simard, et al., 2007). Cependant, le questionnaire HCAHPS est administré dans un délai de 42 jours après la sortie du patient de l'hôpital. Aussi, de plus en plus, la technologie permet à des organisations de santé d'obtenir une appréciation par les patients en temps réel et avant qu'ils ne quittent l'organisation. C'est le cas des enquêtes basées sur tablette ou des applications permettant de collecter des données lors d'une visite (La Vela et Gallan, 2014). La Vela (2014) souligne que plus le temps passe entre la rencontre clinique et l'enquête, plus il y a de risques que les patients expriment une mauvaise appréciation de leur expérience de soins (La Vela et Gallan, 2014). Certains suggèrent d'adopter une période de référence courte pour éviter le biais des trous de mémoire (La Vela et Gallan, 2014; Levesque, Pineault, Hamel, et al., 2007).

Il existe donc un besoin d'apporter plus de précisions dans la définition de l'expérience de soins, ses composantes à inclure et à apprécier, et sur l'opérationnalisation de sa définition. Les enquêtes d'appréciation de l'expérience de soins portent sur les soins hospitaliers, mais, de plus en plus, des soins de première ligne (Campbell et al., 2002; Delnoij, 2009). Cette thèse envisage d'étudier les variations dans l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne. Il nous semble donc pertinent de discuter dans la prochaine section des principales composantes généralement cernées par les enquêtes d'appréciation de l'expérience de soins de première ligne.



**Tableau 1.1** : Principales composantes évaluées dans les enquêtes d’appréciation de l’expérience de soins hospitaliers selon les pays.

Pays	Composantes évaluées
États-Unis	Communication (avec les infirmières et les médecins) Réactivité du personnel hospitalier Propreté des locaux Nuisances sonores Gestion de la douleur
Royaume-Uni	Organisation de l’hôpital (temps d’attente, coordination des soins depuis l’admission jusqu’à la sortie du patient, propreté, nourriture) Interactions avec le personnel hospitalier (communication, informations, respect de l’intimité du patient)
Pays-Bas	Compétences du personnel Niveau d’information du patient Accessibilité des locaux
Norvège	Communication avec le personnel médical et soignant Échange d’informations Organisation des soins et des services

**Source** : (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2011)

### 1.1.2 Principales composantes de l’expérience de soins de première ligne

Selon l’article 6 de la Déclaration d’Alma Ata :

« Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d’autoresponsabilité et d’autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d’ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d’un processus ininterrompu de protection sanitaire. » (Organisation mondiale de la Santé, 1978).

Il y a trente ans, les soins de santé primaires ont été popularisés par la Conférence d'Alma Ata et sa Déclaration qui en affichait les valeurs : justice sociale, droit à une meilleure santé pour tous, participation et solidarité. On promouvait un système de santé centré sur l'individu, avec comme perspective le droit de chacun au meilleur état de santé possible, qui renforce au maximum l'équité et la solidarité et répond aux besoins des populations (Organisation mondiale de la Santé, 1978). Dans la littérature, on parle autant de « soins de base », de « soins de première ligne », de « premier échelon » ou de « soins de santé primaires » sans qu'il soit toujours possible de discerner les différences de contenu entre ces termes. Dans cette thèse, nous faisons usage du terme des soins de première ligne.

La première ligne réfère habituellement aux premiers soins vers lesquels les gens se tournent lorsqu'ils sont aux prises avec des problèmes de santé (Institut canadien d'information sur la santé, 2009). Les soins de première ligne sont souvent dispensés par un omnipraticien ou un médecin de famille. Ces soins incluent habituellement les soins de routine, les soins pour des problèmes de santé urgents mineurs ou communs, les soins de santé mentale, les soins dispensés aux mères et aux enfants, les services psychosociaux, la liaison avec les services à domicile, la promotion de la santé et la prévention des maladies, les services de consultation en nutrition et les soins en fin de vie (Institut canadien d'information sur la santé, 2009). Les soins de première ligne sont donc des services de santé situés à proximité des personnes et des communautés (Organisation mondiale de la Santé, 2008). Ces soins constituent également un important outil de prévention et de gestion des maladies chroniques et peuvent faire appel à d'autres professionnels de la santé que les médecins, comme les infirmières, les infirmières praticiennes, les dentistes, les diététistes, les pharmaciens, les optométristes, les physiothérapeutes et les travailleurs sociaux (Institut canadien d'information sur la santé, 2009).

Friedberg (2010) mobilise trois définitions générales de soins de première ligne. La première définit les soins de première ligne selon la spécialité du fournisseur de soins. Cette définition identifie les fournisseurs des soins de première ligne en se basant sur leur formation en tant que généralistes, internistes généralistes, médecins de famille ou autres généralistes, y compris les fournisseurs de soins non physiques (Friedberg, Hussey et Schneider, 2010). Aux États-Unis, certains spécialistes sont considérés de première ligne dans la mesure où ils peuvent

être consultés pour tous problèmes de santé comme les pédiatres pour les enfants, les gynécologues obstétriciens pour les soins relatifs à la reproduction et la naissance et les internistes dans certains milieux. La deuxième définition identifie les soins de première ligne en tant qu'ensemble des fonctions remplies par une source habituelle de soins, l'endroit où la personne va habituellement pour voir un médecin (Friedberg et al., 2010). Il existe quatre fonctions clés, largement acceptées, pour les soins de première ligne les distinguant des soins d'autres niveaux (Cassady et al., 2000; Starfield, Cassady, Nanda, Forrest et Berk, 1998) : 1) le premier contact ou l'entrée en contact avec le système ; 2) la durée de la relation avec le professionnel de la santé ; 3) la globalité ou l'habileté à traiter la grande majorité des problèmes de santé ou tous les aspects d'un problème de santé présenté par un individu ; et 4) la coordination des soins de première ligne et des soins spécialisés. Les fonctions des soins de première ligne sont reconnues indépendamment de la formation du fournisseur de soins (Friedberg et al., 2010). Donc, les soins offerts par des spécialistes et les praticiens non-médecins sont reconnus comme soins de première ligne aussi longtemps que toutes les fonctions sont remplies. La troisième définition de soins de première ligne décrit l'orientation générale de l'offre locale ou régionale des services de santé (Friedberg et al., 2010). Cette définition est souvent mesurée à l'aide d'agrégation des aires ou des zones selon la spécialité des fournisseurs de soins ou leurs fonctions. Par exemple, on considère comme des zones de soins de première ligne celles qui ont des ratios élevés de médecins de première ligne par rapport aux spécialistes ou aux patients et des ratios élevés de patients qui ont des sources habituelles de soins remplissant les fonctions des soins de première ligne (Friedberg et al., 2010). Dans cette étude, les patients sont considérés comme recevant des soins de première ligne lorsqu'ils ont une source habituelle de soins de première ligne comprenant un ou plusieurs médecins de famille, généralistes ou omnipraticiens et que cette source habituelle de soins remplit les fonctions essentielles de soins de première ligne.

Dans le domaine des soins de première ligne, l'appréciation de l'expérience de soins a été particulièrement appliquée pour évaluer les services fournis par une source habituelle de soins (Browne et al., 2010; Institut canadien d'information sur la santé, 2009). Notre revue de littérature révèle six principales composantes de l'expérience de soins de première ligne

appréciées généralement par enquête. Ces composantes recouvrent les aspects suivants du processus de soins : l'utilisation des services, les besoins non comblés en services, l'accessibilité, la continuité, la globalité, la réactivité et les résultats de santé des services (Blumenthal, Mort et Edwards, 1995; Cassady et al., 2000; Houle et al., 2002; Saha, Komaromy, Koepsell et Bindman, 1999; Shi et Stevens, 2005b; Starfield et al., 1998). Toutes ces composantes peuvent être appréciées selon la perspective du patient. Cependant, aucune étude jusqu'à présent n'a inclus à la fois toutes ces composantes pour apprécier l'expérience de soins de première ligne des patients. La plupart des études font référence à au moins une des composantes, le plus souvent l'accessibilité, la continuité ou la globalité (Grabovschi, Loignon et Fortin, 2013). L'étude québécoise de Lévesque et al. (2007) sur les soins de première ligne est probablement l'une des rares qui précise un ensemble des composantes qui peuvent être appréciées : l'accessibilité, la continuité, la globalité, la réactivité et les résultats de santé des services (Levesque, Pineault, Simard, et al., 2007). Lamarche et al. (2010) prennent en compte l'utilisation des services en plus de l'accessibilité, la continuité et la réactivité des services de première ligne (Lamarche et al., 2010).

#### ❖ L'utilisation

L'utilisation des services est la réponse organisationnelle à une demande exprimée par la personne (Donabedian, 1973). Elle résulte de la rencontre d'un malade et d'un professionnel. Elle est synonyme de la production des services et, en conséquence, est en lien étroit avec les ressources, leur disponibilité et leur offre de services (Pineault, 2012). Elle est l'aboutissement de la démarche d'identification des besoins et vise la satisfaction du besoin et l'atteinte de résultats (Donabedian, 1973). Pour apprécier l'utilisation, on analyse d'abord le volume tel que le nombre de visites médicales par an ou le taux ou nombre d'hospitalisations (Pineault, 2012). Les enquêtes d'appréciation de l'expérience de soins de première ligne sont une source de données sur l'utilisation, mais telle que rapportée par les patients (type de ressource utilisée et nombre de visites) (Institut canadien d'information sur la santé, 2009, 2012). Dans cette recherche, nous considérons l'utilisation déclarée par les personnes. Une personne qui dit avoir utilisé un service indique qu'elle a réussi à satisfaire un besoin de service de santé.

#### ❖ Les besoins non comblés

Les mesures de l'accès aux services de santé sont axées sur l'utilisation des services, tel que le nombre de visites chez le médecin (Borgès Da Silva, 2010). Toutefois, ces mesures ne renseignent pas sur les difficultés auxquelles font face les personnes pour obtenir des soins (Houle et al., 2002; Sanmartin et Ross, 2006). Il s'est développé donc un intérêt pour les mesures qui reflètent mieux les interactions de la population avec le système de soins afin de mieux comprendre le processus d'accès aux soins (Houle et al., 2002). Les besoins non comblés ou non satisfaits font référence aux différences entre les soins jugés nécessaires pour traiter un problème de santé particulier et les services effectivement reçus (Houle et al., 2002; Levesque, Pineault, Hamel, et al., 2007; Levesque et al., 2012). Cette mesure de l'accès aux services de santé est axée alors sur le processus de soins (Houle et al., 2002). Les besoins non comblés peuvent refléter les caractéristiques du système de soins (Organisation de Coopération et de Développement Économiques, 2002; Segovia, 1979) (par exemple, la non disponibilité des ressources, les durées d'attente ou le système de triage et de gestion des patients) ou les circonstances particulières des personnes (par exemple, les contraintes de temps ou le statut socioéconomique) (Elstad, 2016; Nelson et Park, 2006). Il est donc possible qu'une personne n'utilise pas des services de santé alors qu'elle en ressent le besoin. Dans cette recherche, les besoins non comblés sont ceux déclarés par les personnes. Une personne confirmant qu'elle n'a pas réussi à avoir un service alors qu'elle juge nécessaire de l'avoir, est donc considérée comme ayant un besoin non comblé en service.

#### ❖ L'accessibilité

L'accessibilité fait référence à la facilité ou à la difficulté d'entrer en contact avec les services (Brousselle et al., 2011; Pineault et Daveluy, 1996). C'est la caractéristique des ressources qui fait qu'elles sont plus ou moins utilisables (Donabedian, 1973). L'accessibilité est ainsi un jugement porté sur la possibilité ou la facilité avec laquelle un service ou une ressource est utilisé (Haggerty, Burge, et al., 2007). Ainsi, plusieurs dimensions de l'accessibilité peuvent être appréciées à l'aide d'enquêtes de mesure de la perception des patients (Cassady et al., 2000). L'accessibilité géographique mesure la facilité d'utiliser les

services selon leur emplacement (Donabedian, 1973). Elle est fonction de la distance et du temps de transport pour se rendre d'un endroit aux services (Pineault et Daveluy, 1996). L'accessibilité organisationnelle mesure la facilité d'entrer en contact avec les organisations de santé (la commodité) dont ceux de la première ligne (Pineault et Daveluy, 1996). Il s'agit ici du rapport entre, d'une part, le système d'accueil (ex. système de rendez-vous, heures d'ouverture, etc.) et, d'autre part, la capacité des clients à s'adapter à ces facteurs et leur perception de la pertinence de ces facteurs. L'accessibilité économique exprime la relation entre le prix des services et la capacité de les payer, à partir soit du revenu des clients ou d'un système d'assurance santé existant (Penchansky et Thomas, 1981) (Pineault et Daveluy, 1996). L'accessibilité socioculturelle correspond à l'acceptabilité des attitudes des professionnels à l'égard des caractéristiques des utilisateurs (ex. langue, religion, etc.). Elle a également trait au rapport entre les attitudes des clients à l'égard des caractéristiques des fournisseurs de soins (ex. genre, type d'organisation sanitaire, etc.) (Pineault et Daveluy, 1996). Dans cette recherche, nous nous intéressons à l'appréciation des personnes de l'accessibilité géographique, organisationnelle et économique des services reçus auprès de leur source habituelle de soins de première ligne. Ce qu'on considère comme étant un service de première ligne accessible c'est lorsque la personne confirme avoir surmonté les obstacles d'ordre géographique, organisationnel et économique à l'utilisation.

#### ❖ La continuité

La continuité fait référence à l'articulation temporelle de soins à l'intérieur d'un ou des épisodes des soins (Rogers et Curtis, 1980; Starfield, 1998). Elle est déterminée par la façon avec laquelle les soins sont vécus par une personne comme cohérents et reliés dans le temps (Reid, Mckendry, Haggerty et Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2002). Elle reflète aussi une notion de longitudinalité (Borgès Da Silva, 2010; Shortell, 1976). Cette notion se décline en trois composantes clés : la continuité relationnelle ou d'affiliation, la continuité informationnelle et la continuité de coordination (Haggerty, Burge, et al., 2007; Lamarche et al., 2003). La première désigne une relation thérapeutique patient-soignant qui perdure dans le temps et mesure la force de la relation entre le patient et son médecin. La deuxième réfère au transfert de l'information sur des événements antérieurs et permet de fournir

les services appropriés, compte tenu des circonstances du patient. Elle est appréciée par la transmission à la source habituelle de soins d'informations sur les visites d'un utilisateur auprès d'autres médecins. La dernière fait référence à la gestion clinique intégrée dont la fonction est d'harmoniser de façon cohérente les soins fournis par plusieurs professionnels de santé. Cependant, les trois formes de continuité sont interreliées (Borgès Da Silva, 2010). Nous mettons l'accent dans notre étude sur la perception des personnes de deux composantes de la continuité des services de première ligne : la continuité d'affiliation et la continuité d'information. La continuité est alors bonne lorsque la personne apprécie positivement certains aspects séquentiels de nature relationnelle et informationnelle des soins reçus.

#### ❖ La globalité

Pour Starfield, la globalité correspond à la réponse du médecin ou de l'établissement de santé à l'ensemble des besoins de services de santé requis par les patients (Starfield, 1998; Starfield et al., 1998). Elle se mesure donc par l'étendue des services (Brousselle et al., 2011). Elle peut être générée par la disponibilité dans une institution de tous les services nécessaires pour le patient ou par l'assurance de l'accès à d'autres services dans d'autres institutions. La globalité comporte également deux dimensions (Borgès Da Silva, 2010). La première fait référence à l'étendue des services offerts à la personne sous un angle global, alors que la deuxième fait référence à l'étendue des services offerts par le médecin ou établissement de santé. Des services de soins de première ligne globaux incluent des services préventifs, du traitement et des services palliatifs (Institut canadien d'information sur la santé, 2009). Dans cette recherche, la globalité est jugée bonne lorsque la personne confirme la réception d'une variété de services correspondant à la variété de ses besoins.

#### ❖ La réactivité

La réactivité est un concept suggéré par l'OMS en 2000. Elle consiste en la réponse aux attentes légitimes des populations en ce qui a trait aux éléments ou actions non reliés à l'aspect technique des traitements (Organisation mondiale de la Santé, 2000). La réactivité présenterait deux composantes principales que sont le respect des personnes et l'attention accordée au patient. Ce concept de l'OMS a reçu une attention considérable dans le développement des

mesures d'appréciation de l'expérience de soins (Bleich et al., 2009). Le respect des personnes implique le respect de la dignité de la personne ; la confidentialité ou le droit pour le patient d'accéder aux informations écrites ou verbales concernant sa propre santé ; et l'autonomie qui est la possibilité de participer aux choix concernant sa propre santé, y compris celui des moyens d'investigation et de traitement qui lui seront ou non administrés (Murray et Frank, 2000). La notion d'attention au patient inclut la prise en charge immédiate en cas d'urgence et dans des délais raisonnables pour les cas non urgents ; un environnement de qualité satisfaisante et des éléments de base de qualité comme des locaux propres et spacieux ou une bonne nourriture, l'accès à des réseaux sociaux de soutien pendant et après les soins et le choix du prestataire de soins ou la possibilité de choisir la personne ou l'organisation qui procurera les soins (Murray et Frank, 2000). Nous retenons les deux composantes de la réactivité dans cette recherche. Ainsi, la réactivité est jugée bonne lorsque la personne exprime qu'elle a été traitée avec respect et reçu l'attention nécessaire lors de sa consommation de soins.

#### ❖ Les résultats

Les résultats des services décrivent les effets des services sur la santé des patients (Cram et al., 2017; Pineault, 2012) qui peuvent les évaluer. Les effets peuvent être directs sur l'état de santé, tel que perçu par les personnes, ou sur les connaissances relatives à la santé (Pineault et al., 2008). Les résultats des services comportent deux dimensions. D'une part, ils font référence à l'aptitude des services à produire les résultats escomptés sur la santé des personnes : l'amélioration ou le maintien de l'état de santé physique ou mentale, la condition de santé, l'espérance et la qualité de vie, la réduction des taux de morbidité et de mortalité. D'autre part, ils font référence à l'aptitude des services à contribuer à la prise en charge de leurs problèmes de santé comme : la prévention et la promotion des problèmes de santé, le diagnostic juste et le dépistage précoce, le traitement et le contrôle des problèmes de santé, le maintien des capacités fonctionnelles des personnes affligées grâce à la réhabilitation, à la réadaptation et la réinsertion et, finalement, les services de soutien et les soins palliatifs offerts aux malades et aux familles (Cram et al., 2017; Lamarche et al., 2003). Dans cette recherche, nous mettons l'accent sur la prise en charge des problèmes de santé des patients. Les résultats de santé sont alors bons lorsque la personne apprécie positivement cette prise en charge.



La section suivante est consacrée aux trois types de déterminants qui influencent l'appréciation de l'expérience de soins : les facteurs individuels, les facteurs organisationnels et les facteurs contextuels.

## **1.2 Déterminants de l'appréciation de l'expérience de soins**

Nous classons les déterminants de l'appréciation de l'expérience de soins en trois catégories : les facteurs individuels, les facteurs organisationnels et les facteurs contextuels.

### **1.2.1 Les facteurs individuels**

Les individus d'une même population n'expriment pas tous la même appréciation de leur expérience de soins. Les caractéristiques individuelles influencent leur appréciation. Selon les caractéristiques des individus, l'appréciation de l'expérience de soins sera différente.

#### ***Les facteurs sociodémographiques des utilisateurs***

De nombreuses études ont mis l'accent sur les caractéristiques sociodémographiques des patients (faisant partie des caractéristiques prédisposantes du modèle d'Andersen) (Andersen et Newman, 1973) pour expliquer les variations dans l'appréciation de l'expérience de soins (Bottone et al., 2014; Campbell, Ramsay et Green, 2001; Martino et al., 2016; Quintanilha, Mayan, Thompson et Bell, 2016; Saloner et Gresenz, 2016; Solheim et Garratt, 2013). Les caractéristiques sociodémographiques des patients sont les variables les plus souvent étudiées dans la recherche sur l'appréciation de l'expérience de soins, mais probablement pas assez comprises. Ces variables sont facilement obtenues et cela explique sans doute leur utilisation fréquente dans l'analyse de l'appréciation de l'expérience de soins (Campbell et al., 2001; Martino et al., 2016; Quesnel-Vallée, Luchenski et Lynch, 2008; Solheim et Garratt, 2013). Cependant, notre revue de littérature révèle que la nature de leurs associations avec l'appréciation de l'expérience de soins n'est pas stable ou consistante. Ainsi, les différences dans l'appréciation de l'expérience de soins par les patients de différents groupes sociodémographiques peuvent varier à travers les systèmes de soins de santé (Blendon et al., 2003; Lyratzopoulos et al., 2012; Schoen et al., 2007; Schoen et al., 2004; Schoen et al., 2005).

Les États-Unis est un pays dont le système de soins de santé est orienté vers le privé. Dans ce pays, le système de soins repose sur un mélange compliqué d'assurances privées, largement basées sur une assurance par l'employeur et une assurance publique pour les personnes âgées (Medicare) et les personnes vivant sous le seuil de la pauvreté (Medicaid) (Schoen, Davis, DesRoches, Donelan et Blendon, 2000). Les systèmes de soins implantés en Europe présentent des systèmes publics structurés autour de deux archétypes : le modèle bismarckien et le modèle beveridgien. Le modèle bismarckien se fonde sur un principe de mutualisation des risques à l'aide des assurances sociales rétribuées par les cotisations obligatoires des travailleurs. La solidarité et la redistribution horizontale constituent les fondements de ce modèle. Le modèle beveridgien vise une couverture universelle de la population, une gratuité des services et une redistribution verticale via les impôts et taxes prélevés par l'État (Tchouaket Nguemeleu, 2011). Plusieurs pays européens présentent un système de soins mixte empruntant des éléments aux deux modèles comme la France. Les inégalités socioéconomiques en santé sont évidentes dans toutes les sociétés développées : les personnes moins favorisées au niveau socioéconomique ont une santé moins bonne (Quesnel-Vallée et al., 2008). Les résultats des études antérieures suggèrent l'existence de différences dans l'utilisation des services et l'appréciation de l'expérience de soins entre les États-Unis et plusieurs pays développés ayant des systèmes de soins publics à visée universelle. Ces études révèlent également que les inégalités liées au statut socioéconomique des personnes relativement à l'utilisation et l'appréciation de l'expérience de soins sont plus grandes aux États-Unis que dans les autres pays développés (Blackwell, Martinez, Gentleman, Sanmartin et Berthelot, 2009; Blendon et al., 2002; Schoen et Doty, 2004; Schoen et al., 2007; Schoen et al., 2004; Schoen et al., 2005).

Aux États-Unis, depuis plus de 40 ans, les chercheurs démontrent de grandes variations pratiquement dans tous les aspects de soins (Nguyen, Saczynski, Gore et Goldberg, 2010; Shugarman et al., 2009; Smedley, Stith et Nelson, 2003; Wennberg et Gittelsohn, 1973). Les personnes qui ont un statut socioéconomique bas (incluant le revenu et le niveau d'éducation) et un faible état de santé ont tendance à être plus âgées (Shi, 2000). Les personnes appartenant à la race noire ou bien à l'ethnicité hispanique sont constamment associées à des problèmes d'accessibilité aux soins aux États-Unis (Shi, 2000). Elles peuvent donc être considérées comme

des personnes vulnérables (Blumenthal et al., 1995; Elliott, Haviland, Orr, Hambarsoomian et Cleary, 2011). Ainsi, les enquêtes d'appréciation de l'expérience de soins, tels le CAHPS et le HCAHPS, constituent une source essentielle d'information pour comprendre les inégalités en santé et en soins de santé en fonction de l'ethnicité/race, du statut socioéconomique, de l'incapacité physique ou mentale et des autres caractéristiques définissant les sous-groupes vulnérables de la population (Blumenthal et al., 1995; Elliott, Haviland, Kanouse, Hambarsoomian et Hays, 2009; Shi, 2000). Dans ce pays, les personnes qui sont à faible revenu, qui n'ont pas terminé leurs études collégiales, qui ont une santé moins bonne et qui sont très âgées ont souvent une probabilité plus élevée d'avoir une appréciation de leur expérience de soins moins bonne (Elliott et al., 2011; Elliott et al., 2010 ; Keenan, Elliott, Cleary, Zaslavsky et Landon, 2009 ). Ainsi, il existe des évidences abondantes selon lesquelles les minorités ethniques aux États-Unis expriment globalement une appréciation de l'expérience de soins moins positive (Fongwa, Cunningham, Weech-Maldonado, Gutierrez et Hays, 2008; Goldstein, Elliott, Lehrman, Hambarsoomian et Giordano, 2010; Haviland et al., 2012; Morales, Elliott, Weech-Maldonado, Spritzer et Hays, 2001; Price et al., 2015; Weech-Maldonado, Fongwa, Gutierrez et Hays, 2008; Weech-Maldonado et al., 2003).

Toutefois, de nombreux chercheurs et instituts américains suggèrent que les différences ethniques, constantes en appréciation de l'expérience de soins, sont les conséquences de plusieurs facteurs. Les différences dans le statut socioéconomique, l'assurance médicale, le statut d'immigrant, le comportement et la culture du patient, les facteurs institutionnels, les composantes géographiques, les modes d'exercice ou de pratique locaux, la communication et les préjugés du fournisseur de soins jouent tous un rôle dans l'appréciation différente de l'expérience de soins des utilisateurs (Berz et al., 2009; Chandra, 2009; Read, Amick et Donato, 2005; Rodriguez, von Glahn, Grembowski, Rogers et Safran, 2008; Virnig, Scholle, Chou et Shih, 2007; Weech-Maldonado et al., 2008; Weech-Maldonado et al., 2003). Il s'agit donc d'une multiplicité de facteurs fortement corrélés dont l'indépendance est difficile à démontrer.

Alors que certaines caractéristiques des patients comme l'ethnicité reçoivent beaucoup d'attention aux États-Unis (Goldstein et al., 2010), les différences de genre ou de sexe dans l'appréciation de l'expérience de soins semblent en recevoir moins (Elliott et al., 2012). Aussi,

il est conclu que le genre est un des facteurs qui influence l'interaction médecin-patient (Bertakis, 2009; Siu, 2015). Le sexe est une construction biologique, alors que le genre est une construction sociale (Doyal, 2001). Toutefois, ces deux termes sont souvent utilisés dans le contexte des soins de façon interchangeable à cause du lien complexe entre le sexe biologique, le genre social et la santé (Doyal, 2001). Le genre est souvent opérationnalisé par le sexe dans le contexte des soins de santé (Ahmed et Bates, 2007). À partir d'ici, nous faisons usage du terme genre. Le nombre d'études examinant comment le genre des médecins et des patients affecte le processus de soins médicaux est croissant (Ahmed et Bates, 2007; Bertakis, 2009; Elliott et al., 2012; Murphy et Hepworth, 1996; Siu, 2015; Standing, 1997), mais les résultats semblent paraître mixtes. À titre d'exemple, l'étude réalisée par Ahmed et Bates (2007) étudiant les perceptions des patients au regard de la compétence culturelle de leurs médecins (compétences reliées aux problèmes macro-culturels, à la proxémique et aux problèmes linguistiques), n'a pas trouvé de différences significatives entre les genres (Ahmed et Bates, 2007). Même au niveau de soins hospitaliers, peu de différences ont été retrouvées (Elliott et al., 2012). Lorsque des différences ont été identifiées, les hommes ont généralement plus de chance d'exprimer une bonne appréciation de certains aspects de leur expérience de soins telle la rapidité dans l'obtention des soins (Cleary, Zaslavsky et Cioffi, 2000; Weisman, Henderson, Schifrin, Romans et Clancy, 2001). Ce qui semble paraître des résultats contradictoires sur l'impact du genre n'est pas surprenant. Plusieurs auteurs soulignent que les chercheurs ne doivent pas considérer l'influence du genre des patients séparément des autres caractéristiques personnelles (comme l'âge, l'ethnicité, la nationalité et le statut socioéconomique) et les attributs institutionnels influençant l'interaction médecin-patient (Bertakis, 2009; Kawachi, Kennedy, Gupta et Prothrow-Stith, 1999; Street, 2002). Aux États-Unis, Elliott et al. (2012) ont mené une étude à l'échelle nationale, qui évalue les variations dans l'appréciation de l'expérience de soins hospitaliers selon le genre. Ils ont conclu que les femmes ont souvent moins de probabilité d'exprimer une appréciation positive de leur expérience de soins hospitaliers que les hommes, surtout pour l'aspect de la communication sur les médicaments (Elliott et al., 2012). Cependant, ces différences sont plus grandes pour les personnes plus âgées et pour les personnes déclarant avoir une mauvaise perception de leur état de santé. Elles sont également plus grandes dans les hôpitaux à but lucratif (Elliott et al., 2012). Donc, l'appréciation

des femmes peut varier selon les dimensions de l'expérience de soins cernées et les autres caractéristiques individuelles considérées.

Une question s'impose : peut-on observer la même association négative entre les caractéristiques sociodémographiques des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins dans un système universel de soins médicaux et hospitaliers comme celui qu'on retrouve au Canada ? En effet, dans des pays dont le système de soins est universel, les résultats démontrent que les associations entre les caractéristiques sociodémographiques des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins demeurent variables. À titre d'exemple, en Norvège, une méta-analyse révèle que la plupart des caractéristiques sociodémographiques des parents des enfants hospitalisés sont faiblement associées ou ne sont pas associées à l'appréciation de l'expérience de soins pédiatriques hospitaliers par les parents (Solheim et Garratt, 2013). Au Royaume-Uni, des résultats tirés des enquêtes régulières d'appréciation de l'expérience de soins de première ligne, tel le GPAS, identifient certains sous-groupes de la population définis selon l'âge, l'ethnicité et le statut socioéconomique comme ayant une appréciation moins positive de leur expérience de soins (Campbell et al., 2001 ; Kontopantelis et al., 2010; Lyratzopoulos et al., 2012). L'étude de Campbell, Ramsay et Green (2001) a examiné les variations dans l'appréciation de 13 aspects des soins de première ligne (l'accessibilité, la continuité, la coordination, les aspects techniques des soins, la communication, les soins personnels, la connaissance du patient par le médecin, les soins infirmiers, les services du réceptionniste, la recommandation du médecin habituel par le patient, la référence par le médecin habituel aux autres médecins, la confiance et la satisfaction globale des services). D'après Campbell et al. (2001), les personnes appartenant à des groupes ethniques rapportent des évaluations moins favorables que le reste de la population, et ce, pour la plupart des aspects de soins de première ligne étudiés (Campbell et al., 2001). Cependant, les personnes plus âgées rapportent des appréciations plus favorables que les plus jeunes (Campbell et al., 2001). Comparés aux plus riches, les moins riches ont aussi des appréciations moins bonnes de leur expérience de soins, mais juste pour 2 de 13 aspects des soins. Il n'y avait pas de différences selon le genre quant à l'appréciation des soins de première ligne par les patients (Campbell et al., 2001). D'après l'étude de Kontopantelis et al. (2010), les plus jeunes, les membres de la

communauté asiatique, les travailleurs à temps plein et ceux qui ont une grande distance à faire entre le domicile et le travail sont identifiés comme rapportant une mauvaise expérience d'accès aux soins de première ligne (Kontopantelis et al., 2010). Les résultats suggèrent donc que des différences ethniques substantielles dans l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne des patients peuvent exister dans le contexte d'un système de soins universel (Lyrtzopoulos et al., 2012). Toutefois, les différences associées notamment au genre et à la défavorisation socioéconomique sont davantage faibles ou bien non significatives (Lyrtzopoulos et al., 2012). Selon Mead et Roland (2009), certaines différences ethniques dans le contexte d'un système de soins universel pourraient refléter des attentes différentes des soins ou bien des problèmes de communication.

Au Canada, seuls les soins médicaux et hospitaliers nécessaires sont universels. Dans le contexte du système de soins canadien, la littérature nous indique le besoin de réaliser plus d'études pour ce qui est des différences ethniques relativement à l'appréciation de l'expérience de soins. L'effet immigrant en bonne santé (healthy immigrant effect) est reconnu scientifiquement (Sandvik, Hunskaar et Diaz, 2012). Il est ainsi observé que l'état de santé des immigrants en arrivant au Canada est élevé, mais par la suite diminue et converge vers l'état de santé de la population née au Canada (Fuller-Thomson, Noack et George, 2011; Newbold, 2005; Setia, Lynch, Abrahamowicz, Tousignant et Quesnel-Vallee, 2011). Certaines études suggèrent que les nouveaux immigrants au Québec ont un accès aux soins de santé moins bon que le reste de la population (Fuller-Thomson et al., 2011; Sanmartin et Ross, 2006). Toutefois, une étude relativement récente démontre que les femmes appartenant à des minorités visibles ont moins de chance de déclarer avoir vécu une expérience des besoins non comblés en services de santé (durant les 12 mois précédant l'enquête d'appréciation d'expérience de soins) (Setia, Quesnel-Vallee, Abrahamowicz, Tousignant et Lynch, 2011). Une autre étude, qui s'intéresse à l'accès aux soins de première ligne pour les immigrants en Ontario au Canada, confirme que les nouveaux immigrants (établis au pays durant les cinq années précédant l'étude) et les anciens immigrants (établis au pays depuis 20 ans et plus) déclarent une utilisation des services de première ligne semblable à celle des personnes nées au pays (Muggah, Dahrouge et Hogg, 2012). D'après ces deux études, il existe peu de preuves que les immigrants récents ont un accès

moins bon aux services de santé que les personnes nées au Canada. D'ailleurs, des résultats scientifiques proposent que certaines caractéristiques des personnes, notamment le genre, le pays d'origine ainsi que l'expérience post-immigration contribuent à expliquer l'état de santé perçu parmi les immigrants (Setia, Lynch, et al., 2011). L'étude réalisée en 2012 par l'Institut canadien d'information sur la santé a analysé l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne des Canadiens. Les résultats suggèrent l'existence des interactions entre le revenu, la géographie (axe rural-urbain), la présence des maladies chroniques et le genre qui peuvent influencer l'appréciation par les patients de certaines dimensions de leur expérience de soins (Institut canadien d'information sur la santé, 2012).

Au Québec, Canada, les recherches scientifiques nous présentent des variations dans l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne des usagers en général. (Haggerty, Pineault, et al., 2007; Haggerty et al., 2008; Pineault et al., 2008). Toutefois, on est incapable de dégager un consensus sur les variations selon les caractéristiques sociodémographiques des personnes (Commissaire à la santé et au bien-être, 2011, 2012, 2014; Levesque et al., 2012; Tremblay et al., 2015). Des facteurs tels l'âge, la perception de l'état de santé, le niveau d'éducation et le revenu sont identifiés comme des déterminants individuels de l'appréciation de l'expérience de soins. Dans leur étude, Tremblay et al. (2015) ont conclu que les personnes âgées et les personnes ayant une bonne perception de leur état de santé ont tendance à rapporter une appréciation de l'expérience de soins plus favorable, et ce, comparativement aux personnes ayant un niveau plus élevé d'éducation. L'étude de Pineault et al. (2008) a pris en compte les cinq conditions suivantes : (1) état de santé : grave ; (2) niveau d'éducation : faible ; (3) situation économique : revenu insuffisant ; (4) pauvreté : perception d'être pauvre ou très pauvre ; (5) âge :  $\geq 65$  ans. Un indice global de « grande vulnérabilité » a été aussi construit à partir du cumul des conditions de vulnérabilité par les individus (trois conditions et plus). Selon les analyses, les groupes de personnes âgées (65 ans et plus) ont une meilleure perception de leur expérience de soins de première ligne et présentent moins de besoins non comblés de services comparativement à l'ensemble des usagers (Pineault et al., 2008). Il en va de même pour les groupes de personnes moins scolarisées. Les personnes dont l'état de santé est grave ont tendance à exprimer une moins bonne expérience de soins et davantage de besoins non comblés.

Il en va de même pour les personnes se percevant pauvres. Toutefois, il a été constaté que les clientèles qui se caractérisent par une « grande vulnérabilité », c'est-à-dire qui cumulent trois et plus des conditions mentionnées ci-dessus, ont généralement une meilleure perception de leur expérience de soins et moins de besoins non comblés (Pineault et al., 2008).

Nous avons vu, dans les paragraphes précédents, que les caractéristiques sociodémographiques des personnes sont des déterminants de l'appréciation de l'expérience de soins. Nous avons vu également que quelques études mettent en évidence des liens entre différentes caractéristiques de l'utilisateur et l'appréciation de l'expérience de soins. La littérature nous indique que l'impact de l'âge n'est pas le même en fonction d'autres facteurs comme l'état de favorisation économique et sociale, l'assurance médicale et les habitudes de vie (Aday, 1993; Granados, 2013). De même, l'impact de l'écart entre la culture des personnes immigrantes et la culture prévalente dans la société d'accueil varie beaucoup parmi les personnes immigrantes en fonction de la langue (Weech-Maldonado et al., 2008; Weech-Maldonado et al., 2003) et de la religion (Macintyre, Ellaway et Cummins, 2002). Il est largement accepté que les femmes vivent plus longtemps que les hommes, mais souffrent plus de morbidité (Quesnel-Vallée et al., 2008). Mais, comparées aux hommes, les femmes en général vivent dans des conditions socioéconomiques moins bonnes. Il existe un croisement entre l'âge, le genre et la position socioéconomique dont l'impact sur les inégalités en santé est variable et peut dépendre de l'indicateur de santé choisi (Kawachi et al., 1999; Quesnel-Vallée et al., 2008). En résumé, les caractéristiques des utilisateurs telles l'âge, le genre, l'état de santé, le statut socioéconomique, l'appartenance ethnique, le lieu de naissance et la langue peuvent tous avoir un impact réel sur l'appréciation de l'expérience de soins. Cependant, ces caractéristiques semblent agir d'une façon interdépendante pour influencer l'appréciation de l'expérience de soins. Selon nous, les caractéristiques des utilisateurs sont inséparables. Elles forment un tout et interagissent pour influencer l'appréciation de l'expérience de soins.

Les caractéristiques individuelles du médecin ont aussi un impact sur l'appréciation de l'expérience de soins (faisant partie du cadre du processus de soins médicaux de Donabedian (1973) qui envisage l'individu qui a recours aux soins et le professionnel qui les offre dans l'évolution du processus de soins médicaux). Dans la littérature, peu d'études traitent de



l'influence des caractéristiques des médecins sur l'appréciation de l'expérience de soins de l'utilisateur. L'influence de l'appartenance ethnique et culturelle (Cooper et Powe, 2004; Stevens, Shi et Cooper, 2003) et du genre du fournisseur de soins (Bertakis, 2009; Siu, 2015) ont probablement été les plus étudiés. En résumé, l'appréciation de l'expérience de soins est ainsi soumise à l'influence des caractéristiques individuelles du fournisseur de soins. Toutefois, la littérature révèle le besoin de plus d'études sur l'influence de ces caractéristiques (Borgès Da Silva, 2010), qu'elles soient sociodémographiques ou autres, tels le lieu de formation, les années d'expérience, la charge du travail, l'influence des collègues, les intérêts personnels du médecin, la satisfaction du travail, l'épuisement, l'isolement professionnel, la multiplicité des sites de pratiques et d'autres qui peuvent dicter son style de pratique, ses horaires, le nombre de patients vus ainsi que le type de cas vus. Dans cette thèse, les caractéristiques des fournisseurs de soins ne font pas partie de notre objet de recherche.

Au-delà des facteurs individuels de l'utilisateur, les attributs des organisations et des établissements de santé dans lesquels ont lieu les soins influencent également l'appréciation de l'expérience de soins. C'est ce que nous examinons dans la section prochaine.

### **1.2.2 Les facteurs organisationnels**

Deux approches sont utilisées dans la littérature pour analyser l'influence des caractéristiques organisationnelles sur l'appréciation de l'expérience de soins. Inspirée de la théorie de la contingence en théorie des organisations (Meyer, Tsui et Hinings, 1993), la première approche traite de l'influence des caractéristiques organisationnelles d'une façon indépendante. La deuxième approche s'intéresse aux liens qui existent entre différentes caractéristiques organisationnelles. Elle traite donc de l'influence d'une configuration des caractéristiques organisationnelles conceptuellement distinctes, mais qui interagissent les unes avec les autres. Les tenants de cette approche s'inspirent de l'approche configurationnelle apparue en réaction à l'approche de contingence (Meyer et al., 1993). À l'intérieur de cette approche configurationnelle, on trouve deux formes de classifications : les taxonomies et les typologies. Les taxonomies sont des classifications empiriques basées sur une analyse multivariée (comme les structures, les processus, les stratégies et contextes). Elles s'appuient

sur une approche inductive et sont souvent réalisées à partir de méthodes quantitatives. Les typologies sont de nature théorique ou conceptuelle. Elles analysent des idéaux types, et ce, en s'appuyant sur une approche déductive et en utilisant souvent des méthodes qualitatives. De plus en plus de chercheurs travaillent avec des configurations organisationnelles pour identifier, notamment, différentes formes des organisations de soins de première ligne et comparer leur impact sur l'appréciation de l'expérience de soins des usagers (Borgès Da Silva et al., 2013).

### ***Les facteurs organisationnels : des caractéristiques indépendantes***

Dans les différentes formes d'organisations de santé de première ligne, plusieurs caractéristiques relatives à l'organisation peuvent être à l'origine des variations dans l'appréciation de l'expérience de soins. La culture organisationnelle, le travail en équipe multidisciplinaire, la collaboration interprofessionnelle et le mode de rémunération des médecins sont des caractéristiques qui varient d'une organisation à l'autre (Borgès Da Silva, 2010) et qui peuvent influencer le jugement porté par l'utilisateur sur son expérience de soins de première ligne. La littérature démontre que des facteurs tels la présence d'une infirmière et la disponibilité des soins 24 heures/7 jours peuvent affecter l'accès aux soins tel qu'exprimé par l'utilisateur (Haggerty et al., 2008). Dans une étude réalisée au Québec, Haggerty et al. (2008) ont essayé d'identifier des caractéristiques organisationnelles spécifiques associées à des variations dans l'appréciation des utilisateurs de deux grandes composantes de l'expérience de soins de première ligne, l'accessibilité et la continuité. Selon les auteurs, la façon dont une clinique est organisée influence l'appréciation des utilisateurs à la fois de l'accessibilité et de la continuité. Les caractéristiques organisationnelles permettant d'atteindre une meilleure appréciation de ces deux composantes sont l'offre des soins en soirée, l'accès à des conseils téléphoniques et avoir des accords opérationnels avec d'autres établissements de soins de santé. Une autre étude confirme que l'appréciation de la continuité pour les diabétiques varie d'une organisation de première ligne à l'autre (Gulliford, Naithani et Morgan, 2006). Elle est la moins élevée chez les utilisateurs recevant les soins dans les cliniques externes des hôpitaux comparés aux utilisateurs recevant leurs soins dans les organisations de première ligne (family practice). L'appréciation positive des patients est la plus élevée lorsque, dans les organisations de première ligne, on retrouve un médecin-chef ou leader pour les soins en diabète. Dans d'autres études en

Ontario, la présence d'une infirmière praticienne est associée à une meilleure perception de la qualité des soins préventifs et de la gestion des maladies chroniques (Russell et al., 2009).

Jusqu'à présent, malgré les limites que comporte cette approche, le fait qu'un utilisateur soit influencé par toutes les caractéristiques de l'organisation, il y a un intérêt à examiner les variations dans l'appréciation de l'expérience de soins en considérant les caractéristiques organisationnelles d'une façon indépendante. Le lecteur intéressé à cet aspect peut regarder les nombreux résultats présentés dans la littérature européenne et américaine dans le domaine de l'expérience de soins de première ligne ainsi que l'expérience de soins hospitaliers (Huibers, Koetsenruijter, Grol, Giesen et Wensing, 2013; Jha, Orav, Zheng et Epstein, 2008; Kvist, Voutilainen, Mäntynen et Vehviläinen-Julkunen, 2014; Manary, Staelin, Kosel, Schulman et Glickman, 2015; McCarthy, Datta et Sherlaw-Johnson, 2009; Pineault, Provost, Borges Da Silva, Breton et Levesque, 2016; Weech-Maldonado et al., 2012). Dans cette thèse, nous pensons qu'il faut tenir compte de la relation entre la configuration des caractéristiques organisationnelles et l'appréciation de l'expérience de soins. Cette dernière est soumise à l'influence de l'ensemble des caractéristiques de l'organisation où sont livrés les soins. D'après nous, les différents éléments relatifs à l'organisation sont inséparables et agissent de façon interactive pour faire varier l'appréciation de l'expérience de soins par l'utilisateur. Ainsi, pour une meilleure analyse de cette appréciation, les variables utilisées ne doivent pas être étudiées d'une façon indépendante. Il faut plutôt les intégrer en tenant compte des interrelations complexes qui les lient. À l'intérieur de l'organisation de santé, les mécanismes et les processus organisationnels qui sont mis en place forgent la pratique des médecins. Ainsi, on ne peut pas attribuer une appréciation de l'expérience de soins à la rémunération uniquement ou tout autre élément singulier relié à l'organisation. Chaque élément organisationnel forme un tout qui façonne l'appréciation de l'expérience de soins de l'utilisateur. Il faut donc considérer ensemble ces éléments pour une meilleure analyse de l'appréciation de l'expérience de soins. Plusieurs chercheurs en théorie des organisations soutiennent que les organisations sont mieux comprises en analysant des archétypes organisationnels que des attributs individuels et indépendants (Meyer et al., 1993; Ostroff et Schmitt, 1993; Shortell, 1977).

### ***Les facteurs organisationnels : des configurations des caractéristiques***

Partout dans le monde, plusieurs types différents de classifications de la pratique médicale liées au modèle organisationnel sont fréquents. Ainsi, on trouve de nombreux modes d'organisation et de prestation des services prévalant dans les établissements de première ligne (Bourgueil, Marek et Mousquès, 2009; Freidson, 1984; Williams, Vayda, Stevenson, Burke et Pierre, 1990). Dans une étude menée entre 2007-2008, Bourgueil et al. ont dégagé une typologie des modèles d'organisation des soins de première ligne dans neuf pays sélectionnés (Bourgueil et al., 2009) : Allemagne, Canada, Espagne (Catalogne), Finlande, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suède. En général, trois modèles idéaux types sont recensés dans ces pays. Le premier est le modèle normatif hiérarchisé, dans lequel le système de soins est organisé autour des soins de première ligne et régulé par l'État (Espagne/Catalogne, Finlande, Suède). Le deuxième est le modèle professionnel hiérarchisé, dans lequel le médecin généraliste est le pivot du système (Australie, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni). Le dernier est le modèle professionnel non hiérarchisé, qui traduit une organisation des soins de première ligne laissée à l'initiative des acteurs (Allemagne, Canada). Dans son ouvrage, *La profession médicale*, Freidson (1984) a mis en évidence quatre modes d'organisation de la pratique : la pratique solo, l'association, le partenariat et la pratique de groupe. Les médecins choisissent leur mode de pratique selon le degré d'autonomie et de travail en commun qu'ils désirent (Freidson, 1984). Les médecins qui souhaitent plus d'autonomie opteront pour une pratique solo. En revanche, les médecins qui attachent de l'importance au travail en commun choisiront une pratique en groupe où l'examen par les pairs et les préoccupations professionnelles prennent de l'espace. Enfin, les médecins qui souhaitent un équilibre entre la pratique solo et la pratique en groupe choisiront les associations ou les partenariats avec d'autres médecins (Freidson, 1984). Par ailleurs, Freidson reconnaît qu'il y a des variations importantes selon le mode, mais également à l'intérieur d'un même mode. Williams et al. (1990) soulignent la tendance à traiter le mode de pratique comme une variable dichotomique, pratique solo versus pratique en groupe, dans l'évaluation de l'impact des différences entre les organisations (Williams et al., 1990). Selon eux, les distinctions conventionnelles solo/groupe ne prennent pas en compte le nombre croissant des modes de pratique qui ne sont ni de solo ni de groupe, mais plutôt la combinaison des deux (par exemple, pratique ambulatoire mixte, hospitaliste et multi-institutionnelle). De plus, elles ne permettent pas de dévoiler les différences entre la pratique privée et la pratique

dans le secteur public ou institutionnel (Williams et al., 1990). Pour ces auteurs, il faut ainsi prendre en considération qu'un médecin peut travailler dans plusieurs organisations. Sur le plan empirique, de plus en plus de chercheurs s'intéressent à étudier l'influence des différents modes de pratique dans l'analyse de la relation entre le contexte organisationnel et l'utilisation des services (Borgès Da Silva, 2010; Williams et al., 1990). Dans ce qui suit, nous examinons les résultats de certaines études qui ont produit des taxonomies des modèles organisationnels des services de première ligne pour analyser les variations dans l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne des patients, et ce, avec plus d'attention sur le contexte québécois qui est le terrain de cette recherche.

En fait, la variabilité de l'appréciation de l'expérience de soins des utilisateurs en fonction des modèles d'organisation des services de première ligne est confirmée dans plusieurs études européennes et nord-américaines (Elliott et al., 2011; Landon, Zaslavsky, Bernard, Cioffi et Cleary, 2004; Muggah et al., 2014 ; Riverin et al., 2017; Rodriguez, Scoggins, von Glahn, Zaslavsky et Safran, 2009; Tuominen, Kaljonen, Ahonen et Rautava, 2012) (Martsolf et al., 2018). À titre d'exemple, en Ontario, au Canada, Muggah et al. (2014) confirment que l'utilisation des services telle que déclarée par les patients varie en fonction de quatre modèles organisationnels de soins de première ligne prédominants : rémunération à l'acte (incluant les groupes de médecine de famille), capitation établie (modèle établi telles les organisations des services de santé), capitation réformée (nouveau modèle de capitation) et centres de santé communautaires. Selon les auteurs, les pratiques utilisant un modèle de capitation établie étaient considérées comme offrant le plus grand accès selon les patients, quoique les différences de scores entre les modèles soient petites (Muggah et al., 2014). En Finlande, Tuominen et al. (2012) ont réalisé une étude sur les soins primaires qui sont offerts dans des cliniques publiques de santé maternelle et infantile (Maternity Health Clinics ou MHC). Dans ces MHC, il y a des infirmières de santé publique et des médecins généralistes qui fournissent des soins. La structure des services dans ces MHC varie largement. Ces cliniques sont maintenues de façon indépendante ou fusionnées avec d'autres secteurs de soins de santé primaires. Un modèle organisationnel largement employé est une combinaison de MHC et une clinique de santé infantile (Child Health Clinic ou CHC) où la même infirmière en santé publique prend soin de

la famille à partir de la grossesse jusqu'à ce que l'enfant aille à l'école. Le but de l'étude de Tuominen et al. est de voir comment le modèle organisationnel, le modèle indépendant (MHC) ou le modèle combiné (MHC et CHC), influencent l'appréciation de l'expérience de soins des femmes et de leurs partenaires (Tuominen et al., 2012). Les résultats confirment que le modèle organisationnel combiné de MHC et CHC est celui qui produit une bonne appréciation de l'expérience de soins par les femmes et leurs partenaires, et ce, sur plusieurs aspects de soins. Ce modèle est aussi associé à plus de visites à domicile et de soutien par les pairs (Tuominen et al., 2012).

Toutefois, on ne trouve pas, dans la littérature, un consensus sur le ou les modèles organisationnels des services de première ligne associés plus fréquemment à une appréciation positive de l'expérience de soins des utilisateurs. Au Québec, plusieurs études ont été réalisées pour évaluer l'impact de différentes formes des sources habituelles de soins de première ligne sur l'appréciation de l'expérience de soins en utilisant la méthode de configurations liée au modèle organisationnel de la source habituelle de soins utilisée (Lamarche, 2006; Lamarche et al., 2003; Pineault et al., 2008). Le cadre conceptuel, élaboré par Contandriopoulos et al. (2000) sur l'organisation des soins de santé, a guidé ces travaux de recherche. En s'appuyant sur ce cadre, un modèle organisationnel des services de première ligne est perçu comme un système organisé d'action qui est le résultat d'une configuration spécifique de la vision, des ressources, de la structure organisationnelle et des pratiques. La vision représente les croyances, les représentations, les valeurs et les objectifs qui permettent aux acteurs de communiquer et de justifier leurs actions. Les ressources représentent la quantité et la variété de ressources disponibles. La structure organisationnelle fait référence aux lois, règlements et autres conventions qui encadrent et orientent les comportements des acteurs, leurs relations réciproques et les instances qui les définissent. Les pratiques représentent les procédés qui soutiennent la production des activités et des services. Selon Lamarche (2014), cette configuration spécifique de la vision, des ressources, de la structure organisationnelle et des pratiques existe empiriquement et se caractérise par une cohérence entre les différentes caractéristiques. Ainsi, c'est cette cohérence qui permet la viabilité des modèles organisationnels. Autrement dit, lorsque la cohérence change, le modèle change (Lamarche, 2014). Pour bien illustrer le manque

de consensus sur les modèles organisationnels de première ligne associés plus fréquemment à une appréciation positive de l'expérience de soins, nous présentons, dans les paragraphes suivants, les résultats de trois vastes études réalisées sur ce sujet qui utilisent sensiblement les mêmes approches et méthodes, mais observent des résultats différents.

Une des premières études québécoises qui a produit une taxonomie des modèles organisationnels des services de première ligne et qui a tenté d'examiner les variations dans l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne en fonction des modèles d'organisation des services de première ligne est probablement celle de Lamarche et al. (2003). Dans une recherche synthétique, Lamarche et al. (2003) se sont intéressés à faire état des avantages et des lacunes propres à divers modèles organisationnels des services de première ligne dominants dans 14 pays. Cette étude confirme qu'une appréciation positive de l'expérience de soins varie selon le modèle organisationnel des services de première ligne. Les analyses ont permis d'identifier quatre grands modèles d'organisation des services de santé de première ligne dans les pays étudiés, que l'on trouve tous dans les contextes canadien et québécois. De façon générale, deux de ces modèles s'inscrivent dans une vision dite communautaire alors que les deux autres relèvent d'une vision dite professionnelle. Dans une vision communautaire, les services de première ligne visent l'amélioration de la santé de populations spécifiques et la contribution au développement de la collectivité en lui offrant un ensemble de services médicaux, sanitaires, sociaux et communautaires. Les deux modèles communautaires se différencient par leur degré d'intégration aux autres composantes du système de soins. Deux types de modèles communautaires sont notés, soit le modèle communautaire intégré et le modèle communautaire non intégré. Plusieurs caractéristiques de leurs ressources, de leur structure organisationnelle et de leurs pratiques reflètent un degré d'intégration variable. Au Canada, les centres de services de santé s'inspirent des modèles communautaires. Bien que ces centres soient présents partout au Canada, leur présence varie grandement d'une province à l'autre. Les Centres locaux de services communautaires (CLSC) au Québec sont un bon exemple des modèles communautaires. Alors que la description du CLSC comme modèle communautaire intégré s'applique mieux aux contextes ruraux, elle se rapproche plus du modèle communautaire non intégré en milieux urbains. Dans les pays scandinaves et au Royaume-Uni, les centres de

santé constituent des modèles communautaires intégrés. Toutefois, en Suède, ils constituent des modèles communautaires non intégrés (Lamarche et al., 2003).

Dans une vision professionnelle, les services de première ligne visent à offrir des services médicaux à des clients qui se présentent pour recevoir ces services ou à des personnes inscrites pour obtenir des services. Selon les objectifs visés, les modèles professionnels se subdivisent en un modèle professionnel de coordination et un modèle professionnel de contact. Le modèle de contact favorise la prise de contact des personnes avec le système de soins. Le modèle de coordination met l'accent sur la coordination des services et le suivi auprès des personnes. À l'heure actuelle, l'organisation des services de première ligne au Canada s'inspire beaucoup du modèle professionnel de contact. L'organisation des services de première ligne aux États-Unis (open models) et en Belgique s'inspire aussi de ce modèle. Le modèle professionnel de coordination est beaucoup moins présent au Canada. En Ontario, le Health Service Organisation (HSO) est un bon exemple du modèle professionnel de coordination. Ce modèle est en vigueur dans divers pays industrialisés. Il se trouve au Royaume-Uni (depuis l'instauration du « Fundholding »), au Danemark, aux Pays-Bas et aux États-Unis (le Health Maintenance Organization (HMO)) (Lamarche et al., 2003).

L'étude de Lamarche et al. (2003) a cerné l'appréciation de six différentes composantes de l'expérience de soins : l'efficacité, la productivité, la continuité, l'accessibilité, la réactivité et la qualité des services. Le lecteur peut retourner à la section (1.1.2) pour la définition des notions de la continuité, l'accessibilité, la réactivité et les résultats. Nous ajoutons que l'efficacité dans cette étude fait référence aux résultats des services dans ses deux dimensions, efficacité-santé et efficacité-services. Quant à la productivité, elle désigne le rapport qui existe entre les services rendus et les ressources utilisées (quantité, type et nature des ressources) en vue de les produire (Contandriopoulos, Champagne, Denis et Avargues, 2000). Lamarche et al. (2003) considèrent le transfert de la production des services des niveaux spécialisés vers les services de première ligne comme un gain de productivité. Pour de nombreux auteurs experts dans le domaine, la qualité peut être définie par l'ensemble d'attributs du processus qui favorise le meilleur résultat possible, tel que défini par rapport aux connaissances, à la technologie, aux attentes et aux normes sociales. La qualité est donc définie par la correspondance du processus



de soins à des normes professionnelles, de consommation et sociales sur plusieurs dimensions du processus (Brousselle et al., 2011; Champagne et al., 2005). Dans leur étude, Lamarche et al. (2003), la notion de la qualité porte sur trois aspects des soins de première ligne : la qualité totale perçue par les patients et la qualité technique liée au degré de conformité aux lignes directrices et à la pertinence qui tient à la justesse des services rendus.

Selon les analyses, aucun des quatre modèles d'organisation des services de première ligne retenus ne réussit, à lui seul, à produire une bonne appréciation de toutes les composantes de l'expérience de soins de première ligne. Toutefois, la recherche fait ressortir deux modèles qui permettent de produire, à différents degrés, plus fréquemment une appréciation positive de ces composantes soit, dans l'ordre : le modèle communautaire intégré et le modèle professionnel de coordination. Le modèle communautaire intégré est le plus efficace (sur les plans de la santé et des services), offre la plus grande qualité (sur les plans de la technique et de la pertinence), assure la meilleure productivité (sur les plans du contrôle de l'utilisation en raison de sa capacité d'orienter les patients vers des services de première ligne plutôt que vers les services spécialisés) ainsi que la meilleure continuité et équité d'accès aux services. Il offre pourtant la moins grande accessibilité (notamment aux services de première ligne). De plus, la réactivité à l'égard des patients laisse à désirer. Le modèle professionnel de coordination présente aussi des avantages à certains égards selon les utilisateurs. Il assure une bonne accessibilité aux services de première ligne, affiche une bonne réactivité et permet la substitution par les services de première ligne de ceux offerts par d'autres niveaux de soins, comme les services spécialisés ou ultraspecialisés. Cependant, il offre moins d'efficacité-santé, de continuité et d'équité d'accès. De plus, le contrôle et la qualité s'avèrent plus faibles.

La variabilité entre les différentes composantes de l'expérience de soins en fonction du modèle organisationnel des services est confirmée dans plusieurs études québécoises (Haggerty, Pineault, et al., 2007; Haggerty et al., 2008; Pineault et al., 2008). Cependant, on observe que des résultats des études ultérieures favorisent les organisations des modèles professionnels plutôt que les modèles communautaires. L'étude québécoise menée par Haggerty et al. (2008), conclut que les caractéristiques des cliniques de services de première ligne et de pratique médicale associées à une meilleure accessibilité (du premier contact) et continuité (dans ses

dimensions relationnelles et de coordination) rapportées par les patients favorisent le modèle « Groupe de médecins de famille (GMF) », nouveau mode de livraison des soins de première ligne introduit au début des années 2000 au Québec, comparé au modèle de « cliniques gérées par des médecins indépendants » en tant que pratique privée prédominante (rémunération à l'acte) et au modèle de « Centre local des services communautaires (CLSC) » en tant que modèle adhérent à la vision communautaire (personnel salarié et financement global). Le GMF est proposé comme nouveau modèle organisationnel pour améliorer l'intégration entre la pratique privée et les CLSC. Un GMF est constitué d'environ 6 à 10 médecins pour 10 000 à 15 000 personnes. Les médecins en GMF travaillent en étroite collaboration avec des infirmières et des services communautaires, selon des modalités négociées avec les CLSC, et concluent des ententes avec d'autres établissements pour prodiguer un panier planifié de services auprès de personnes inscrites sur une base non géographique (Coyle, Strumpf, Fiset-Laniel, Tousignant et Roy, 2014). Le GMF offre des heures d'ouverture accrues le soir et la fin de semaine et participe à un système de garde téléphonique durant les heures de fermeture. Il existe plusieurs similarités entre les GMF du Québec, les *Ontario's Family Health Teams*, et les *Patient-Centered Medical Homes* aux États-Unis (Coyle et al., 2014). Selon Haggerty et al. (2008), l'accessibilité était meilleure dans les cliniques avec 10 médecins ou moins, une infirmière sur place, un accès téléphonique 24 heures par jour et 7 jours par semaine, des ententes opérationnelles pour faciliter les soins avec d'autres établissements de soins de santé et des services sans rendez-vous le soir. Les accords opérationnels et les soins du soir ont également été associés positivement à la continuité relationnelle. Toutefois, un style de pratique des médecins axé sur l'accessibilité (indiqué par une forte proportion de soins sans rendez-vous et le volume élevé de patients) semble être au détriment de la continuité relationnelle. La continuité de la coordination était également associée à plus d'accords opérationnels et un accès téléphonique continu. Elle était ainsi mieux lorsque les médecins pratiquaient 50 % à 70 % de leur temps dans les cliniques et le reste du temps dans les hôpitaux (Haggerty et al., 2008).

Sans doute, la taxonomie produite par Lamarche et al. (2003) a servi de base pour le développement subséquent d'autres taxonomies surtout au niveau québécois où l'organisation des services de première ligne a connu, depuis le début des années 2000, plusieurs propositions

et expériences de transformation, notamment la création des Centres de santé et services sociaux (CSSS), chargés de la responsabilité d'établir des réseaux locaux de services (RLS) et l'implantation de nouvelles formes d'organisation de soins de première ligne, les groupes de médecine de famille (GMF) et les cliniques-réseau (CR) (Pineault et al., 2014). Dans la majorité des cas, ces deux formes d'organisation venaient ajouter des ressources à des cliniques déjà existantes, pour améliorer l'accessibilité et la continuité des services offerts en première ligne (Pineault et al., 2014). Ces changements ont amené un groupe de chercheurs québécois à se questionner sur l'impact de cette réforme organisationnelle sur l'appréciation de l'expérience de soins et l'utilisation des services ainsi que sur la situation et l'évolution des cliniques solo (Lamarche, 2006; Pineault et al., 2008).

S'inscrivant dans la même perspective que celle de 2003, une autre étude a été réalisée par Lamarche et al. en 2006. Elle poursuit trois objectifs (Lamarche, 2006) : 1. cerner les modèles d'organisation des services de santé de première ligne prévalant au Québec ; 2. apprécier l'expérience de soins des utilisateurs selon les modèles d'organisation utilisés; et 3. déterminer si l'importance relative des modèles d'organisation et l'appréciation de l'expérience de soins associée aux différents modèles varient selon les caractéristiques des milieux locaux. Les modèles d'organisation ont été bâtis à partir d'informations recueillies par des questionnaires auprès de 100 organisations de services de première ligne dans cinq régions du Québec. La même approche configurationnelle considérée dans la première étude de Lamarche a été utilisée. Un modèle d'organisation est conçu comme une configuration particulière de la vision des soins de première ligne, de la quantité et variété des ressources utilisées, de la structure organisationnelle, du degré d'intégration aux autres ressources du système de santé et des pratiques qui y prévalent. L'appréciation de l'expérience de soins a été effectuée auprès de 3 389 utilisateurs des services de première ligne de cinq régions administratives du Québec. Elle a porté sur leur appréciation de l'accessibilité, la continuité, la réactivité ainsi que sur leur utilisation des services de santé. Six modèles d'organisation de services de première ligne ressortent de cette étude. Trois modèles sont d'inspiration professionnelle de contact (solo-fermé, groupe-fermé et groupe-ouvert), deux modèles sont d'inspiration professionnelle de coordination (intégré aux organisations de première ligne et intégré à l'ensemble du système de

santé) et un modèle est d'inspiration communautaire (communautaire intégré). Dans cette étude, le modèle professionnel de contact solo-fermé est celui qui est associé le plus fréquemment à une appréciation positive de l'expérience de soins, et ce, sur le plus grand nombre de composantes de cette appréciation de l'expérience de soins. À l'opposé, le modèle professionnel de contact groupe-ouvert est le moins fréquemment associé à des appréciations positives de l'expérience de soins. Les quatre autres modèles se situent entre ces deux extrêmes. Leurs utilisateurs expriment une appréciation à peu près égale sur un nombre relativement semblable de composantes de l'expérience de soins même si l'appréciation de chacune de ces composantes peut varier selon les modèles.

Pineault et al. (2008) ont aussi mené une vaste étude s'inscrivant dans la même perspective que les deux précédentes (Lamarche et al. 2003 et 2006). Ses principaux objectifs étaient également d'identifier les modèles d'organisation des soins de première ligne prévalant dans deux régions du Québec (Montréal et la Montérégie), de déterminer l'influence de ces modèles sur les besoins non comblés dans la population et l'expérience de soins des personnes ayant recours aux services de première ligne et, finalement, d'explorer l'influence des contextes locaux sur la prévalence des modèles d'organisation des soins de première ligne et sur l'expérience de soins. Les modèles sont aussi conçus comme une configuration particulière de la vision des soins de première ligne, de la quantité et de la variété des ressources utilisées, de la structure organisationnelle, de leur degré d'intégration aux ressources des systèmes de soins et des pratiques. Cinq modèles ont été identifiés dans cette étude : quatre sont d'inspiration professionnelle (prestataire unique, de contact, de coordination et de coordination intégrée) et un est d'inspiration communautaire. L'expérience de soins des utilisateurs a été appréciée avec un indice global et sept indices spécifiques se rapportant à l'accessibilité géographique et organisationnelle, l'accessibilité économique, la continuité d'affiliation, la continuité informationnelle, la globalité, la réactivité et les résultats de soins. La déclaration de besoins non comblés de services est également comprise sous cette rubrique. Selon les résultats, l'indice global de l'expérience de soins démontre que la perception de l'expérience de soins de première ligne est généralement meilleure chez les utilisateurs du modèle professionnel à prestataire unique. En moyenne, 80 % des questions retenues pour qualifier globalement l'expérience de

soins reçoivent une très bonne appréciation de la part des utilisateurs. Les appréciations de ce modèle se démarquent aussi pour chacun des indices spécifiques d'expérience de soins, présentant les meilleurs scores, même en contrôlant pour les conditions personnelles des utilisateurs. Après le prestataire unique, les modèles de coordination et de coordination intégrée occupent la position la plus élevée sur tous les indices, sauf pour l'accessibilité géographique, organisationnelle et économique ainsi que pour la continuité informationnelle, où ils sont devancés par le modèle communautaire. Ce modèle ne se démarque que sur l'accessibilité économique, où il occupe le premier rang. Pour l'accessibilité géographique et organisationnelle et la continuité informationnelle, il occupe le deuxième rang. Quant au modèle professionnel de contact, il occupe le dernier rang sur toutes les dimensions de l'expérience de soins. Quant à la déclaration de besoins non comblés de services, elle est moindre chez les utilisateurs du modèle à prestataire unique (14 %) et élevée chez les utilisateurs du modèle de contact (22 %). Les trois autres modèles obtiennent des taux variant autour de 18 % (Pineault et al., 2008). En se basant sur l'expérience de soins telle que perçue par les utilisateurs, l'étude de Pineault et al. (2008) et celle de Lamarche (2006) semblent soutenir l'idée que les modèles organisationnels incarnant une pratique solo sont mieux appréciés par les utilisateurs quant à leur expérience de soins.

En fonction de ce qui précède, nous voyons que chacune des trois études mentionnées ci-dessus observe des relations différentes entre les différentes caractéristiques organisationnelles et l'appréciation de l'expérience de soins. Les modèles organisationnels qui obtiennent des résultats similaires ont certaines de leurs caractéristiques qui sont semblables et d'autres qui sont opposées. Bref, on ne connaît pas le modèle organisationnel de première ligne associé à une meilleure appréciation de l'expérience de soins de première ligne par l'utilisateur sur toutes les composantes de cette expérience. Or, la différence de résultats de ces trois études ne peut pas s'expliquer uniquement par la différence des caractéristiques organisationnelles. La littérature sur l'appréciation de l'expérience de soins nous indique que l'influence des facteurs organisationnels est dépendante des facteurs individuels des utilisateurs. Nous examinons cet élément dans une section prochaine.

Outre les facteurs organisationnels, les facteurs contextuels sont aussi un élément dont il faut tenir compte dans les déterminants de l'appréciation de l'expérience de soins. C'est ce que nous examinons dans la prochaine section.

### **1.2.3 Les facteurs contextuels**

Le contexte est toujours difficile à circonscrire, à conceptualiser, à évaluer et à mesurer (Borgès Da Silva, 2010). Pour étudier le contexte, il faut travailler de façon écologique et utiliser des données agrégées. Il faut donc choisir un territoire avec des limites connues et pour lequel il faut disposer de données et d'informations. On trouve ainsi plusieurs façons d'aborder le contexte (Arbaje, Yu, Newhall et Leff, 2015; Begun et Luke, 2001; Gissler, Keskimaki, Teperi, Jarvelin et Hemminki, 2000; Maynou et Saez, 2016; Traynor, 2008).

L'intérêt porté aux contextes locaux repose sur l'hypothèse qu'ils procurent des circonstances influençant les valeurs, attitudes et comportements des personnes qui y habitent (Macintyre et al., 2002; Macintyre et Ellaway, 2000; Matthews, 1988). Dans le cadre de Macintyre et al. (2002), les auteurs classent en trois catégories les déterminants géographiques de la santé : les facteurs de composition, les facteurs contextuels et les facteurs collectifs. Les facteurs de composition réfèrent aux caractéristiques des individus qui composent un territoire particulier tels l'âge, le sexe et le niveau socioéconomique des individus. En effet, les caractéristiques individuelles diffèrent d'un territoire à l'autre (Hiotis et al., 2005; Pampalon, Hamel, Gamache et Raymond, 2009; Pampalon et Raymond, 2000). Par exemple, les caractéristiques individuelles des habitants d'un territoire situé dans un grand centre urbain sont différentes de celles des habitants d'un territoire situé dans un milieu rural. Dans les grands centres urbains, comme la ville de Montréal, le nombre d'immigrants est beaucoup plus élevé comparativement aux milieux ruraux. Dans certains endroits, il se peut que la population immigrante soit plus éduquée et plus jeune que la population en général. L'impact de ces éléments de composition sur l'utilisation des services diffère donc d'un territoire à l'autre (Pampalon et al., 2009; Pampalon et Raymond, 2000).

Les facteurs contextuels regroupent les structures physiques et l'environnement social des territoires (Macintyre et al., 2002) tels que les commerces, les établissements de santé, les institutions gouvernementales et les centres de loisirs. Bien entendu, un territoire situé dans un grand centre urbain ne disposera pas des mêmes structures physiques et n'offrira pas le même environnement social qu'un territoire rural. À titre d'exemple, dans un contexte urbain, il y aura plus d'hôpitaux et de cliniques médicales que dans un contexte rural. L'impact de la disponibilité des ressources médicales et autres n'est pas le même dans le contexte rural que dans le contexte urbain (Litaker et Tomolo, 2007; Peterson, Tsai, Petterson et Litaker, 2009; Shi et al., 2005). Enfin, les facteurs collectifs font référence aux caractéristiques historiques et socioculturelles des territoires comme les normes partagées, les traditions et les valeurs (Macintyre et al., 2002). Par exemple, certains territoires peuvent présenter des taux élevés de mauvaise santé, car les normes locales et les traditions ne voient pas le fait de fumer comme étant une mauvaise chose (Duncan, Jones et Moon, 1996) ou parce que parmi les habitants locaux il y a beaucoup d'individus dont les caractéristiques les prédisposent au tabagisme (dimension de composition) (Law et Morris, 1998). La littérature s'est intéressée également à la cohésion sociale, au capital social et à la position perçue dans la hiérarchie sociale ou économique comme aspects collectifs. Toutefois, Macintyre et al. (2002) soulignent le manque d'attention dans les différences régionales à d'autres aspects collectifs sociaux partagés tels l'identité (ethnique, régionale ou nationale), les idéologies et pratiques politiques, les systèmes fiscaux et légaux, les histoires partagées, l'affiliation religieuse, les systèmes de parenté, la division domestique du travail, le genre, l'âge, les rôles de clan, etc. Il est admis que la mauvaise santé dans certains endroits peut être le résultat à la fois des niveaux de fonctionnement social collectif et de l'infrastructure matérielle (Frohlich, 2000; Frohlich, Potvin, Chabot et Corin, 2002), d'où l'importance de mettre l'accent sur les deux facteurs. Cependant, les auteurs soulignent que ces facteurs collectifs des milieux ne doivent pas être limités géographiquement aux lieux de résidence (Macintyre et al., 2002). Par exemple, les normes, les valeurs et les intérêts économiques partagés chez les descendants des immigrants indiens au Royaume-Uni pourraient être plus proches de ceux des résidents de leurs régions d'origine que de ceux de leurs voisins où ils résident au Royaume-Uni. Au Québec, la population est diversifiée et certains

groupes peuvent ne pas partager les mêmes caractéristiques historiques et socioculturelles (Macintyre et al., 2002).

Les circonstances contextuelles ont également un impact sur les organisations (Cannon et John, 2007; Scott, Mendel et Pollack, 2004). À partir d'une synthèse des travaux de nombreux auteurs, Scott, Mendel et Pollack (2004), reconnaissent deux aspects majeurs des contextes qui peuvent avoir un impact sur la structure, le fonctionnement et les résultats des organisations. Ce sont les contextes matériel et institutionnel. Le premier fait référence aux facteurs pouvant influencer les intrants, les processus et les extrants des organisations ainsi que leur réseautage. Les principales dimensions du contexte matériel sont : 1) la disponibilité des ressources et des technologies; 2) les caractéristiques de la population; et 3) les collaborations interorganisationnelles horizontale et verticale. Le contexte institutionnel réfère aux constructions symboliques et aux pratiques (routines, rituels) des acteurs et des organisations ainsi qu'au système de gouvernance régularisant ou contrôlant les actions des acteurs. On y retrouve notamment, les normes, les valeurs, l'influence d'individus ou d'associations spécifiques, la composition et la structure de gouverne à différents niveaux. On a déjà mentionné que dans la recherche sur les services de première ligne, le concept de l'expérience de soins a particulièrement été appliqué notamment pour connaître l'appréciation qu'en font les patients des services fournis par leurs sources habituelles de soins (Pineault, 2012). Le contexte local des sources habituelles de soins des patients est ainsi considéré comme plus déterminant que celui de la résidence des personnes (Roberge et al., 2007). Au Québec, au cours de dernières quinze années, plusieurs études réalisées ont permis de mieux comprendre les variations dans l'appréciation de l'expérience des patients en mettant l'accent sur les facteurs contextuels des sources habituelles de soins des personnes.

La littérature suggérant l'importance potentielle des caractéristiques contextuelles sur les variations dans l'appréciation de l'expérience de soins des utilisateurs est en croissance. Souvent, cette littérature traite de l'influence de variables géographiques (comme la densité de la population, la défavorisation ou la disponibilité des ressources ou l'emplacement). L'étude réalisée par Tremblay et al. (2015) confirme que, entre autres, la localisation géographique de la clinique utilisée est associée à l'appréciation des patients de leur expérience de soins en



cancérologie. Selon cette étude (Tremblay et al., 2015), la localisation géographique de ces cliniques est le déterminant organisationnel le plus significatif et se traduit par une appréciation la plus élevée, notamment de la réactivité de l'expérience de soins des patients utilisant des cliniques localisées dans les régions rurales. Des résultats semblables sont observés dans l'étude menée par Kontopantelis et al. (2010) au Royaume-Uni. Selon cette étude, les patients des « Primary Care Trust » localisés dans les régions du Nord-Est expriment une meilleure appréciation de l'accessibilité de leur expérience de soins de première ligne. En revanche, les patients de la région urbaine centrale, soit la capitale nationale Londres, expriment une mauvaise appréciation de cette expérience de soins (Kontopantelis et al., 2010).

Dans plusieurs études québécoises, les caractéristiques des contextes locaux ont été prises en compte aussi bien que les caractéristiques organisationnelles (Lamarche, 2006; Lamarche, Pineault, Gauthier, Hamel et Haggerty, 2011; Lamarche et al., 2010; Pineault et al., 2008). L'étude de Lamarche et al. (2010) a examiné l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne des utilisateurs afin de vérifier : 1) si l'appréciation varie en fonction du milieu géographique où les services sont rendus; et 2) si les variations enregistrées sont consistantes pour toutes les composantes de l'expérience de soins. L'étude a cerné quatre composantes de l'expérience de soins de première ligne : l'accessibilité, la continuité, la rapidité de l'intervention et l'utilisation déclarée. Deux caractéristiques des contextes locaux où opèrent les organisations sont considérées : la taille de la population desservie dans la municipalité où les cliniques des patients sont localisées et la distance entre ces municipalités et les grands centres urbains de Montréal et Québec. Les contextes locaux ont été regroupés en quatre catégories : ruraux-éloignés, ruraux-périphériques, urbains périphériques et urbains centraux. Les résultats révèlent l'existence de variations significatives dans l'appréciation des patients des aspects spécifiques de leur expérience de soins. L'accessibilité a fait l'objet d'un moins grand nombre d'appréciations positives par les utilisateurs, alors que la continuité d'information a reçu le plus grand nombre d'appréciation positive. Les analyses confirment aussi d'importantes variations en fonction du milieu géographique, et ce, pour toutes les composantes de l'expérience de soins. Toutefois, la fréquence des appréciations favorables au regard de l'expérience de soins a été inversement proportionnelle à la proximité du milieu urbain (Lamarche et al., 2010). Les

utilisateurs dans les contextes ruraux éloignés ont plus fréquemment une appréciation positive de leur expérience de soins, contrairement aux utilisateurs dans les contextes urbains-centraux. Étant donné la disponibilité plus élevée des ressources sanitaires dans les contextes urbains que dans les contextes ruraux, Lamarche et al. décrivent les résultats d'inattendus (Lamarche et al., 2010).

Dans une autre étude de Lamarche et al. (2011) évaluant l'appréciation de l'expérience de soins exprimée par les patients en fonction de la disponibilité des ressources, quatre variables ont été utilisées pour capturer la disponibilité des ressources. En s'inspirant de l'étude de Gauthier et al. (2009), ces variables représentent le nombre d'organisations de santé disponibles dans un intervalle de 15 minutes de transport à partir du centre de la municipalité où l'organisation de santé utilisée par le patient est localisée (Gauthier et al., 2009). Quatre types d'organisations de santé ont été cernées dans l'étude de Lamarche et al. (2011) : 1. les organisations des soins de première ligne ; 2. les hôpitaux offrant des soins médicaux généraux ; 3. les hôpitaux spécialisés ; 4. les hôpitaux ultraspecialisés. L'expérience de soins telle qu'appréciée par les utilisateurs a inclus les composantes suivantes : l'utilisation déclarée des services, l'accessibilité, la continuité et la réactivité des soins. Encore dans cette étude, les analyses font ressortir une relation inverse entre une appréciation positive de l'expérience de soins de toutes ses composantes, une utilisation plus élevée et une disponibilité plus élevée des ressources (Lamarche et al., 2011). Autrement dit, l'appréciation positive de l'expérience de soins ainsi que l'utilisation des services sont plus élevées lorsque la disponibilité des ressources de proximité est faible ou moyenne. Dans aucun des cas, une appréciation positive et une utilisation plus élevée ne sont associées à une disponibilité plus élevée des ressources à proximité. Étant donné la forte dominance des croyances à l'effet positif de la disponibilité des ressources, Lamarche et al. qualifient les résultats de paradoxaux (Lamarche et al., 2011).

Dans l'étude de Lamarche, réalisée en 2006, les caractéristiques décrivant les contextes locaux où opèrent les organisations sont les suivantes : la taille de la population desservie, la distance des grands centres urbains et la disponibilité des ressources sanitaires à proximité. Les contextes locaux sont regroupés en quatre catégories : ruraux-éloignés, ruraux-périphériques, urbains périphériques et urbains centraux. Ils ont aussi été regroupés en trois catégories en ce

qui a trait à la disponibilité des ressources à proximité : plus élevée que la moyenne, moyenne et moins élevée que la moyenne. Des résultats semblables sont obtenus dans cette étude de Lamarche (2006). Ils révèlent une relation presque linéaire entre une appréciation positive de l'expérience des soins et la taille de la population des milieux locaux et leur éloignement des grands centres urbains. La fréquence des appréciations positives est inversement proportionnelle à la taille de la population et à la proximité du milieu urbain. Ce sont les utilisateurs des milieux ruraux-éloignés qui apprécient le plus favorablement leur expérience de soins. Les utilisateurs des milieux urbains centraux apprécient le moins favorablement leur expérience de soins. L'appréciation des utilisateurs des milieux périphériques se situe entre ces deux extrêmes. Des différences semblables sont observées pour la quasi-totalité des composantes de l'expérience de soins analysées, y compris l'utilisation des services (Lamarche, 2006).

Une originalité de l'étude de Pineault et al. (2008) est la façon avec laquelle les contextes locaux sont décrits (Roberge et al., 2007). Cette étude a utilisé l'approche configurationnelle pour caractériser les territoires géographiques des Centres de santé et services sociaux (CSSS) des deux régions les plus peuplées de la province du Québec (Montréal et la Montérégie). Cette approche soutient que les entités environnementales peuvent être circonscrites par un ensemble de caractéristiques cohérentes qui forment un tout. Dans l'étude de Pineault et al. (2008), trois caractéristiques sont utilisées pour décrire les contextes locaux : l'écart entre les besoins de leur population et les ressources disponibles, l'importation ou l'exportation des services de santé de première ligne et le niveau de collaboration clinique prévalant entre les organisations de santé du contexte local. Les analyses ont produit une taxonomie composée de quatre groupes distincts de contextes locaux. Le premier groupe est qualifié d'affluent-commerçant. Il se caractérise par un écart positif élevé entre les ressources disponibles et les besoins de santé de leur population, un marché ouvert important et exportant des services de première ligne et une faible collaboration clinique entre les acteurs de ces contextes. Le deuxième regroupement se caractérise par un écart négatif entre les ressources disponibles et les besoins de santé de leur population, une importation des services de première ligne et une faible collaboration clinique entre les acteurs de ces contextes. Il est donc qualifié de dépourvu-dépendant. Le troisième regroupement est qualifié de pourvu-indépendant. Il montre un écart

positif entre les ressources disponibles et les besoins de santé de leur population, un marché fermé exportant et important peu de services de première ligne et une faible collaboration clinique entre les acteurs de ces contextes. Le dernier regroupement est qualifié d'équilibré-coordonné. Il se distingue par un équilibre entre les ressources disponibles et les besoins de santé de leur population, un marché exportant et important peu de services de première ligne et une collaboration clinique élevée entre les acteurs de ces contextes. L'étude révèle aussi d'importantes variations de l'appréciation de l'expérience de soins selon les caractéristiques des milieux locaux (Pineault et al., 2008). Ce sont les populations résidant sur les territoires qualifiés « d'affluents-commerçants » qui affichent les appréciations les plus faibles quant à l'appréciation de leurs expériences de soins. Ce constat s'applique à la presque totalité des composantes de l'expérience de soins. Les territoires qualifiés « d'équilibrés-coordonnés » se comportent fort différemment, obtenant les appréciations les plus fréquemment positives pour la quasi-totalité des composantes de l'expérience de soins. Cette bonne performance se traduit également dans la déclaration la plus faible de besoins non comblés de services. Les contextes qualifiés de « dépourvus-dépendants » et de « pourvus-indépendants » affichent des résultats variables entre ces deux extrémités et obtiennent des taux de déclaration de besoins non comblés s'approchant de la moyenne.

En résumé, la littérature traite souvent de l'influence de chacune des caractéristiques contextuelles sur l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne en tant que telle et d'une façon indépendante. Or, l'utilisateur est soumis à l'influence de plusieurs caractéristiques contextuelles simultanément. Selon nous, il est important de tenir compte de la complexité de la relation entre la configuration des caractéristiques contextuelles et l'appréciation de l'expérience de soins. Dans cette thèse, nous adoptons donc l'approche configurationnelle pour analyser les variations dans l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne en fonction des facteurs contextuels. Pour nous, il est toujours important de considérer les variables dans une approche globale et multidimensionnelle et non pas de façon indépendante.

Dans la prochaine section, nous traitons des liens entre les facteurs individuels, organisationnels et contextuels. La littérature nous indique que les variations dans l'appréciation

de l'expérience de soins est dépendante des interrelations entre des facteurs individuels, organisationnels et contextuels.

### **1.3 Interrelations entre les déterminants de l'appréciation de l'expérience de soins**

#### **1.3.1 Les interactions entre les facteurs individuels : les vulnérabilités des personnes**

Pour mieux analyser l'appréciation de l'expérience de soins, nous souhaitons utiliser un autre construit qui est lié aux facteurs sociodémographiques, notamment la vulnérabilité. Ce concept de vulnérabilité sous-tend la coexistence de deux ou de plusieurs conditions chez l'utilisateur et tient compte des implications de cette coexistence. Prenons en considération une femme âgée de 60 ans, qui a du diabète et de l'hypertension, qui appartient à une minorité ethnique, qui a un faible niveau d'alphabétisation en français et qui prend soin à domicile d'un mari malade. L'appréciation de son expérience de soins pourrait être déterminée par sa situation personnelle comme un tout incorporant l'ensemble de ses conditions de vie, y compris le fait qu'elle est un aidant naturel d'un membre de sa famille (cas tiré de Valderas et al., 2009).

Dans la littérature scientifique en santé, le concept de populations, de groupes ou d'individus vulnérables est de plus en plus utilisé pour décrire les personnes qui sont à risque d'une mauvaise santé et dont les caractéristiques démographiques, géographiques ou économiques entravent ou empêchent leur accès aux soins (Aday, 1993 ; Aday, 1994 ; 2001; Blumenthal et al., 1995; Glazier, Tepper, Agha, Moineddin et Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2006; Grabovschi et al., 2013; Larkin, 2009; Mechanic et Tanner, 2007; Rogers, 1997; Shi et Stevens, 2010). Les segments de la population qui est à risque d'une mauvaise santé et des inégalités en soins de santé sont ainsi considérés comme vulnérables (Aday, 2001; Shi et Stevens, 2010). La vulnérabilité des personnes est ainsi conçue et mesurée par la présence de facteurs de risque associés à une mauvaise santé et aux résultats adverses des services de santé. Bien que le fait d'avoir à payer pour l'obtention des soins rend la personne vulnérable à l'exclusion de soins et à une mauvaise santé (Vladeck, 2007), d'autres facteurs soutiennent aussi la vulnérabilité des personnes tels que l'âge, l'éducation, l'ethnicité ou l'immigration (Fiscella et Shin, 2005).

Dans son premier ouvrage synthèse sur les populations vulnérables aux États-Unis, Aday (1993) décrit une typologie de trois catégories de facteurs de risque pouvant contribuer à la vulnérabilité des personnes : le statut social associé aux caractéristiques individuelles (âge, genre et ethnicité), le capital social reflétant les liens entre les individus (structure familiale, état matrimonial, réseaux sociaux et organismes de bénévoles) et, finalement, le capital humain, soit le potentiel productif caractérisant une communauté (écoles, emplois, revenus et logements disponibles)(Aday, 1993). Sans doute, le cadre élaboré par Aday (1993) est devenu un paradigme de mesure de la vulnérabilité. Dans leur modèle de ressources sociales communautaires, Flakerud et Winslow (1998) suggèrent que la vulnérabilité trouve son origine dans le manque de ressources socioéconomiques et environnementales. Selon les auteurs, les ressources socioéconomiques réfèrent au capital humain (revenu, emploi, éducation et habitation), à la connectivité sociale et au statut social. Les ressources communautaires font référence à l'accès et la qualité des soins et à la disponibilité des professionnels de santé et des fournisseurs de services sociaux. Grabovschi et al. (2013) conçoivent la vulnérabilité comme une susceptibilité élevée à des inégalités en santé et soins de santé à cause d'une combinaison de facteurs individuels et environnementaux. Selon ces auteurs, les caractéristiques individuelles peuvent être innées (tels le genre, l'ethnicité et la prédisposition génétique aux maladies) ou acquises (tels le trauma, le style de vie et la maladie). En revanche, les aspects environnementaux font référence à l'environnement physique immédiat (comme la température, la pollution, l'habitation et les caractéristiques de la communauté et du quartier) et à l'environnement socioéconomique plus large (les réseaux sociaux et les contextes historique, politique et culturel).

Le modèle comportemental d'utilisation des services d'Andersen (1978, 1995) a aussi inspiré la recherche sur la vulnérabilité et son impact sur les inégalités en utilisation des services de santé. Dans plusieurs études, la vulnérabilité est perçue comme une convergence des facteurs prédisposants, facilitants et de besoins de services. Dans ces études, les facteurs prédisposants font référence aux caractéristiques sociodémographiques comme la vieillesse (Broyles, McAuley et Baird-Holmes, 1999; Walker et al., 2010), l'appartenance à une minorité ethnique (Shi, Forrest, Von Schrader et Ng, 2003b; Shi et Stevens, 2005a; Shi et Stevens, 2005b; Shi,

Stevens, Faed et Tsai, 2008; Walker et al., 2010), le faible niveau d'éducation (Shi et Stevens, 2005a) et la résidence dans des quartiers défavorisés (Shi et al., 2008). Les facteurs facilitants considérés sont l'absence d'une assurance (Broyles et al., 1999; Shi et Stevens, 2005a; Shi et Stevens, 2005b; Shi et al., 2008; Walker et al., 2010), être pauvre (Broyles et al., 1999; Shi et al., 2003b; Shi et Stevens, 2005a; Shi et al., 2008; Walker et al., 2010) et le fait de ne pas avoir une source habituelle de soins (Shi et Stevens, 2005a; Shi et Stevens, 2005b; Shi et al., 2008). Enfin, les facteurs de besoins réfèrent au nombre de jours d'invalidité, la ou les maladies présentes (Broyles et al., 1999; Walker et al., 2010) et la perception de la personne de son état de santé (Shi et al., 2003b).

Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que le degré de vulnérabilité de la personne est le résultat de plusieurs facteurs de risque et de l'interaction complexe entre eux (interaction individu-environnement) au cours du cycle de la vie (Grabovschi et al., 2013; Mechanic et Tanner, 2007; Rogers, 1997; Vladeck, 2007). Souvent, les multiples vulnérabilités sont regroupées ensemble et agissent en synergie chez le même individu (Grabovschi et al., 2013). Ainsi, plusieurs études ont examiné la relation entre les inégalités en santé et la multiplicité des facteurs de vulnérabilité (Grabovschi et al., 2013; Shi et Stevens, 2005b; Stevens, Seid, Mistry et Halfon, 2006). Les résultats suggèrent que les personnes dont le niveau de vulnérabilité est élevé, car elles accumulent plusieurs vulnérabilités (multivulnérabilité), ont plus de risques de faire face à des inégalités en soins de santé (Grabovschi et al., 2013; Shi et Stevens, 2005b; Stevens et al., 2006). La coexistence de multiples vulnérabilités pourrait augmenter les besoins en santé, diminuer l'accessibilité aux soins aussi que la qualité des soins. Par exemple, les individus présentant plusieurs vulnérabilités rapportent plus fréquemment des difficultés à : consulter un médecin spécialiste (Carlson et Blustein, 2003; Shi et Stevens, 2007), obtenir des soins de première ligne (Fiscella et Shin, 2005) ou des services de prévention (Shi et Stevens, 2005a; Shi et al., 2008). Ils ont aussi plus de risques : d'attendre plus longtemps au bureau avant de rencontrer le médecin (Shi, Forrest, Von Schrader et Ng, 2003a), d'obtenir un traitement moins agressif pour le cancer (Denberg et al., 2006) ou des soins de première ligne de moindre qualité (German et Latkin, 2012; Mechanic et Tanner, 2007; Pauly et Pagan, 2007; Stevens et

al., 2006). Cependant, ils ont moins de risques d'avoir une source régulière de soins (Shi et al., 2003a).

D'après Frohlich et Potvin (2008), la concentration des facteurs de risque est un élément clé dans la détermination des sous-groupes ou des individus vulnérables. Selon ces auteurs, la notion des populations vulnérables « fait référence à des groupes qui, à cause de leur position dans les classes sociales, sont communément exposés à des conditions contextuelles qui les distinguent du reste de la population » (traduction libre) (Frohlich et Potvin, 2008, p. 218). Les populations vulnérables sont alors celles exposées à de multiples facteurs de risque et non pas à un seul. Au Canada, les personnes qui n'ont pas terminé les études secondaires, qui ont un revenu sous le seuil de la pauvreté et les autochtones peuvent être considérées comme vulnérables (Frohlich et Potvin, 2008). La pauvreté comme source majeure de vulnérabilité est en fait prise en compte dans presque toutes les études qui s'intéressent à la coexistence des facteurs de vulnérabilité (Grabovschi et al., 2013). Ainsi, elle est souvent mise en lien avec l'appartenance à des minorités ethniques, l'immigration récente et la résidence dans des quartiers défavorisés (Vladeck, 2007). L'autre combinaison de facteurs souvent pris en considération est la vieillesse, le manque d'assurance de santé et la présence d'une ou de maladies physiques ou mentales. Certaines études ont associé à la vulnérabilité des facteurs tels l'incarcération, l'itinérance, la résidence dans des quartiers défavorisés ainsi que des aspects reliés au statut socioéconomique : le statut d'immigrant, le non-emploi, le bas niveau d'éducation et être veuve (Grabovschi et al., 2013).

En fait, la littérature sur l'influence des vulnérabilités des personnes, quant aux inégalités en santé, présente une lacune importante. Fréquemment, la recherche empirique examine les contributions individuelles des vulnérabilités sur les inégalités en santé et considère que l'interaction entre ces facteurs de risque ou de vulnérabilités chez le patient n'a pas d'effet. Les variables utilisées sont souvent étudiées de manière indépendante sans tenir compte des interactions potentielles qui existent entre elles. Ainsi, il existe peu d'études qui prennent en considération l'interaction potentielle entre les multiples vulnérabilités des personnes (Shi et Stevens, 2005b; Stevens et al., 2006). Dans leur étude, Grabovschi et al. (2013) soulignent que le nombre total des études considérant la vulnérabilité comme une combinaison des facteurs de



risque est encore peu élevé. Les auteurs soulèvent également trois points importants. Le premier est que la majorité des études analysant l'impact de la coexistence de multiples vulnérabilités sont réalisées aux États-Unis, où on ne trouve pas un accès universel aux soins permettant aux groupes vulnérables d'obtenir les soins appropriés. Le deuxième point est qu'un grand nombre de ces études utilisent le modèle comportemental d'Andersen. Le dernier point soulevé par les auteurs est que peu d'attention est donnée dans ces études aux interrelations complexes entre les différents facteurs ou aspects de vulnérabilité tels que l'ethnicité et la pauvreté (Grabovschi et al., 2013).

Dans cette thèse, nous retenons le concept de vulnérabilité pour approcher les facteurs socioéconomiques ou prédisposants du modèle comportemental d'Andersen. Nous adoptons donc le concept du risque qui sous-tend la définition de la vulnérabilité. Nous définissons la vulnérabilité par la présence d'un facteur chez une personne qui est généralement associé à un risque d'effets indésirables sur sa santé (Aday, 1993; Grabovschi et al., 2013; Shi et Stevens, 2010). Plusieurs facteurs de risque peuvent être associés à des effets indésirables sur la santé. Dans cette thèse, nous retenons des facteurs que nous relierons à cinq vulnérabilités des personnes : sanitaire, biologique, matérielle, relationnelle et culturelle. La vulnérabilité sanitaire fait référence aux incapacités ou limitations physiques et cognitives (Loeb, Binswanger, Candrian et Bayliss, 2015; Quesnel-Vallée et al., 2008; Valderas, Starfield, Sibbald, Salisbury et Roland, 2009; Vladeck, 2007). La vulnérabilité biologique est reliée à l'âge de la personne (Aday, 1993; Aday, 2001). Les prématurés, les très jeunes et les plus âgés sont plus vulnérables comparés aux autres groupes d'âge. La vulnérabilité matérielle réfère au statut socioéconomique (Adler et Newman, 2002; Asada et Kephart, 2007; Economou, Nikolaou et Theodossiou, 2008; Glazier et al., 2006; Quesnel-Vallée et al., 2008; Vladeck, 2007). La vulnérabilité relationnelle fait référence à l'intensité des relations que la personne entretient avec son entourage (Aday, 1993; Grady, 2009). La structure familiale et les réseaux sociaux sont des indicateurs des ressources sociales de la personne. Quant à la vulnérabilité culturelle, elle est reliée à l'écart qui existe entre la culture de la personne et celle de la population ou du groupe d'intégration (Glazier et al., 2006; Vladeck, 2007).

Une personne peut ainsi présenter une ou plusieurs vulnérabilités. Nous considérons que l'appréciation de l'expérience de soins par les utilisateurs est déterminée par la présence d'une ou de plusieurs vulnérabilités qui interagissent entre elles dans leur impact sur l'appréciation de l'expérience de soins. Au Québec, qui est le terrain de cette recherche, bien que l'on connaisse des résultats sur l'effet de la vulnérabilité sur l'appréciation de l'expérience de soins des personnes, on ne trouve pas d'études menées sur plusieurs vulnérabilités des personnes. Plus encore, aucune étude à notre connaissance n'évalue les interactions entre les différentes vulnérabilités. Il y a une lacune à ce sujet. Quelle est l'influence respective de chacune des vulnérabilités d'une personne sur l'appréciation de l'expérience de soins ? Quelle est l'influence de l'interaction entre les différentes vulnérabilités sur l'appréciation de l'expérience de soins ? Autrement dit, quelles sont les vulnérabilités qui interagissent pour augmenter ou diminuer la probabilité d'avoir une appréciation moins bonne de l'expérience de soins ? Selon nous, l'interaction entre les variables est un élément essentiel dans l'analyse de l'influence de vulnérabilités des personnes sur leur appréciation de l'expérience de soins. Il est possible que l'influence de l'une ou de l'autre de ces vulnérabilités ne soit pas la même dépendamment des autres vulnérabilités en présence. Nous prônons donc une approche multidimensionnelle qui tient compte de plusieurs vulnérabilités qu'une personne peut présenter et des interactions entre elles.

Pour terminer, il ressort de l'état de connaissances que certaines variables confondantes sont susceptibles d'influencer à la fois les vulnérabilités des personnes et l'expérience de soins. Pour éviter la confusion, tout en tenant compte des données disponibles, nous avons donc choisi de retenir les cinq variables confondantes suivantes : la perception de la personne de son état de santé (mauvaise/moyenne versus bonne/excellente)(Elliott et al., 2010; Muggah et al., 2014), le genre (femme versus homme)(Kontopantelis et al., 2010; Pampalon, Hamel, Gamache et Raymond, 2009), le statut d'emploi (sans emploi versus emploi temps plein ou partiel)(Hiotis et al., 2005; Kontopantelis et al., 2010), la perception de la personne de sa situation financière (très pauvre/pauvre versus revenu suffisant/à l'aise) et finalement, la langue parlée à la maison (autre langue versus français ou anglais)(Elliott et al., 2010). Ces variables peuvent influencer les variables indépendantes et les variables dépendantes de l'étude. Il faut éliminer donc leur

influence dans l'analyse de la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins (Bertakis, 2009; Bleich, Ozaltin et Murray, 2009).

La littérature sur l'appréciation de l'expérience de soins nous indique que l'influence des facteurs organisationnels est dépendante des facteurs individuels des utilisateurs. Nous examinons cet élément dans les paragraphes suivants.

### **1.3.2 Les interactions entre les facteurs individuels et organisationnels**

Récemment, certaines études mettent en évidence un lien entre les facteurs organisationnels et les facteurs individuels des utilisateurs qui peuvent affecter l'appréciation de l'expérience de soins.

Aux États-Unis, il existe différentes options d'assurance maladie qui pourraient entraîner des expériences de soins très différentes (Elliott et al., 2011). Par exemple, dans l'option du programme Medicare dont les professionnels sont payés à l'acte (fee-for-service), les bénéficiaires sont libres de choisir leurs propres médecins et autres fournisseurs, mais ils sont également seuls responsables de leur navigation dans le système de soins (Elliott et al., 2011). Toutefois, dans l'option de la forme intégrée et gérée (managed care) du programme Medicare, les personnes inscrites peuvent avoir des avantages plus larges à moindre coût, mais elles peuvent être limitées dans leur choix de fournisseurs et options de soins de santé (Elliott et al., 2011). Aux États-Unis, plusieurs centaines de régimes d'assurance Medicare du type géré et intégré sont sous contrat avec les Centres de services Medicare et Medicaid (Elliott et al., 2011). De plus, compte tenu de la diversité de ces plans, les bénéficiaires peuvent avoir des appréciations des expériences de soins très différentes selon les plans choisis (Landon et al., 2004). Les analyses de données à partir des enquêtes CAPHS de Medicare ont révélé que les patients affiliés aux options gérées et intégrées de Medicare, affichent des appréciations moins fréquemment positives de leur expérience de soins comparées aux patients couverts par l'option du Medicare dont les professionnels sont rémunérés à l'acte (Landon et al., 2004).

Dans certains cas, les résultats démontrent que les appréciations de l'expérience de soins des bénéficiaires, considérés comme vulnérables à cause de leurs caractéristiques, varient d'une option à l'autre (Elliott et al., 2011; Keenan et al., 2009; Lurie, Zhan, Sangl, Bierman et Sekscenski, 2003). L'étude menée en 2003 par Lurie et al. a démontré que les différences ethniques en appréciation de l'expérience de soins varient considérablement selon les plans d'assurance santé (Lurie et al., 2003). Chose intéressante, les groupes minoritaires peuvent exprimer de meilleures appréciations de l'expérience de soins comparés aux Blancs pour au moins une composante de l'expérience de soins compte tenu du plan de santé. Elliott et al. (2011) ont conclu que les inégalités en appréciation de l'expérience de soins sont plus larges pour les bénéficiaires vulnérables inscrits aux plans gérés et intégrés de Medicare qu'aux plans dans lesquels les professionnels sont rémunérés à l'acte (Elliott et al., 2011). Selon les résultats, pour une bonne majorité des 11 mesures de CAHPS, il existe des inégalités plus larges en appréciation de l'expérience de soins dans l'option gérée et intégrée de Medicare pour les personnes qui sont à faible revenu, ont un état de santé moins bon, sont plus âgées, pour les femmes, les Noirs et, finalement, les personnes qui n'ont pas complété leurs études collégiales, et ce, comparées à leurs homologues couverts par les plans de rémunération à l'acte. Ces résultats vont dans la même direction d'une étude antérieure réalisée par Keenan et al. en 2009 au regard des appréciations des expériences de soins des bénéficiaires qui ont un mauvais état de santé.

On a vu, dans la section précédente sur les facteurs individuels (section 1.2.1), qu'il n'est pas évident pour les immigrants au Canada d'avoir un accès adéquat aux soins de première ligne comparativement aux personnes nées au pays. Muggah et al. (2012) ont réalisé une étude sur le sujet. Les objectifs poursuivis sont : 1. de déterminer si l'accès rapporté aux soins de première ligne par les immigrants diffère de celui de la population née au Canada et 2. d'évaluer l'impact du modèle d'organisation de soins de première ligne sur l'accès aux soins rapporté par les immigrants. Les pratiques de soins de première ligne ont été échantillonnées à l'intérieur de chacun des quatre modèles organisationnels dominants à cette époque, en Ontario : les Centres de santé communautaire, la Rémunération à l'acte, les Organisations des services de santé et les Réseaux de santé familiale. Les Centres de santé communautaire ont des fournisseurs

multidisciplinaires salariés. Une partie intégrante de leur mission est la prise en charge d'une population vulnérable bien identifiée. Les rémunérations à l'acte paient les fournisseurs en fonction du nombre et des types de services livrés. Les deux pratiques fondées sur la capitation (Organisations des services de santé et Réseaux de santé familiale) étaient considérées comme ensemble, puisque les deux étaient des pratiques de groupe avec des structures de paiement basées principalement sur une rémunération fixe en fonction de l'âge et du sexe des patients inscrits. Selon les analyses, les immigrants rapportent globalement un accès égal aux soins de première ligne comparés aux personnes nées au Canada. Parmi les différents groupes d'immigrants, les immigrants qui sont arrivés au Canada durant les cinq années précédant l'étude, après le contrôle pour leur état de santé, affichent un accès égal et effectuent 5,3 fois plus de visites que les personnes nées au pays. Toutefois, lorsque ces immigrants utilisent le modèle de Rémunération à l'acte, ils rapportent un accès moins bon et déclarent moins de visites pour des soins de première ligne comparativement aux personnes nées au Canada. D'après les auteurs, les différences observées en fonction des modèles organisationnels pour les immigrants récemment arrivés au pays suggèrent que les facteurs organisationnels pourraient mener à des inégalités en accès aux soins de première ligne (Muggah et al., 2012), et ce, même dans le contexte d'un système universel de soins comme celui qu'on retrouve au Canada.

L'étude canadienne menée par McCusker et al. (2013) consiste en une recherche qualitative dans le domaine de l'expérience des soins de première ligne pour la santé mentale (McCusker et al., 2013). Elle s'intéresse, entre autres, à l'identification des facteurs pouvant contribuer à de meilleures appréciations des expériences de soins pour les clients et leurs familles. Le but de l'étude est d'élaborer un cadre pour la recherche et l'évaluation de soins pour la dépression qui met en lien des domaines de soins importants pour les patients. Une revue de la littérature a été menée et utilisée pour guider la discussion lors d'un atelier interactif avec des participants pancanadiens, parmi lesquels on retrouve des personnes traitées pour une dépression ainsi que des membres de leur famille. Les analyses ont identifié trois groupes de facteurs interreliés qui peuvent influencer l'appréciation de l'expérience de soins des utilisateurs, notamment les aspects organisationnels des soins : les caractéristiques et les ressources personnelles du client et les ressources communautaires (McCusker et al., 2013). Bien qu'une

recherche future soit nécessaire pour valider ce cadre, il laisse clairement comprendre l'importance de considérer des interactions potentielles entre les trois facteurs identifiés. Ainsi, il est possible que l'appréciation de l'expérience de soins, selon les caractéristiques individuelles des personnes, varie d'un modèle organisationnel à l'autre.

Récemment, aux États-Unis, certaines études ont tenté de clarifier les facteurs qui contribuent aux inégalités ethniques en appréciation de l'expérience de soins parmi les patients assurés d'une manière comparable. Notre revue de la littérature américaine nous indique trois sources potentielles de ces inégalités. La première est que les minorités sont souvent regroupées dans des cliniques, hôpitaux et contrats Medicare à un degré plus élevé que ce qu'on peut expliquer par le simple hasard. En plus, les fournisseurs de soins et les options de Medicare qui possèdent une concentration élevée de minorités ethniques sont, en moyenne, évalués moins positivement par l'ensemble des patients comparativement à ceux qui desservent moins les minorités (Goldstein et al., 2010; Rodriguez et al., 2008). Cette concentration observée des minorités dans des contrats Medicare de qualité inférieure peut être expliquée par le fait que les fournisseurs et contrats fonctionnant avec moins de ressources se trouvent dans des régions caractérisées par une concentration ethnique (Weinick, Haviland, Hambarsoomian et Elliott, 2014). La concentration des minorités dans des contrats particuliers peut aussi être expliquée par le fait que ces derniers exigent des déboursés d'argent (*out-of-pocket*) moins élevés (Price et al., 2015). La deuxième source des inégalités ethniques est que les fournisseurs et les contrats fournissent une qualité différente aux bénéficiaires selon la race ou l'ethnicité. Par exemple, Elliott et al. (2010) ont trouvé que les rangs des hôpitaux au regard des expériences de soins des patients varient selon l'ethnicité, c'est-à-dire que le meilleur hôpital pour un groupe ethnique pourrait ne pas l'être pour un autre (Elliott et al., 2010). Price et al. (2015) ont examiné si l'appréciation de l'expérience de soins pour les minorités ethniques de Medicare varie selon la proportion des bénéficiaires appartenant au même groupe. Les analyses confirment que les contrats Medicare avec des proportions plus élevées de minorités tendent à avoir des appréciations moins positives de l'expérience de soins que les contrats et plans avec des proportions moins élevées de minorités (Price et al., 2015). Toutefois, les minorités ethniques inscrites dans les contrats dont la proportion est plus élevée pour les mêmes minorités affichent

des disparités en appréciation de l'expérience de soins plus faibles par rapport aux patients de race blanche que les minorités dans des contrats avec une proportion moins élevée de la même minorité. Cela peut refléter une compétence culturelle, particulièrement des services linguistiques, qui contrebalancent partiellement ou totalement la faible appréciation positive de l'ensemble des patients de ces plans ou contrats. Une implication de ce modèle est que l'appréciation de l'expérience de soins pour les contrats avec une concentration élevée de minorités demeure moins positive pour les patients de race blanche. L'appréciation de l'expérience de soins d'une minorité peut alors être semblable ou meilleure dans des contrats avec une proportion plus élevée du même groupe et parfois meilleure que dans des contrats avec essentiellement des patients de race blanche (Price et al., 2015). Enfin, certaines études suggèrent que les patients de minorités ethniques obtiennent les mêmes soins, mais qu'ils donnent des appréciations moins bonnes de leur expérience de soins (Lyratzopoulos et al., 2012) pour deux raisons. La première est que les patients des groupes ethniques ont des attentes plus élevées de la qualité des soins (Mead et Roland, 2009). L'autre est que les patients des minorités ethniques (ou culturelles) comprennent différemment les questions utilisées dans les enquêtes, ce qui produit des variations dans les appréciations de l'expérience de soins (Elliott et al., 2009; Weinick et al., 2011).

Selon nous, il ne faut pas étudier les variables de manière indépendante sans tenir compte de leurs interrelations. Ainsi, la configuration organisationnelle dans laquelle le soin est offert est un élément fondamental pour analyser l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne. Dans cette thèse, nous nous appuyons sur le cadre de Contandriopoulos et al. (2000), mentionné auparavant, pour opérationnaliser une configuration organisationnelle. Toutefois, la littérature présente un déficit sur l'influence des configurations organisationnelles sur l'appréciation de l'expérience de soins. Est-ce que les configurations organisationnelles des sources habituelles de soins ont un effet modérateur sur la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de leur expérience de soins ? On ne sait pas si la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins est modifiée par le modèle organisationnel (une configuration) caractérisant une source habituelle de soins. Il est possible que certains modèles organisationnels de la source habituelle de soins viennent renforcer cette

association, alors que d'autres l'atténuent. Un autre déficit que présente la littérature concerne la concentration potentielle des personnes vulnérables dans certains modèles organisationnels des sources habituelles de soins et l'implication de cette concentration sur la proportion des personnes qui ont des appréciations positives des expériences de soins. Est-ce que l'effet modérateur des modèles organisationnels des sources habituelles de soins contribue à augmenter ou à diminuer la proportion des personnes vulnérables qui ont des appréciations positives de leur expérience de soins ? Il est possible que les personnes vulnérables soient plus ou moins présentes dans les modèles organisationnels des sources habituelles de soins associés à des appréciations plus fréquemment positives des expériences de soins.

### **1.3.3 Les interactions entre les facteurs individuels, organisationnels et contextuels**

Nous avons vu, dans la section 1.2.3, qu'il existe des variations dans l'appréciation de l'expérience de soins des patients selon les caractéristiques des contextes locaux. Les études recensées confirment que les appréciations positives de l'expérience de soins sont plus fréquentes dans certains contextes que d'autres, et ce, souvent pour tous les aspects de l'expérience de soins. L'explication des différences contextuelles est devenue une piste de réflexion importante dans l'appréciation de l'expérience de soins de la population (Lamarche et al., 2011 ; Lamarche et al., 2010) autant que dans l'utilisation des services de santé (Fukuda, Nakamura et Takano, 2005; Mitchell et al., 2006; Monnat et Beeler Pickett, 2011). Nous tirons de la revue de la littérature que les caractéristiques des contextes locaux influencent l'organisation des services de santé et que cette influence peut prendre plusieurs formes.

Dans le premier cas, nous constatons un phénomène important qui ressort de notre revue de la littérature américaine, ce que plusieurs auteurs appellent « les effets disproportionnés de la géographie » (Goldstein, 1994; Mobley, May Kuo, Driscoll, Clayton et Anselin, 2008; Virnig et al., 2007). Nous tentons d'expliquer ce phénomène dans les paragraphes suivants.

Aux États-Unis, on a constaté que la concentration géographique ou résidentielle des populations pauvres constitue un facteur d'influence sur le mode de pratique des médecins (Adams, 1994, 2001; Fossett, Perloff, Kletke et Peterson, 1992; Greene, Blustein et Weitzman,



2006; Perloff, Kletke et Fossett, 1995). Medicaid est un programme connu pour améliorer l'accès aux soins des bénéficiaires pauvres aux États-Unis. Les résultats démontrent l'existence d'une mauvaise distribution significative des personnes pauvres et des médecins participant à Medicaid, notamment à l'intérieur des régions urbaines (Adams, 1994, 2001; Fossett et al., 1992). Les patients très pauvres inscrits à Medicaid se concentrent dans des zones urbaines centrales défavorisées où peu des médecins se trouvent. Goldstein (1994) parle du « docteur sécheresse » dans les quartiers pauvres (Goldstein, 1994). Cette concentration résidentielle peut donc créer des barrières géographiques à l'accès pour les pauvres selon où les médecins veulent travailler et où les patients vivent et sont capables et disposés à voyager (Adams, 1994; Fossett et al., 1992). Elle peut aussi mener à des régions géographiques caractérisées par un excès de demande à Medicaid. Selon une étude réalisée au Tennessee aux États-Unis, la concentration géographique des patients inscrits à Medicaid est associée à une participation moins élevée des médecins à Medicaid, à un nombre moins élevé des patients inscrits à Medicaid et à moins des visites par patient inscrit (Adams, 1994). Toutefois, l'augmentation des tarifs des médecins à Medicaid a été reliée en général à une augmentation du volume des médecins participant à Medicaid dans la région étudiée (Adams, 1994). Dans une étude plus récente, il est démontré que les politiques de remboursement par Medicaid sont moins efficaces dans les régions urbaines défavorisées à cause de la concentration résidentielle des patients (Adams, 2001). D'ailleurs, l'étude menée par Pathman, Ricketts Konard (2006) soutient que l'accès aux soins pour les assurés Medicaid et les patients qui n'ont pas d'assurance dépend plus de la densité locale des médecins (Pathman, Ricketts et Konrad, 2006).

Le défi auquel fait face l'étude des inégalités raciales aux États-Unis est l'existence d'une forte concentration géographique des populations ethniques (Baicker, Chandra et Skinner, 2005; Mobley et al., 2008; Virnig et al., 2007). Dans ce pays, les populations noires ou hispaniques ont tendance à vivre dans des zones différentes de celles des populations blanches non hispaniques (Baicker et al., 2005). Par exemple, la population américaine noire est concentrée dans le Sud-Central et le Sud-Est des États-Unis (Virnig et al., 2007). De plus en plus, la recherche aux États-Unis met en évidence la nécessité de ne pas isoler les disparités raciales des disparités géographiques (Baicker et al., 2005; Basu, Mobley et Thumula, 2014; Mobley et al.,

2008; Virnig et al., 2007). Dans la section 1.2.2, on a noté que les minorités raciales et ethniques utilisent davantage de fournisseurs perçus comme offrant des soins de faible qualité comparée à la population blanche. Ainsi, la qualité est souvent perçue moins bonne dans les régions avec une concentration élevée des populations ethniques (Virnig et al., 2007). Dans leur étude, Virnig et al. (2007) soulignent l'importance de considérer les effets disproportionnés de la géographie pour réduire les disparités raciales. Ces auteurs ont examiné les différences raciales entre les régions et à l'intérieur des régions en évaluation de la qualité des soins reçus pour plus de 5,1 millions personnes inscrites à Medicare de la forme intégrée et gérée (managed care) (connu aussi Medicare+Choice) (Virnig et al., 2007). Pour toutes les sept mesures de qualité considérées dans l'étude, on a observé que la population blanche âgée de 65 ans et plus enregistre de faibles scores de qualité dans les territoires qui ont la concentration la plus élevée de la population noire. La qualité de soins perçue par les Blancs est donc reliée à la composition raciale des régions. Sauf quelques exceptions, les résultats ont aussi révélé que les disparités entre la population blanche et la population noire âgée de 65 ans et plus sont plus importantes entre les régions qu'à l'intérieur des régions. Une exception intéressante est à noter. Dans un territoire caractérisé par un faible pourcentage de bénéficiaires noirs, mais par le plus faible score enregistré de qualité, les Noirs ont parfois des scores de qualité légèrement supérieurs aux Blancs. D'ailleurs, l'étude américaine menée par Baicker et al. (2005) confirme que le lieu de résidence d'un patient peut avoir un impact important sur la quantité et la qualité des soins qu'il reçoit. L'emplacement joue ainsi un rôle important dans la mesure et l'interprétation des disparités en matière de santé (et de soins de santé) (Baicker et al., 2005). Cette étude démontre que les disparités ethniques varient considérablement d'une région géographique à l'autre : certaines régions présentent des disparités importantes, tandis que d'autres bénéficient du même traitement. En outre, il n'existe pas de structure cohérente de disparités : certaines zones peuvent présenter une grande disparité dans un traitement particulier, tandis que ce n'est pas le cas dans une autre zone. (Baicker et al., 2005). Aux États-Unis, plusieurs études constatent la nécessité de considérer le problème de la disproportionnalité de la géographie, par opposition aux disparités ethniques, car l'élimination des disparités géographiques pourrait améliorer la qualité des soins pour tous les Américains et en particulier les Américains minoritaires (Baicker et al., 2005; Basu et al., 2014; Mobley et al., 2008). Les caractéristiques des milieux locaux varient

considérablement d'une région ou d'un État à l'autre, telle la disponibilité du transport en commun, l'acculturation communautaire et l'appauvrissement des personnes âgées, et peuvent avantager ou désavantager les minorités raciales et ethniques (Baicker et al., 2005; Mobley et al., 2008). Basu et al. (2014) ont constaté, à l'aide de l'analyse sur des petites localités, que l'amélioration dans les conditions socioéconomiques et dans l'accès géographique aux soins ont aidé à améliorer la qualité des soins reçus par les personnes âgées, surtout par les personnes appartenant à des groupes minoritaires (Basu et al., 2014).

Bref, les populations vulnérables, surtout les populations ethniques, sont proportionnellement plus présentes dans des contextes locaux dont les caractéristiques ne sont pas avantageuses (telles le faible nombre de médecins ou la faible qualité de soins). Ainsi, une mauvaise appréciation de l'expérience de soins des personnes vulnérables peut être, en partie, expliquée par leur concentration dans des contextes locaux produisant de mauvaises appréciations de l'expérience de soins. Selon nous, il faut tenir compte de la disproportionnalité géographique dans l'analyse des variations dans l'appréciation de l'expérience soins selon les vulnérabilités des personnes. La littérature présente un déficit à ce sujet. Une question se pose : est-ce que l'effet modérateur des contextes locaux sur la relation entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins peut influencer la proportion des personnes vulnérables qui ont une bonne appréciation de leur expérience de soins ? Il est possible que les personnes vulnérables se répartissent différemment selon les contextes locaux. Ainsi, on ne connaît pas l'impact de cette variation de répartition sur l'appréciation de l'expérience de soins des personnes vulnérables. Les personnes vulnérables peuvent être plus ou moins présentes dans des contextes locaux qui produisent des appréciations moins bonnes de leur expérience de soins. Cela peut donc contribuer à l'augmentation ou à la diminution de la proportion des personnes vulnérables qui ont une mauvaise appréciation de leur expérience de soins.

Le contexte local peut également constituer un facteur d'influence de l'émergence de nouvelles formes organisationnelles des services de santé. L'étude américaine menée par Begun et Luke (2001) a examiné l'association entre les caractéristiques des marchés locaux de soins de santé en 1982 et l'introduction de nouvelles formes organisationnelles dans ces marchés

locaux en 1995. Deux caractéristiques des contextes locaux sont mises en évidence selon les résultats : la taille du marché et la région géographique (Begun et Luke, 2001). Les marchés locaux dont la taille de la population et la densité des médecins spécialistes sont plus élevées en 1982 sont associés à des proportions plus élevées des marchés locaux couverts par une large variété des formes organisationnelles en 1995. Les marchés locaux situés dans le Nord-Est et le Sud du pays montrent moins de développement organisationnel que les marchés situés dans l'Ouest.

Au Québec, il existe des évidences voulant que l'importance relative de différents modèles organisationnels des services de santé de première ligne varie selon les contextes locaux (Lamarche, 2006; Pineault et al., 2008). Les résultats démontrent que des modèles organisationnels différents des services de santé de première ligne sont plus fréquents dans les milieux ruraux par rapport aux milieux urbains. Dans l'étude de Lamarche (2006), les analyses révèlent que l'organisation des services de première ligne des milieux ruraux éloignés repose sur la présence de plusieurs modèles organisationnels de première ligne. Toutefois, le modèle communautaire et le modèle professionnel de coordination intégrée y sont proportionnellement plus représentés et les modèles contact solo-fermé et groupe-ouvert sont proportionnellement moins représentés que dans les autres milieux locaux. En contrepartie, dans les grands centres urbains, l'organisation des services de première ligne est centrée principalement autour de deux modèles professionnels de contact qui sont le solo fermé et le groupe-ouvert. Dans d'autres études, Lamarche et al. (2010 et 2012) expliquent que plus les milieux locaux sont près des grands centres urbains et desservent des populations de grande taille, plus l'organisation des services devient homogène et repose sur un nombre limité de modèles organisationnels dominants (Lamarche et al., 2010; Lamarche et al., 2012). L'étude de Pineault et al. (2008) a aussi analysé la répartition des modèles d'organisation des services de première ligne selon les caractéristiques des milieux locaux. Encore une fois, la répartition des modèles d'organisation varie grandement selon les milieux locaux. L'organisation des services de première ligne des milieux qualifiés d'affluents-commerçants et de dépourvus-dépendants est très semblable. Elle est caractérisée par la présence dominante de deux modèles professionnels de prestataire unique et du contact. Ces milieux locaux se retrouvent essentiellement dans les milieux urbains. En

revanche, l'organisation des services de première ligne des milieux qualifiés de pourvus-indépendants est caractérisée par la présence de plusieurs modèles organisationnels. Elle est caractérisée par la présence de modèles organisationnels ayant une importance relativement semblable à l'ensemble des milieux locaux. L'organisation des services de première ligne des milieux qualifiés d'équilibrés-coordonnés est caractérisée par la présence relativement plus importante du modèle professionnel de coordination intégrée et du modèle communautaire. Cependant, on note l'absence du modèle professionnel de contact. Or, les milieux qualifiés de pourvus-indépendants et les milieux qualifiés d'équilibrés-coordonnés se caractérisent par une grande diversité sur le plan de la ruralité et de l'urbanité.

Dans le dernier cas, nous constatons que le contexte local constitue un facteur influençant la relation entre le modèle organisationnel des services de santé et l'appréciation de l'expérience de soins. En effet, des résultats suggèrent que dans les contextes ruraux, les modèles organisationnels des services de première ligne dominants sont plutôt associés à une appréciation positive de l'expérience de soins, alors que dans les milieux urbains, les modèles dominants sont plus fréquemment associés à une appréciation moins positive de l'expérience de soins population (Lamarche, Pineault, Gauthier, et al., 2010) (Lamarche et Maillet, 2016; Lamarche et al., 2012). Plus spécifiquement, les résultats scientifiques démontrent que dans les milieux ruraux, tous les modèles sont associés à une bonne appréciation de l'expérience de soins. Cependant, dans les milieux urbains, c'est un nombre limité de modèles organisationnels qui sont associés à une bonne appréciation de l'expérience de soins. Ce ne sont pas ceux qui prévalent en milieux urbains.

Une observation intéressante ressort des études de Lamarche (2006) et de Pineault (2008). Elle réfère à une apparente contradiction dans les milieux locaux entre l'appréciation de l'expérience de soins et les modèles d'organisation qui y sont dominants. Les milieux où sont localisés le plus les modèles d'organisation des soins de première ligne produisant l'appréciation positive de l'expérience de soins la plus fréquente ne sont pas ceux qui produisent la meilleure appréciation des expériences de soins (milieux urbains-centraux dans la première étude et affluents-commerçants dans la deuxième). À l'inverse, les milieux qui produisent la meilleure appréciation des expériences de soins ne sont pas ceux où les modèles organisationnels

produisant l'appréciation positive la plus fréquente y sont relativement plus présents (ruraux-éloignés dans la première étude et équilibrés-coordonnés dans la deuxième). Ces observations laissent entrevoir l'existence d'une interaction entre les modèles organisationnels et leurs milieux locaux sur l'appréciation de l'expérience de soins exprimée par l'utilisateur. Autrement dit, les modèles organisationnels associés à des appréciations positives de l'expérience de soins par les utilisateurs ne sont pas les mêmes selon les milieux locaux.

En résumé, la littérature présente des résultats sur l'influence des interrelations entre les caractéristiques contextuelles et les caractéristiques organisationnelles sur les variations dans l'appréciation de l'expérience de soins de l'utilisateur. Les résultats observés concernent l'ensemble des utilisateurs des services de santé. Ils ne nous renseignent pas sur l'influence de l'interaction entre ces caractéristiques organisationnelles et contextuelles sur l'appréciation de l'expérience de soins en fonction des vulnérabilités des personnes. Cela constitue en effet une faiblesse de ces études. Il y a donc un déficit à ce sujet. Une question se pose : est-ce que l'interaction entre les caractéristiques organisationnelles des sources habituelles de soins et les caractéristiques des contextes locaux ont un effet modérateur sur la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne ? Il est plausible que la source habituelle de soins et le contexte local conjointement modifient l'association entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne. Ainsi, il semble probable qu'une source habituelle de soins produise une meilleure appréciation de l'expérience de soins des personnes vulnérables dans certains contextes locaux et non pas dans d'autres. De même, il est plausible que l'effet modérateur de l'interaction entre les sources habituelles de soins et les contextes locaux augmente ou, au contraire, diminue la proportion des personnes vulnérables qui ont une appréciation positive de leur expérience de soins.

Dans la littérature, on retrouve deux approches permettant d'intégrer les connaissances sur les variations de l'appréciation de l'expérience de soins des personnes. Ces deux approches s'inspirent de deux modèles connus, probablement les plus connus, dans la recherche sur l'utilisation des services de santé. Ces deux modèles ont été proposés par Andersen et Newman (1973) et Donabedian (1973) et on y retrouve, à des degrés variables, des déterminants

individuels, organisationnels et contextuels de l'utilisation des services. Toutefois, chaque modèle propose une démarche différente pour appréhender l'utilisation des services et ses variations. Dans la section suivante, nous présentons d'abord ces deux cadres pour ensuite passer à l'approche configurationnelle en analyse des organisations qui guide notre réflexion pour analyser les associations entre les trois types de déterminants de l'appréciation de l'expérience de soins.

## **1.4 Cadre général**

### **1.4.1 Le modèle comportemental d'Andersen**

Le modèle comportemental d'Andersen et Newman classe en trois catégories les différents déterminants de l'utilisation des services : les facteurs prédisposant les individus à utiliser les services, les facteurs facilitants et les besoins de services (Andersen et Newman, 1973). Les facteurs prédisposants correspondent aux caractéristiques des individus. Ces dernières incluent les caractéristiques démographiques (âge, sexe/genre, état matrimonial, épisodes de soins passés), la structure sociale (éducation, occupation, taille de famille, race/ethnie, religion, mobilité résidentielle) et les croyances (valeur attribuée à la santé et à la maladie, attitude face aux services de santé, connaissance acquise des maladies). Les facteurs facilitants influencent à la fois les individus et les familles (revenu, assurance santé ou non, source régulière des soins) ainsi que les communautés (personnel et facilités sanitaires disponibles, prix des services de santé, région du pays, caractéristiques urbaines versus rurales). Les besoins se définissent par l'état de santé et de morbidité ressentis par les individus ou évalués par les professionnels. Ils font également référence aux facteurs de risque et d'incapacité. Selon ce modèle, le besoin à lui seul n'explique pas l'utilisation. Pour utiliser les services de santé, un individu devra d'abord être favorablement prédisposé et avoir la capacité de les utiliser.

Le modèle a subi plusieurs révisions au cours des années en réponse aux questions émergentes en politiques de santé et livraison des services de santé (Andersen, 2008). Ces révisions ont produit des ajouts au modèle, sans pour autant en modifier les composantes

principales et leurs relations (Andersen et Aday, 1978; Andersen, 1995; Andersen, 2008; Andersen et Davidson, 2001; Gelberg, Andersen et Leake, 2000). Le modèle a évolué vers un cadre encore plus global qui inclut des caractéristiques populationnelles, contextuelles et organisationnelles. Par exemple, le système de soins et l'environnement externe, comme l'iniquité de la distribution des ressources sanitaires, sont des composantes environnementales principales du modèle de 1995 (Andersen, 1995). Ainsi, comme dans le modèle original, les caractéristiques contextuelles et individuelles du modèle de 2001 présentent les mêmes éléments : des caractéristiques qui prédisposent à l'utilisation des services, des caractéristiques qui facilitent l'utilisation des services et des besoins ressentis par les individus ou évalués par les professionnels de santé comme nécessitant un traitement médical (Andersen et Davidson, 2001).

La recherche dans le champ de l'appréciation de l'expérience de soins s'est beaucoup inspirée du modèle comportemental d'Andersen qui n'est plus un modèle qui s'arrête à l'utilisation des services (Andersen et Davidson, 2001; Gelberg et al., 2000). Dans les modèles développés en 2000 et 2001, Andersen et al. ont inclus les facteurs à considérer pour étudier l'utilisation des services ainsi que les résultats de santé. Selon ces modèles, l'utilisation a un impact sur les résultats de santé des usagers (Andersen et Davidson, 2001; Gelberg et al., 2000). L'état de santé, la satisfaction des usagers et l'expérience de soins sont des résultats de santé. Ces résultats peuvent ainsi être évalués par les experts ou bien perçus par les usagers, y compris leur expérience de soins. La qualité technique, les aspects interpersonnels, la coordination, les aspects financiers, le temps passé avec le médecin, l'accessibilité, la continuité, la globalité et l'accommodement administratif sont ainsi des aspects des services reçus qui peuvent être appréciés par les utilisateurs (Gelberg et al., 2000).

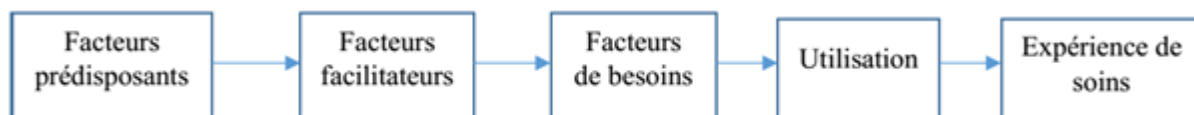
Il importe de souligner que le modèle comportemental d'Andersen, dans toutes ses révisions, est effectivement un cadre global qui tient compte de l'individu, de l'organisation et du contexte. Cependant, l'emploi du modèle d'Andersen dans les études empiriques sur l'utilisation et l'expérience de soins a davantage mis l'accent sur les composantes individuelles par des modèles basés sur des microdonnées. La figure 1.1 ci-dessous présente un cadre pour analyser l'expérience de soins des personnes inspiré du modèle comportemental d'Andersen de



2000 qu'il a développé pour les populations vulnérables (Gelberg et al., 2000). Ce cadre met l'accent sur l'individu, mais dans un cadre organisationnel et contextuel, et s'intéresse à l'impact de l'utilisation sur les résultats de santé y compris l'expérience de soins. Selon ce cadre, l'expérience de soins des utilisateurs est donc fonction des facteurs prédisposants, des facteurs facilitants, des besoins de services et de l'utilisation.

Inspirée de ce cadre, on considère alors l'expérience de soins comme un résultat de la prestation des services de santé. On suppose que si un service est prodigué adéquatement, l'utilisateur donnera une appréciation positive de son expérience de soins.

**Figure 1.1** : Cadre d'analyse de l'expérience de soins, adapté du modèle comportemental d'utilisation des services



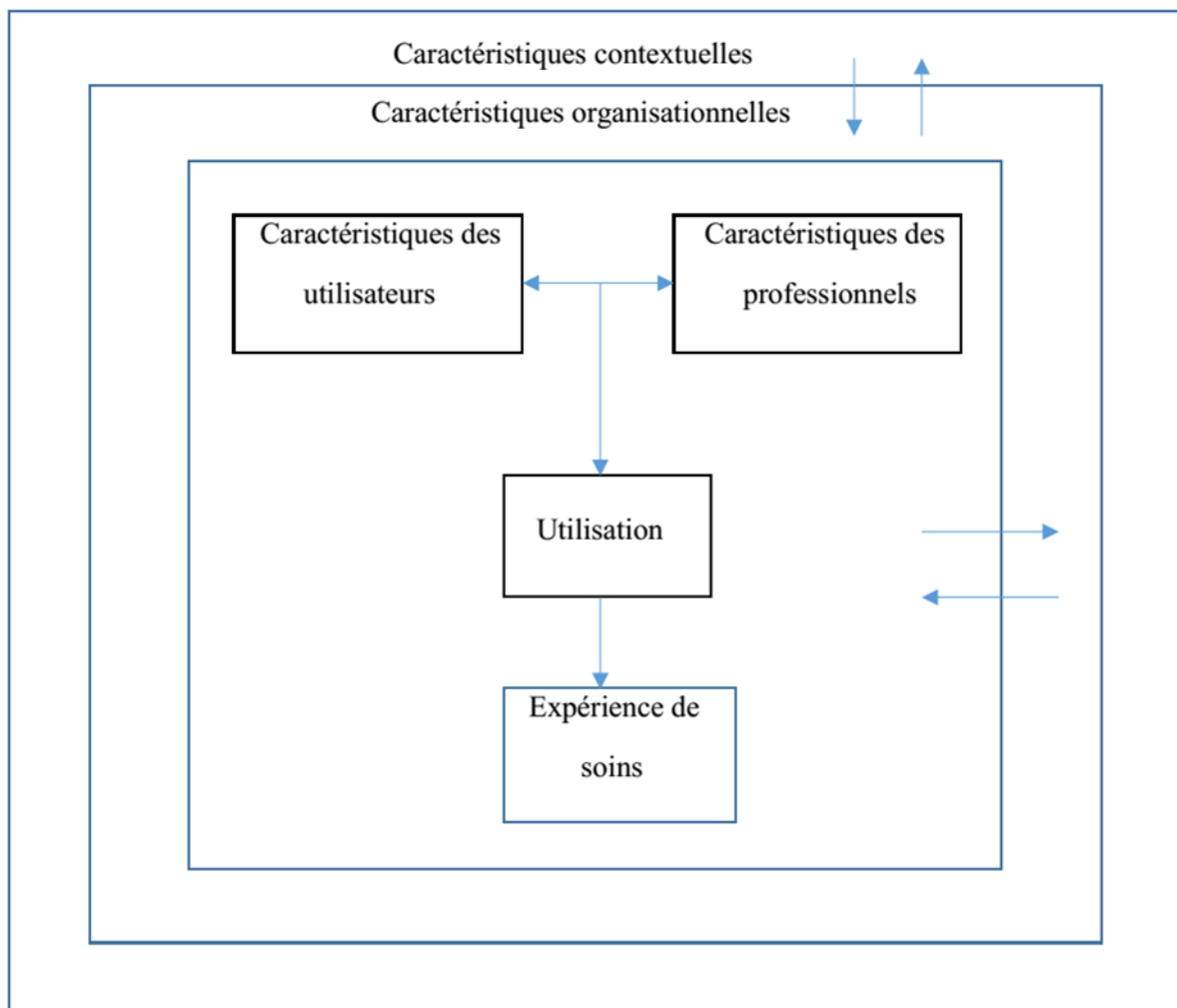
Source : (Gelberg et al., 2000)

#### 1.4.2 Le cadre du processus de soins médicaux de Donabedian

L'autre modèle le plus connu pour expliquer l'utilisation des services, celui de Donabedian, est le plus proche de la démarche que nous proposons dans cette thèse (Donabedian, 1973). Dans le cadre du processus de soins médicaux, Donabedian envisage les deux acteurs en présence, l'individu qui a recours aux soins et le professionnel qui les offre, ainsi que le contexte dans lequel ce processus évolue. Selon ce cadre, l'utilisation des services part du besoin, passe par l'interaction entre les deux acteurs et se termine par un résultat de santé qui vient modifier le besoin à l'origine de la démarche d'obtention des soins. L'utilisation des services de santé résulte donc de l'interaction entre les deux acteurs que sont l'individu et le professionnel. Selon ce cadre, l'expérience de soins des utilisateurs est donc le résultat de l'interaction entre les deux acteurs et de l'utilisation. Elle peut ainsi être perçue par les utilisateurs ou évaluée par les professionnels. Cependant, cette interaction entre les acteurs n'est

pas indépendante du contexte au sein duquel elle a eu lieu. Pour Donabedian, elle est influencée par un contexte précis qu'il appelle l'environnement. L'environnement est à la fois l'environnement organisationnel immédiat dans lequel les soins sont livrés et celui plus large qui fait référence aux facteurs socioculturels du contexte tout entier. Les caractéristiques organisationnelles et environnementales influencent donc le processus d'utilisation des services. Le modèle de Donabedian nous permet d'identifier trois types de déterminants de l'expérience de soins : les déterminants individuels qui relèvent des acteurs, les déterminants organisationnels qui relèvent des organisations dans lesquelles sont livrés les soins et les déterminants environnementaux qui font référence au contexte local (Figure 1.2). Il nous permet ainsi de tenir compte des interrelations qui existent entre tous ces déterminants de l'expérience de soins.

**Figure 1.2 :** Cadre d'analyse de l'expérience de soins, adapté du modèle de processus de soins médicaux de Donabedian



**Source :** (Donabedian, 1973).

La figure 1.2 ci-dessus présente un cadre de l'expérience de soins adapté du modèle de Donabedian. Inspirée par ce cadre, la recherche considère que l'appréciation de l'expérience de soins des utilisateurs est donc déterminée par les caractéristiques individuelles, des utilisateurs et des professionnels, et celles organisationnelles et contextuelles ainsi que de l'interaction de ces caractéristiques.

La recherche scientifique sur l'appréciation de l'expérience de soins des personnes est en croissance continue. Le cadre du processus de soins médicaux de Donabedian permet de mieux incorporer tous les résultats et les connaissances issus de cette recherche. Ce modèle identifie les principaux déterminants de l'expérience de soins. Il met en lien des acteurs avec leurs caractéristiques. Il laisse appréhender toute l'expérience de soins comme résultante de l'interaction entre les acteurs influencés par leurs caractéristiques. Cela ouvre la porte aux appréciations pour les deux acteurs impliqués dans la relation, le patient et le professionnel. Ainsi, ce modèle permet de tenir compte de la complexité et des interactions des variables étudiées. Le modèle comportemental d'Andersen met en lien des caractéristiques des acteurs et non pas les acteurs eux-mêmes. Il attribue un grand espace aux caractéristiques des individus, mais on ne trouve pas assez d'espace pour l'organisation de santé où le soin est rendu et le contexte où l'utilisation se déroule. Dans la littérature, plusieurs études suggèrent que les contextes organisationnel et géographique, et les variables relatives au fournisseur de soins sont importants pour analyser les variations dans l'appréciation de l'expérience de soins (Cooper et Powe, 2004) (Arbaje et al., 2015; Bertakis, 2009 ; Kontopantelis et al., 2010; Litaker et Tomolo, 2007; Russell et al., 2009; Siu, 2015; Starfield et al., 1998; Tremblay et al., 2015). Une autre faiblesse du modèle d'Andersen est qu'il considère que l'influence de chacune des caractéristiques n'est pas dépendante des autres caractéristiques. En d'autres mots, son modèle est très linéaire et ne permet pas d'examiner des interactions entre les acteurs comme le propose le cadre du processus de soins médicaux de Donabedian (1973).

Dans cette thèse, nous voyons les deux modèles de Donabedian et d'Andersen comme complémentaires l'un pour l'autre. Nous proposons, pour étudier les déterminants de l'appréciation de l'expérience de soins, d'adopter les trois niveaux de déterminants de l'utilisation du modèle de Donabedian, mais en retenant également les facteurs prédisposants du modèle d'Andersen qui intègre suffisamment les caractéristiques individuelles.

Afin d'analyser les interactions complexes entre les trois déterminants, l'approche configurationnelle, dans la théorie des organisations, offre un cadre qui permet d'opérationnaliser ces interactions. Nous décrivons quelques fondements essentiels de cette approche dans les paragraphes suivants.

### 1.4.3 L'approche configurationnelle

Deux grandes approches en analyse organisationnelle sont mises en évidence dans la littérature : l'approche de contingence et l'approche configurationnelle. Ayant une conception des organisations opposée de la vision configurationnelle, il est opportun de décrire brièvement l'approche de contingence. Selon Meyer (1993), les théoriciens de l'approche de contingence voient les organisations comme faiblement reliées (*loosly coupled*) où toutes les composantes de l'organisation peuvent être séparées du tout et, par conséquent, analysées et changées indépendamment les unes des autres. Ainsi, les relations entre les composantes de l'organisation, leurs comportements et leur environnement sont linéaires et unidirectionnelles. Dans l'approche de la contingence, les chercheurs donnent peu d'importance aux interactions complexes et aux relations non linéaires (Meyer et al., 1993). Jusqu'à présent, l'opérationnalisation d'éventuels changements au sein des organisations est souvent dictée par cette approche de contingence.

Cependant, dans une approche configurationnelle, les organisations sont perçues comme un « tout » où les différentes composantes de l'organisation trouvent leur sens dans le « tout » et ne peuvent pas être appréhendées de façon indépendante ou séparée. Pour cette raison, les organisations sont conçues comme des combinaisons fortement reliées (*tightly coupled*), où toutes les composantes sont en relation les unes avec les autres. Dans une telle approche, une « configuration organisationnelle » est toute combinaison ou tout regroupement multidimensionnel des caractéristiques conceptuellement distinctes et qui se produisent en même temps (Meyer et al., 1993) (Miller, 1986) (Miller, 1992). Ainsi, dans une telle approche, on s'intéresse à expliquer comment l'ordre émerge des interactions de toutes les parties vues comme un tout, plutôt que de chacune des parties prises séparément (Meyer et al., 1993). Les tenants de cette approche soutiennent que non seulement des organisations, mais aussi des environnements, des industries, des technologies, des stratégies, des cultures, structures, des idéologies, des groupes, des membres, des processus, des pratiques, des croyances, des résultats, etc. peuvent tous être circonscrits par un ensemble des caractéristiques qui forment des configurations.

La finalité de cette approche est de produire des typologies de configurations développées conceptuellement ou bien des taxonomies de configurations dérivées empiriquement, plus représentatives de la complexité des formes organisationnelles (McKelvey, 1982; Meyer et al., 1993). Alors que les typologies s'appuient sur une approche déductive et utilisent généralement des méthodes qualitatives, les taxonomies s'appuient sur une approche inductive et utilisent en général des méthodes quantitatives (Borgès Da Silva, 2010). Le développement d'une taxonomie repose d'abord sur un choix judicieux des caractéristiques multidimensionnelles à retenir qui implique ensuite le recours à des techniques d'analyse statistique appropriées. Le produit final d'une taxonomie consiste en une classification empirique d'entités en des groupes relativement homogènes (McKelvey, 1982; Meyer et al., 1993). Théoriquement, le nombre possible de formes différentes d'organisations est infini, mais empiriquement le nombre de configurations observables à un moment donné est relativement limité. Cela est dû à la cohérence qui existe entre les différentes composantes de l'organisation. Contrairement à une approche de contingence, et dans le but d'assurer la cohérence interne, changer ou ajuster une composante de l'organisation ne peut pas être fait indépendamment des autres composantes. C'est cette cohérence interne qui rend la configuration empiriquement viable et tout changement est alors interprété comme un résultat d'un manque de cohérence des choix organisationnels (Tchouaket Nguemeleu, 2011). Dans une vision configurationnelle, les relations entre les entités organisationnelles sont ainsi bidirectionnelles et non linéaires et les chercheurs s'intéressent à mettre en évidence les interactions entre différentes composantes de l'organisation (Meyer et al., 1993).

Outre la cohérence interne et l'interaction des composantes organisationnelles, deux autres principes dictent l'approche configurationnelle : l'équifinalité et l'ajustement (*fit*) (Meyer et al., 1993; Miller, 1992). Selon Meyer (1993), en reconnaissant qu'il existe plusieurs façons d'atteindre un objectif, l'approche configurationnelle appuie le concept d'équifinalité, soit l'idée que différents modèles d'organisations peuvent être également efficaces. Cette notion est d'une grande importance, car elle implique qu'il n'existe pas un meilleur modèle unique et que plusieurs modèles d'organisations peuvent produire le même résultat escompté. D'après Miller (1992), l'approche configurationnelle permet de cerner les modèles organisationnels en fonction

de leurs attributs individuels, leurs structures et processus ainsi qu'en fonction de leurs relations avec leurs environnements ou contextes externes, d'où la notion d'ajustement entre l'organisation et son environnement. Cette notion importante d'ajustement implique que le modèle organisationnel explique à lui seul une partie du comportement et de la performance des organisations et non pas le tout ; c'est plutôt l'interaction du modèle avec son environnement qui les explique le mieux. Également, l'ajustement implique que le même modèle organisationnel peut produire des résultats différents selon le contexte local. En d'autres mots, le même modèle organisationnel peut être efficace dans un contexte particulier et non efficace dans un autre.

Les tenants de l'approche configurationnelle suggèrent que cette approche stimule la créativité théorique en ce qui concerne le comportement des individus et des groupes et peut faire avancer la compréhension empirique de ces comportements (Meyer et al., 1993). Les travaux de Chatman (1989, 1991) sur l'importance de l'ajustement individu-organisation sont un bon exemple du niveau individuel de l'approche configurationnelle. Selon ces travaux, la congruence entre les normes et les valeurs d'une organisation et celles des individus est importante du point de vue des résultats (Chatman, 1989; Chatman, 1991). En adoptant quelques-unes des hypothèses de l'approche configurationnelle, il est possible de diriger les théories de la congruence en psychologie interactionnelle vers des modèles configurationnels selon Meyer (1993). Par exemple, un fort ajustement entre certains attributs d'une personne et une organisation peut aboutir à des résultats différents d'un ajustement modéré de mêmes attributs ; en revanche, on peut observer des résultats similaires pour des intensités différentes d'ajustement.

Dans la recherche sur les services de santé de première ligne, surtout dans les contextes européen et québécois, de plus en plus d'études s'appuient sur l'approche configurationnelle pour sa capacité à tenir compte de la complexité des phénomènes étudiés (Bejean, Peyron et Urbinelli, 2007; Borgès Da Silva, 2010; Borgès Da Silva et al., 2013) dans la mesure où elle tient compte des interrelations entre les variables. D'après Griffiths, les individus et les organisations de santé de première ligne possèdent des propriétés émergentes qui ne sont explicables qu'à l'aide de modèles non linéaires et sont donc des exemples de système complexe

(Griffiths, 2007). Dans cette recherche, l'approche configurationnelle est donc privilégiée, car ses principes se prêtent à plusieurs échelles d'analyse, tant individuelle, organisationnelle que contextuelle. Ainsi, elle permet de tenir compte de l'interaction mutuelle des déterminants de l'appréciation de l'expérience de soins et des relations non linéaires de ces déterminants pour analyser les variations dans l'appréciation de l'expérience de soins des personnes. C'est ce que nous voulons mettre en évidence dans cette recherche en adoptant un cadre d'analyse qui s'appuie sur les configurations. Plus spécifiquement, nous envisageons d'opérationnaliser notre objectif de recherche à l'aide de la taxonomie comme méthode de classification. Cependant, à notre connaissance, il n'y a pas de recherche qui a tenté d'analyser l'appréciation de l'expérience de soins en tenant compte des interactions de ces déterminants à tous les niveaux et en impliquant deux taxonomies, une sur le plan organisationnel et une autre sur le plan contextuel.

## **1.5 Synthèse de la littérature**

Il ressort de la littérature que les vulnérabilités des personnes, les sources habituelles de soins et les contextes locaux sont tous des concepts composés de plusieurs dimensions. L'approche multidimensionnelle et l'approche des configurations permettent de les opérationnaliser et de les mesurer adéquatement. Souvent, la littérature traite de l'influence de ces trois déterminants de l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne de façon indépendante. L'étude de McCusker et al. (2013) est probablement une des rares qui souligne l'importance d'examiner des interrelations possibles entre les trois déterminants de l'appréciation de l'expérience de soins. Dans cette thèse, dans la mesure où nous adoptons une approche multidimensionnelle, nous analysons l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne en percevant ces trois déterminants comme évoluant de façon simultanée et s'influçant mutuellement. Ainsi, il nous semble essentiel de mettre en évidence les interactions potentielles entre ces déterminants. Cette approche holistique ou multi-niveaux qui inclut les déterminants individuels, environnementaux et sociaux de la santé et qui met l'accent sur les interactions entre ces déterminants est déjà prônée en promotion de la santé (Darlington, Violon et Jourdan, 2018; Poland, Frohlich et Cargo, 2009; Potvin, Haddad et Frohlich, 2001; Séguin et al., 2005; Shareck, Frohlich et Poland, 2013). Une telle approche en promotion de la



santé peut servir de guide pour réduire les iniquités en santé. Nous pensons qu'une meilleure compréhension des différences dans l'appréciation de l'expérience de soins des personnes nécessite ainsi un cadre théorique et des applications pratiques intégrant l'interaction complexe entre les individus, les organisations et les contextes locaux d'une façon innovatrice.

À notre connaissance, aucune recherche sur l'appréciation de l'expérience de soins n'a tenté jusqu'à présent de relier les vulnérabilités des personnes, la source habituelle de soins, le contexte local et l'appréciation de l'expérience de soins. Ainsi, peu ou presque pas d'études ont testé des interactions entre les variables étudiées en impliquant des taxonomies, organisationnelles et contextuelles. La présente étude serait donc parmi les premières du genre. Cette étude s'inscrit dans le contexte d'un système universel de soins, notamment le système québécois. Elle a pour objectif principal d'examiner l'influence des vulnérabilités des personnes sur l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne, en tenant compte des sources habituelles de soins utilisées et des contextes locaux au sein desquels les soins sont obtenus, et ce, non seulement d'une façon indépendante, mais aussi de façon simultanée et interactive.

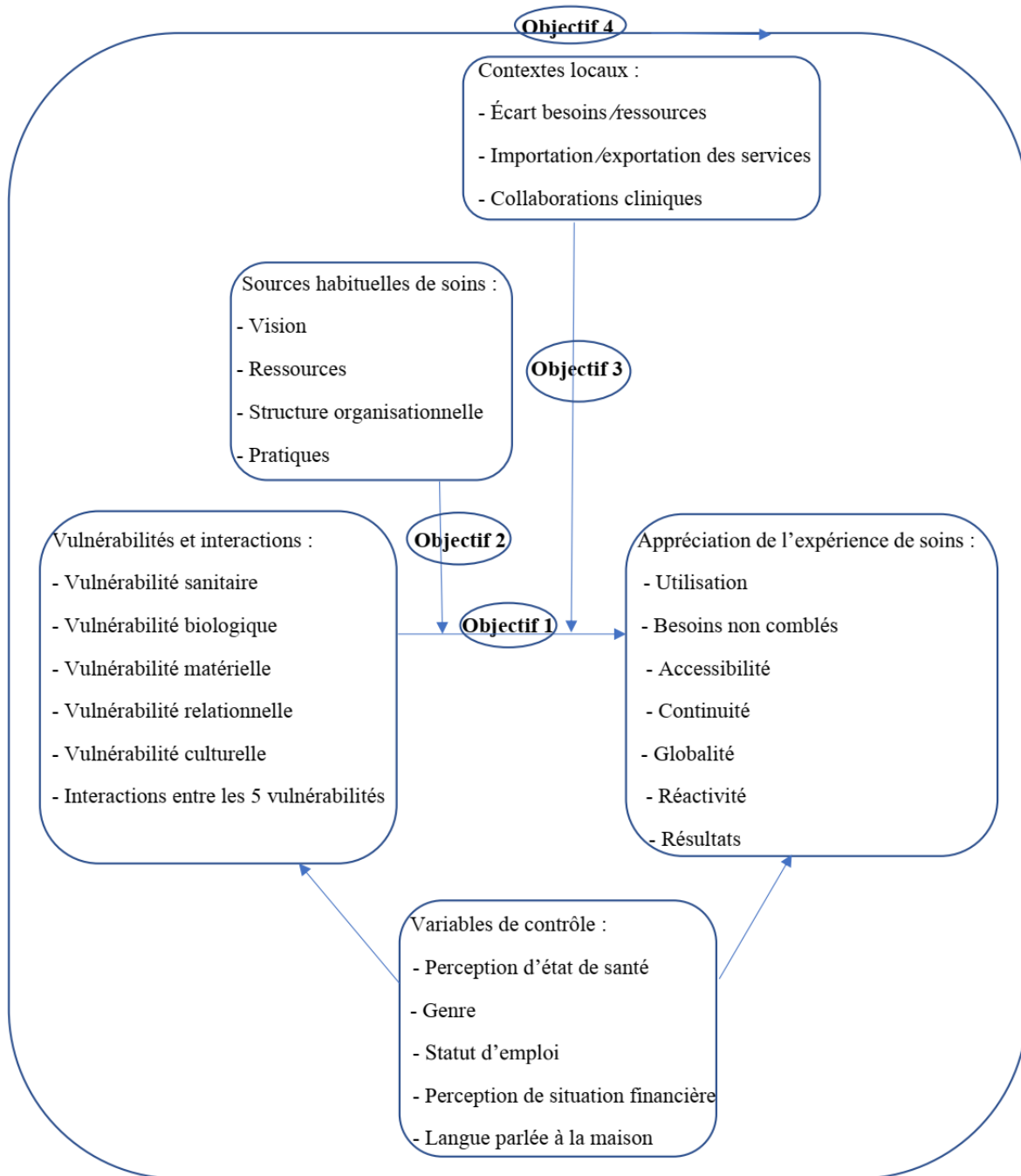
## **CHAPITRE 2 : CADRE CONCEPTUEL**

### **2.1 Cadre conceptuel de référence : lien théorique entre les quatre concepts clés**

Nous avons vu dans le chapitre précédent que des facteurs individuels, organisationnels et contextuels peuvent agir en interaction comme déterminants de l'appréciation de l'expérience de soins. Les éléments vus dans notre revue de la littérature semblent interdépendants pour analyser les variations dans l'appréciation de l'expérience de soins. Le cadre conceptuel de cette thèse sert à mieux comprendre le lien entre les quatre concepts clés de la thèse : les vulnérabilités des personnes, la source habituelle de soins, le contexte local et l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne. Il s'inspire du cadre du processus de soins médicaux de Donabedian et du modèle comportemental de l'utilisation des services de santé d'Andersen définis le chapitre précédent. Nous choisissons une approche holistique qui tient compte des concepts de la thèse de façon multidimensionnelle. Nous adoptons ainsi une approche qui tient compte de l'interaction de ces facteurs pour analyser l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne des personnes. L'approche configurationnelle en analyse des organisations guide notre réflexion pour analyser les associations entre les concepts clés de la thèse.

La figure 2.1 présente le cadre conceptuel de référence de notre recherche, qui a été élaboré à la suite de l'état des connaissances.

**Figure 2.1 :** Cadre conceptuel de l'analyse de la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de leur expérience de soins compte tenu des sources habituelles de soins et des contextes locaux



Pour analyser l'appréciation de l'expérience de soins, nous avons fait le choix d'en étudier sept composantes : l'utilisation des services, les besoins non comblés en services, l'accessibilité, la continuité, la globalité, la réactivité et les résultats des services. L'appréciation de l'expérience de soins fait donc référence à la déclaration des personnes de leur utilisation et de leurs besoins non comblés en services de santé ainsi qu'à leur appréciation de l'accessibilité, la continuité, la globalité, la réactivité et les résultats de santé des services reçus. (Voir section 1.1.2 dans chapitre 1).

Sur le plan des caractéristiques des personnes, c'est ainsi que l'on intègre le concept de vulnérabilité dans notre cadre conceptuel. La vulnérabilité fait référence aux facteurs de risque associés aux effets indésirables sur sa santé. Nous retenons cinq facteurs de risque que nous relient à cinq vulnérabilités des personnes : sanitaire, biologique, matérielle, relationnelle et culturelle. (Voir section 1.3.1 dans chapitre 1).

En ce qui concerne les caractéristiques organisationnelles, l'appréciation de l'expérience de soins est appliquée à l'étude des services de première ligne fournis par une source habituelle de soins, c'est-à-dire l'endroit où la personne se rend habituellement pour obtenir des soins médicaux généraux. À ce plan organisationnel, notre cadre intègre le cadre des systèmes organisés d'action. L'approche utilisée se fonde sur une vision configurationnelle des organisations. Nous concevons alors les sources habituelles de soins des personnes comme le résultat des configurations particulières de la vision, des ressources, de la structure organisationnelle et des pratiques. (Voir section 1.2.2 dans chapitre 1).

L'environnement matériel est considéré pour caractériser les contextes locaux au sein desquels les sources habituelles de soins évoluent. Comme pour les sources habituelles de soins, nous utilisons l'approche configurationnelle. Les contextes locaux sont donc vus comme le résultat de configurations particulières de : l'écart entre les besoins de santé de la population et les ressources disponibles sur le territoire, l'organisation spatiale des services sur le territoire (importation et exportation des services) et la collaboration clinique prévalant au sein du territoire. (Voir section 1.2.3 dans chapitre 1).

Selon ce cadre, Figure 2.1, nous proposons que les vulnérabilités, la source habituelle de soins et le contexte local influencent l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne des personnes, et ce, non seulement indépendamment les uns des autres, mais aussi en interaction. En d'autres mots, nous croyons que la relation entre les vulnérabilités et l'appréciation de l'expérience de soins est modifiée ou modérée par la source habituelle de soins, le contexte local et leur interaction. Nous appréhendons alors que l'effet des vulnérabilités des personnes sur leur appréciation de l'expérience de soins soit en interaction avec la source habituelle de soins et le contexte local. De plus, il est en interaction avec l'interaction existante entre la source habituelle de soins et le contexte. Ainsi, en s'appuyant sur l'approche configurationnelle, on s'aperçoit que certaines configurations de vulnérabilités sont associées à certaines configurations de sources habituelles de soins et certaines configurations de contextes locaux. Enfin, bien que nous ne considérons pas cette relation dans ce cadre, nous postulons que l'appréciation de l'expérience de soins pourrait avoir un impact sur l'état de santé de la personne ; autrement dit, plus son appréciation de l'expérience de soins est bonne, meilleur est son état de santé. Les flèches qui relient les différents rectangles du schéma mettent en évidence les relations auxquelles on s'intéresse dans cette recherche. Ces flèches décrivent les relations suivantes :

La première flèche porte sur la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne. L'appréciation de l'expérience de soins constitue la variable dépendante de notre étude, alors que les vulnérabilités des personnes constituent les variables indépendantes. Nous croyons que les vulnérabilités des personnes agissent sur l'appréciation de l'expérience de soins non seulement d'une façon indépendante, mais aussi en interaction les unes avec les autres. Cela implique que l'effet d'une vulnérabilité sur l'appréciation de l'expérience de soins peut être modifié par l'effet d'une ou d'autres vulnérabilités présentes chez la personne. Lorsque la personne présente plus qu'une vulnérabilité, les vulnérabilités peuvent donc interagir entre elles dans leur effet sur l'appréciation de l'expérience de soins. L'effet de l'interaction des vulnérabilités peut modifier l'effet séparé ou indépendant de la vulnérabilité.

Une fois que la relation entre les variables indépendantes et la variable dépendante est bien comprise, deux variables modératrices pouvant la modifier sont introduites. La première est la source habituelle de soins utilisée. Elle consiste en une classification de trois catégories : ne pas avoir une source habituelle de soins, avoir une source habituelle de soins de première ligne et, enfin, avoir une source habituelle de soins autre que de la première ligne. Le fait d'avoir une source habituelle de soins de première ligne est représenté par une taxonomie qui classe les sources habituelles de soins en cinq modèles organisationnels des services de première ligne. Chaque modèle organisationnel est une configuration particulière de la vision, des sources, de la structure et des pratiques.

La deuxième flèche intègre notamment la source habituelle de soins à la relation entre les vulnérabilités et l'appréciation de l'expérience de soins. Nous pensons que cette relation est modifiée par la source habituelle de soins. Il est possible que l'influence des vulnérabilités des personnes sur l'appréciation de l'expérience de soins change selon la source habituelle de soins. Ainsi, des sources habituelles de soins différentes seront associées à des appréciations plus ou moins fréquemment positives de l'expérience de soins selon la vulnérabilité. Nous croyons aussi que certaines vulnérabilités sont plus ou moins présentes dans certaines sources habituelles de soins que d'autres, ce qui fait que l'effet modérateur de la source habituelle de soins augmente ou diminue la proportion des personnes vulnérables dont l'appréciation de l'expérience de soins est bonne ou mauvaise.

La troisième flèche intègre la deuxième variable modératrice de l'étude à la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne, le contexte local. Cette variable consiste en une taxonomie classant les contextes en quatre groupes distincts. Également, nous postulons que le contexte local modifie l'influence des vulnérabilités sur l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne. Cette influence des vulnérabilités augmente ou diminue selon le contexte local. Autrement dit, des contextes locaux différents seront associés à des appréciations différentes de l'expérience de soins selon la vulnérabilité. De même, nous postulons que les vulnérabilités des personnes ne sont pas présentes pareillement dans les différents contextes locaux. Il est donc plausible

que l'effet modérateur du contexte local augmente ou diminue la proportion des personnes vulnérables qui ont une bonne ou une mauvaise appréciation de leur expérience de soins.

Finalement, la quatrième flèche intègre conjointement la source habituelle de soins et le contexte local. Nous postulons que l'effet modérateur de la source habituelle de soins sur la relation entre les vulnérabilités et l'appréciation de l'expérience de soins est ainsi modifié par le contexte local. En d'autres mots, nous présumons qu'il existe une interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local qui, à son tour, modifie l'effet des vulnérabilités des personnes sur leur appréciation de l'expérience de soins de première ligne. Il est possible que l'influence des vulnérabilités des personnes sur l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne, compte tenu des sources habituelles de soins, ne soit pas la même dans les différents contextes locaux. Nous pensons aussi que certaines vulnérabilités des personnes sont plus présentes dans des sources habituelles de soins particulières localisées dans des contextes locaux particuliers, mais moins présentes dans d'autres. Donc, nous supposons que l'effet modérateur de l'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local diminue ou augmente le nombre de personnes vulnérables dont l'appréciation de l'expérience de soins est bonne ou au contraire mauvaise.

Enfin, et en fonction de ce que nous rapportent les écrits scientifiques vus dans le chapitre précédent et de la disponibilité des données, cinq variables confondantes sont choisies : la perception de la personne sur son état de santé, le genre, le statut d'emploi, la perception de la personne sur sa situation financière et, finalement, la langue parlée à la maison. Selon l'état des connaissances, ces variables sont associées à la variable dépendante, les vulnérabilités, et peuvent aussi influencer l'appréciation de l'expérience de soins. Il est donc important d'éliminer leur influence sur la relation entre les vulnérabilités et l'appréciation de l'expérience de soins compte tenu des sources habituelles de soins et des contextes locaux. Dans ce qui suit, nous formulons nos objectifs de recherche.

## **2.2 Objectif général et objectifs principaux de la thèse**

L'objectif général que nous visons à atteindre dans cette thèse est d'analyser les variations dans l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne des personnes selon leurs vulnérabilités, compte tenu des sources habituelles de soins utilisées et des contextes locaux au sein desquels les soins sont obtenus dans le contexte d'un système universel de soins.

De cet objectif découlent quatre objectifs principaux. Chaque article de la thèse traite un de ces objectifs. Selon l'ordre des articles, ces objectifs sont les suivants :

Premier article : examiner la relation entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins de première ligne dans le contexte d'un système universel de soins ;

Deuxième article : examiner la relation entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins de première ligne compte tenu des sources habituelles de soins ;

Troisième article : examiner la relation entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins de première ligne compte tenu des contextes locaux ;

Quatrième article : examiner la relation entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins de première ligne compte tenu des sources habituelles de soins et des contextes locaux.

Le chapitre suivant, chapitre 3, décrit les méthodes de cette recherche.



## CHAPITRE 3 : MÉTHODES

Les éléments présentés dans ce chapitre sont la stratégie et le devis de recherche, la population et l'échantillon à l'étude, la source des données, la stratégie générale d'analyse, la validité de l'étude, interne et externe, et les considérations éthiques.

### 3.1 Stratégie et devis de recherche

Dans le but d'atteindre notre objectif de recherche, nous avons choisi une stratégie de recherche synthétique. La recherche synthétique semble la plus adaptée pour expliquer des phénomènes complexes (Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis et Boyle, 2005) tels que les variations dans l'appréciation dans l'expérience de soins. Afin d'expliquer des phénomènes complexes, la recherche synthétique « examine l'ensemble des relations qui font intervenir simultanément plusieurs variables dépendantes et plusieurs variables indépendantes dans un modèle de relations interdépendantes » (Contandriopoulos et al., 2005) (page 37). Cette stratégie de recherche nous semble pertinente, car elle permet d'analyser le rôle modérateur des sources habituelles des soins et des contextes locaux dans la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne. Dans cette recherche, le nombre d'unités d'analyse est grand (9 206 unités d'analyse). La recherche synthétique comparative apparaît la plus adaptée à notre étude, car elle permet de travailler sur un grand nombre d'unités d'analyse (Contandriopoulos et al., 2005). D'après Contandriopoulos et al. « la puissance explicative d'une telle stratégie repose sur la comparaison des différents attributs des unités d'analyse » (Contandriopoulos et al., 2005) (page 38). Ainsi, elle permet d'accroître le pouvoir explicatif de l'appréciation de l'expérience de soins en fonction non seulement des vulnérabilités des personnes, mais aussi de l'interaction potentielle entre les vulnérabilités, les sources habituelles de soins et les contextes locaux. Le devis de recherche choisi est un devis corrélationnel. Ce devis consiste à analyser un système de relations interdépendantes en vue de mettre à l'épreuve un modèle théorique.

La démarche adoptée dans cette recherche est explicative. En liant la relation entre l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne et les vulnérabilités des personnes aux sources habituelles de soins utilisées et aux contextes locaux, nous expliquons les relations existantes entre les variables. Ainsi, pour analyser les variations dans l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne des personnes selon leurs vulnérabilités compte tenu des sources habituelles de soins et des contextes locaux, nous avons opté pour une méthodologie quantitative, et ce, dans le cadre d'une analyse secondaire des données recueillies de façon transversale.

### **3.2 Population et échantillon à l'étude**

Il s'agit de la population et de l'échantillon étudiés dans le projet de recherche *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec*, réalisé par Pineault et al., dans les régions les plus peuplées de Québec, Montréal et la Montérégie (Pineault et al., 2008). Dans le cadre de cette thèse, les analyses ont été menées sur trois populations :

1. La population âgée de 18 ans et plus résidant dans les régions de Montréal et de la Montérégie de la province du Québec. Ont été exclus de l'étude les ménages ne comprenant aucun adulte, les répondants ne parlant ni le français ni l'anglais et ceux souffrant d'une incapacité les empêchant de répondre.

2. La population des cliniques médicales privées et publiques offrant des services médicaux généraux de première ligne et localisées dans les régions de Montréal et de la Montérégie : cabinets privés de médecins omnipraticiens, cliniques et polycliniques médicales, Unités de médecine familiale (UMF), cliniques médicales de première ligne des centres locaux des services communautaires (CLSC) et des centres hospitaliers (CH). Il s'agit de 665 cliniques, comportant un ou plusieurs médecins, recensées et retenues pour l'étude dont 440 sont à Montréal et 225 en Montérégie. Ont été exclues de l'étude les cliniques dites « spécialisées » offrant des services de médecins spécialistes ou de professionnels non-

médecins (des services spécialisés pour des problèmes de santé très spécifiques comme la phlébologie, l'esthétique, le ronflement, des services de médecine du travail, etc.).

3. En 2003 au Québec, avec l'application de la loi 25, Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et des services sociaux, le Québec a été découpé en 95 territoires à géométrie variable, dont sont responsables les Centres de santé et services sociaux (CSSS). Ce découpage des territoires a été fait à partir de fusions impliquant des CLSC, des centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) et des CH. Selon cette loi, trois acteurs majeurs composent alors le système de soins québécois : 1) le CSSS, l'instance locale, qui organise et coordonne la prestation de soins sur son territoire ; 2) les Agences de la santé et des services sociaux (ASSS) qui soutiennent le développement et le fonctionnement des CSSS ; et 3), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui assume la planification, le financement et le suivi. Le territoire de CSSS est donc notre unité contextuelle. Nous retenons dans cette recherche la population des territoires de 23 CSSS des régions de Montréal et de la Montérégie, dont 12 à Montréal et 11 en Montérégie. Il importe de souligner ici que la loi 10 adoptée en 2015 a modifié l'organisation et la gouvernance du système de soins québécois par l'abolition des agences régionales et la mise en place de réseaux territoriaux (par l'intégration régionale). Les CSSS sont devenus des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Désormais, les régions de Montréal et de la Montérégie sont respectivement découpées en cinq et trois CISSS. Un CISSS, selon la loi 10, est issu de la fusion des CSSS, de certains établissements publics et l'ASSS de la région respective. Les CIUSSS sont créés sur le même modèle que les CISSS. Pour avoir la dénomination de CIUSSS, ils doivent exploiter un centre désigné institut universitaire ou être situés dans une région où se trouve une université offrant un programme complet d'études en médecine.

L'échantillon à l'étude est de type stratifié. Dans un échantillon stratifié, la population à sonder est d'abord divisée en strates. À l'intérieur de chaque strate, un échantillon de sujets est constitué. Cette méthode est utile lorsqu'on veut disposer d'un nombre suffisant de sujets dans chaque strate, de façon à conduire des analyses spécifiques pour ces strates.

L'échantillon de l'étude de Pineault est composé de 9 206 personnes, dont 4 789 résidents de la région de Montréal et 4 417 résidents de la région de la Montérégie. Le plan d'échantillonnage est stratifié et non proportionnel à deux degrés. Le premier degré représente les 23 territoires de CSSS. Au deuxième degré, un individu par ménage est sélectionné de façon aléatoire en utilisant la méthode de génération de numéros de téléphone aléatoire (random digit dialing). L'échantillonnage est non proportionnel, car un nombre de 400 répondants était visé par territoire, et ce, malgré des tailles de population différentes. Le nombre final de répondants par territoire varie entre 379 et 415, ce qui représente entre 4,1 % et 4,5 % de l'échantillon total de l'étude.

Les unités d'observation constituent les unités d'analyse elles-mêmes et sont les 9 206 personnes constituant l'échantillon à l'étude.

### **3.3 Source de données**

Cette étude repose sur une analyse secondaire de données collectées dans le cadre d'une vaste recherche québécoise, *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude de la première ligne au Québec*, réalisée dans les régions de Montréal et de la Montérégie du Québec entre 2005 et 2006. Cette recherche a été réalisée par des chercheurs de l'équipe « Santé des populations et services de santé », une équipe conjointe de la Direction de santé publique (DSP) de l'ASSS de Montréal et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), et par des chercheurs du Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine (Pineault et al., 2008). De nombreux autres chercheurs québécois ont également collaboré à la réalisation de cette étude (Pineault et al., 2008). Cette recherche a bénéficié de subventions de l'Institut de recherche en santé du Canada (IRSC) (appelée depuis l'an 2012 Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS)), de la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (FCRSS) et du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ). Il a bénéficié également de l'appui financier d'autres instituts et groupes de recherche incluant le MSSS du Québec. Cette recherche comporte trois volets ayant impliqué des collectes de données : le volet populationnel, le volet organisationnel et le volet contextuel.

## 1. Le volet populationnel :

Une enquête téléphonique a été réalisée en 2005 auprès de la population de 18 ans et plus des régions de Montréal et de la Montérégie. Cette enquête a rejoint 9 206 personnes. Elle a permis de documenter leur utilisation des services ainsi que leurs besoins non comblés en services. La participation de la population à cette enquête s'est révélée très satisfaisante, les taux de réponse atteignant 63 % à Montréal et 66 % en Montérégie (taux global : 65 %). Parmi les 9 206 personnes, l'enquête a documenté l'utilisation de la source habituelle de soins de première ligne d'un sous-groupe de 6 690 participants. Seules ces personnes ont donné leur appréciation de l'accessibilité, la continuité, la globalité, la réactivité et les résultats des services reçus auprès de leur source habituelle de soins. À partir des réponses à 29 questions du questionnaire utilisé, les analyses ont produit d'indices synthétiques de différents concepts relatifs à l'expérience de soins de première ligne des personnes. Des analyses factorielles utilisant la procédure d'extraction en composante principale (PC) et la performance de solutions orthogonales (Varimax) ont été menées. Ces analyses factorielles ont généré sept indices qui se rapportent aux appréciations de l'accessibilité géographique et organisationnelle, l'accessibilité économique, la continuité relationnelle, la continuité informationnelle, la globalité, la réactivité et des résultats de santé. Pour chacun des indices d'expérience de soins, un score agrégé (allant de 0 à 1) a été construit, soit le score factoriel. Le score factoriel est calculé en additionnant les valeurs de l'échelle originale. Plus le score du sujet est élevé, plus son appréciation est positive. Des scores relatifs aux indices ont été attribués uniquement aux personnes qui ont donné leur appréciation de tous les items utilisés dans la construction de chacun des sept indices. À titre d'exemple, sur 6 690 personnes, un score d'appréciation de la continuité d'information a été attribué à 4 880 d'entre elles. Cependant, un score a été attribué aux 6 690 personnes pour l'appréciation de la continuité d'affiliation. Le rapport *L'expérience de soins de la population : portrait intra-régionales à Montréal et en Montérégie* présente la méthodologie utilisée pour construire ces indices ainsi que les questions de l'étude (Levesque, Pineault, Simard, et al., 2007).

## 2. Le volet organisationnel :

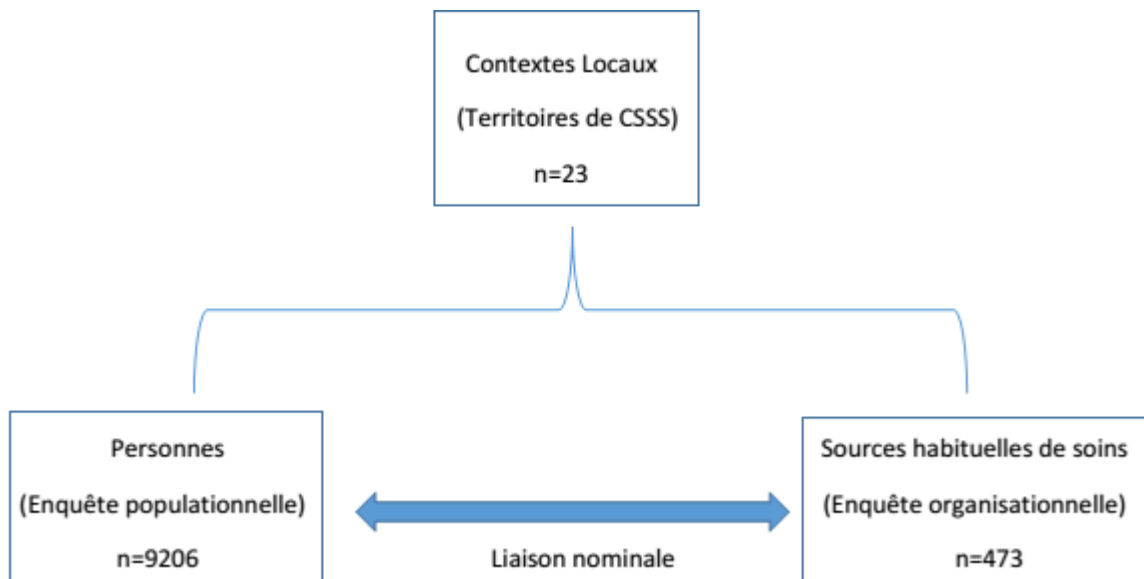
Une enquête postale a été réalisée en 2005 auprès de toutes les cliniques médicales de première ligne de Montréal et de la Montérégie, soit 665 organisations. Au total, 473 organisations ont participé à l'étude, pour un taux de réponse de 66 % à Montréal et de 81 % en Montérégie (taux global : 71 %). L'élaboration du questionnaire utilisé s'est inspirée de travaux antérieurs sur les services de première ligne et le développement de taxonomies de modèles organisationnels de services de première ligne prédominants au Québec (Lamarche et al., 2003; Lamarche et Pineault, 2006). Cette enquête portait sur la vision des organisations, les ressources matérielles, financières et humaines utilisées, les structures organisationnelles en place, ainsi que les pratiques organisationnelles supportant l'offre de services (Contandriopoulos, Denis et Avargues, 2000; Contandriopoulos, Denis et Touati, 2001). Un informateur-clé par organisation a été identifié pour répondre au questionnaire auto administré (médecin responsable de l'organisation ou de l'équipe médicale ou un médecin ayant une bonne connaissance de l'organisation et pouvant représenter l'équipe). Une approche taxonomique a été utilisée pour étudier les modèles organisationnels des services de première ligne prévalents dans les deux régions (Meyer et al., 1993; Miller, 1992; Miller, 1996). Quarante-trois variables ont capté les caractéristiques organisationnelles (vision : 10 variables ; ressources : 7 variables ; structure : 10 variables ; pratiques : 17 variables). Les analyses réalisées ont permis de classifier les organisations en cinq modèles organisationnels homogènes et bien différenciés les uns des autres. Des analyses factorielles et des techniques de la classification hiérarchique ascendante ont été utilisées pour construire la taxonomie. Les variables, les analyses effectuées et les indicateurs statistiques supportant les décisions sur la solution retenue sont présentés dans le rapport *L'organisation des services de santé de première ligne : Portrait des services médicaux de première ligne à Montréal et en Montérégie* (Hamel et al., 2007).

## 3. Le volet contextuel :

Le contexte étudié est le territoire géographique de la structure locale implantée au Québec en 2003, le CSSS. Au total, 23 territoires de CSSS sont étudiés dont 12 à Montréal et 11 en Montérégie. Comme pour l'analyse des formes organisationnelles, l'approche

taxonomique a été utilisée pour caractériser les territoires de CSSS. La taxonomie construite a permis de tenir compte du caractère multidimensionnel des contextes étudiés : les besoins de santé de la population, les ressources disponibles et le degré de la collaboration clinique entre les organisations (Cannon et John, 2007; Scott et al., 2004). Douze variables ont été retenues pour caractériser les contextes (les besoins de santé de la population : 6 variables ; la disponibilité des ressources : 4 variables ; la collaboration clinique entre les organisations de première ligne et entre ces dernières et les hôpitaux : 2 variables). La taxonomie a produit quatre groupes distincts de contextes locaux homogènes à l'intérieur et hétérogènes entre eux. Les variables utilisées ont été documentées à partir des sources de données administratives usuelles. Cependant, une enquête téléphonique a été menée auprès des directeurs généraux de CSSS pour documenter le niveau de collaboration clinique sur leurs territoires comme pour l'analyse organisationnelle, l'analyse factorielle et la classification hiérarchique ascendante ont été utilisées pour construire la taxonomie. Le lecteur pourra consulter le document *Rapport méthodologique de l'analyse des contextes* pour des informations détaillées sur le processus de construction de la taxonomie (Roberge et al., 2007).

**Figure 3.1 :** Devis de l'étude de Pineault et al. (2008)



Comme le montre la figure 3.1, le devis de recherche de l'étude de Pineault et al. produit une liaison nominale entre les résultats de l'enquête populationnelle et ceux de l'enquête organisationnelle (Pineault et al., 2008). En fait, l'enquête populationnelle a permis d'identifier le nom de la source habituelle de soins de première ligne de 6 690 participants en plus de l'adresse postale de tous les participants à l'étude. À la suite des analyses organisationnelles, 6 630 personnes, sur un total de 6 690, ont donné le nom d'une source habituelle de soins de première ligne localisée à Montréal ou en Montérégie. On leur a attribué l'un ou l'autre de cinq modèles organisationnels produits par la taxonomie organisationnelle. Un modèle organisationnel n'a pas été attribué à 60 personnes, car elles ont identifié soit une source habituelle de soins de première ligne localisée hors de Montréal ou de la Montérégie, soit qui a fermé ses portes ou encore qui n'a pas pu être identifiée par l'enquête organisationnelle. Sur un total de 6 630 personnes, le nombre maximum de personnes à qui on a attribué des scores relatifs aux sept indices issus de l'enquête populationnelle est 6 622 personnes. Enfin, à la suite des analyses contextuelles, on a attribué à ces 6 630 personnes l'un ou l'autre des contextes locaux, au sein desquels sont localisées leurs sources habituelles de soins de première ligne, issus de l'enquête contextuelle.

Pour aider le lecteur à mieux saisir les variations dans la taille de l'échantillon de l'étude de Pineault et al., nous présentons deux tableaux. Le tableau 3.1 regroupe les différentes tailles de l'échantillon à travers les trois volets de cette recherche. Le tableau 3.2 précise le nombre maximal des personnes qui ont été attribuées des scores relatifs aux sept indices de l'expérience de soins à travers ces trois volets de l'étude.



**Tableau 3.1 : Tailles de l'échantillon de l'étude de Pineault et al.(2008)**

Taille de l'échantillon	Groupe non attribué des scores relatifs aux 7 indices	Groupe attribué des scores relatifs aux 7 indices	Total
Volet populationnel	Déclare avoir une source habituelle de soins autre que de la première ligne localisée à Montréal ou en Montérégie ou une source habituelle de soins non déterminée localisée hors Montréal ou la Montérégie	Déclare avoir une source habituelle de soins de 1 <sup>re</sup> ligne localisée à Montréal ou en Montérégie	
	N= 2 516	N= 6 690	N= 9 206
Volet organisationnel	Déclare avoir une source habituelle de soins autre que de la première ligne localisée à Montréal ou en Montérégie ou une source habituelle de soins non déterminée localisée hors Montréal ou la Montérégie	A été attribué un modèle organisationnel car il identifie une source habituelle de soins de 1 <sup>re</sup> ligne localisée à Montréal ou en Montérégie	
	N'a pas été attribué un modèle organisationnel car il identifie une source habituelle de soins de 1 <sup>re</sup> ligne localisée hors Montréal ou la Montérégie ou fermée		
	N=2 576	N=6 630	N = 9 206
Volet contextuel	Déclare avoir une source habituelle de soins autre que de la première ligne localisée à Montréal ou en Montérégie ou une source habituelle de soins non déterminée localisée hors Montréal ou la Montérégie	A été attribué un contexte local car il identifie une source habituelle de soins de 1 <sup>re</sup> ligne localisée à Montréal ou en Montérégie	
	N'a pas été attribué un contexte local car il identifie une source habituelle de soins de 1 <sup>re</sup> ligne localisée hors Montréal ou la Montérégie ou fermée		
	N= 2 576	N = 6 630	N= 9 206

**Tableau 3.2** : Nombre des personnes attribuées des scores relatifs aux sept indices de l'expérience de soins

Sept indices de l'expérience de soins	Nombre maximal des personnes attribuées des scores relatifs aux 7 indices		
	Volet populationnel N= 6 690	Volet organisationnel N=6 622	Volet Contextuel N=6 622
Accessibilité géographique et organisationnelle	6 685	6 617	6 617
Accessibilité économique	6 680	6 612	6 612
Continuité d'affiliation	6 690	6 622	6 622
Continuité d'information	4 880	4 839	4 839
Globalité	6 690	6 622	6 622
Réactivité	6 690	6 622	6 622
Résultats	6 690	6 622	6 622

Notre base de données jumelle les données des enquêtes populationnelle, organisationnelle et contextuelle de cette étude. L'avantage principal est la grande couverture populationnelle réalisée par cette recherche. Les régions de Montréal et de la Montérégie contiennent plus de 50 % de la population totale au Québec et un bon nombre des CSSS (23 des 95 CSSS) (Borgès Da Silva, 2010). Ainsi, le fait de disposer de données sur les configurations organisationnelles et contextuelles existantes à Montréal et en Montérégie a sans doute facilité la réalisation de notre projet de recherche doctoral. Ce jumelage a permis de tirer de nouvelles connaissances d'une base de données importantes et de qualité, dont la réalisation a nécessité d'importantes subventions fédérales et provinciales et plusieurs collaborations.

L'étude de Pineault et al. s'est intéressée à l'appréciation de l'expérience de soins de la population en général et ses variations selon les quatre groupes de contextes locaux et selon les cinq modèles organisationnels des services de première ligne (voir chapitre 1). Bien que l'équipe de Pineault ait regardé l'impact de certaines vulnérabilités sur l'appréciation de certaines composantes de l'expérience de soins (données non présentées) (Pineault et al.,

2008), la vulnérabilité comme concept n'a pas été définie dans cette étude. Nous adoptons le concept de la vulnérabilité pour étudier l'impact des vulnérabilités des personnes sur l'appréciation de l'expérience de soins compte tenu des sources habituelles de soins et des contextes locaux. Nous considérons cinq vulnérabilités des personnes. L'enquête populationnelle a également mesuré les caractéristiques sociodémographiques de 9 206 participants à l'étude, ce qui a servi à apprécier les vulnérabilités de ces personnes. Les variables retenues pour apprécier ces vulnérabilités ont toutes subi des transformations. Il en est de même pour tous les indicateurs retenus de l'expérience de soins.

À partir de l'enquête populationnelle, nous avons l'information sur l'utilisation et les besoins non comblés de tous les participants à l'étude (N=9206). Pour nous, l'utilisation des services et les besoins non comblés en services sont aussi considérés dans l'appréciation de l'expérience de soins. Cela nous permet d'étudier les variations dans l'utilisation et les besoins non comblés selon les sources habituelles de soins et les contextes locaux. Au total, 10 indicateurs sont retenus pour apprécier l'expérience de soins : les sept indices d'expérience de soins de l'équipe de Pineault, deux indicateurs d'utilisation des services et un indicateur de besoins non comblés. On a ajouté deux catégories à la taxonomie organisationnelle de l'équipe de Pineault : n'avoir aucune source habituelle de soins et avoir une source habituelle de soins autre que de la première ligne. Les personnes qui n'ont pas identifié une source habituelle de soins de première ligne d'après l'enquête populationnelle, un sous-groupe de 2 576 personnes, ont été attribuées à l'une de ces deux catégories. On a aussi attribué l'un ou l'autre de quatre contextes locaux de leur résidence à ces personnes. Cela nous permet de faire des analyses sur les variations en utilisation et besoins non comblés pour tous les participants à l'étude (N=9206) pour les quatre objectifs de la thèse. Pour ce qui est des variations aux niveaux de sept indices de l'expérience de soins, les analyses concernent uniquement le groupe des personnes à qui on a attribué un score relatif aux sept indices. Le tableau 3.3 précise le nombre maximal des personnes qui ont été attribuées des scores relatifs aux sept indices de l'expérience de soins à travers les quatre objectifs de notre étude.

**Tableau 3.3** : Nombre des personnes attribuées des scores relatifs aux sept indices de l'expérience de soins à travers les quatre objectifs de notre étude

Sept indices de l'expérience de soins	Nombre maximal des personnes attribuées des scores relatifs aux 7 indices			
	Objectif 1	Objectif 2	Objectif 3	Objectif 4
	N=6 690	N=6 622	N=6 690	N=6 622
Accessibilité géographique et organisationnelle	6 685	6 617	6 685	6 617
Accessibilité économique	6 680	6 612	6 680	6 612
Continuité d'affiliation	6 690	6 622	6 690	6 622
Continuité d'information	4 880	4 839	4 880	4 839
Globalité	6 690	6 622	6 690	6 622
Réactivité	6 690	6 622	6 690	6 622
Résultats	6 690	6 622	6 690	6 622

### 3.4 Stratégie générale d'analyse

Notre stratégie de recherche combine deux stratégies analytiques. La première vise à savoir dans quelle mesure la source habituelle de soins, le contexte local et leur interaction vont modifier l'effet des vulnérabilités des personnes sur leur appréciation de leur expérience de soins. Nous utilisons des modèles de régression logistique multiple pour analyser les variations dans l'appréciation de l'expérience de soins en fonction des vulnérabilités des personnes, des sources habituelles de soins, des contextes locaux et de leurs interactions. La deuxième vise à tester les variations dans la répartition des vulnérabilités des personnes selon la source habituelle de soins et le contexte local. En d'autres mots, on cherche à savoir dans quelle mesure les appréciations des personnes vulnérables de leur expérience de soins reflètent leur concentration dans des sources habituelles de soins et contextes locaux qui sont associés à des mauvaises ou peut être des meilleures appréciations de l'expérience de soins. Le test de chi-carré est utilisé pour vérifier la répartition des vulnérabilités dans les variables modératrices. Cela nous permettra d'examiner d'une façon indirecte (non statistique) le lien

entre la concentration des vulnérabilités et la nature des appréciations des personnes vulnérables de l'expérience de soins.

Les deux variables modératrices de l'étude sont catégorielles et à onze catégories : sept catégories pour la variable source habituelle de soins et quatre catégories pour la variable contexte local. Nous avons décidé de transformer toutes les autres variables utilisées en variables catégorielles. Nous avons étudié d'une façon rigoureuse les distributions des variables indépendantes, de contrôle et dépendantes afin de les catégoriser de façon optimale. En s'appuyant sur la distribution et l'avis des experts, nous avons choisi de les dichotomiser. D'une part, cela aide à simplifier l'interprétation des interactions et, d'autre part, permet d'avoir le plus d'effectifs dans les divers groupes ou combinaisons pour détecter un effet potentiel. Nous utilisons la méthode de la régression logistique multiple et des tests de chi-carré pour les analyses statistiques. Le logiciel utilisé est le SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, version 16).

Avant de décrire brièvement notre approche de spécification du modèle de régression logistique, nous trouvons important de discuter de la puissance statistique de l'étude.

### ***La puissance statistique de l'étude***

Cohen (1992) et Hair et al. (2005) ont bien démontré que le nombre d'observations détermine la quantité maximale de variables qu'un modèle de régression peut supporter. Plus on a d'observations, plus on peut inclure des variables (Cohen, 1992; Hair, Anderson, Tatham et Black, 2005). En régression logistique, c'est la règle de la plus petite catégorie qui détermine le nombre des variables à inclure dans le modèle. La puissance statistique dans un contexte de régression logistique est fonction du nombre d'événements dans la catégorie ayant la plus petite fréquence, et non pas du nombre des participants dans l'étude (taille de l'échantillon globale soit  $N=9\ 206$ ).

Dans notre cas, la plus petite fréquence observée est 1 411 pour la composante utilisation des services hospitaliers de l'expérience de soins. Selon la règle de dix observations par régresseur, on peut inclure jusqu'à 140 variables ( $1\ 411$  divisé par  $10 = 140$ ).

variables) dans le modèle. On a donc une bonne capacité de modélisation, mais on n'est pas capable de contrôler la puissance statistique de l'étude et ce pour deux raisons. La première est que la taille de l'échantillon est fixée car mes données viennent d'une autre étude. Le nombre des observations varie d'une composante de l'expérience de soins à l'autre. La composante utilisation des services hospitaliers est la plus débalancée avec 1 411 observations. La deuxième est que les distributions des vulnérabilités entre elles-mêmes, les distributions des sources habituelles de soins selon les contextes locaux et les distributions des vulnérabilités selon les sources habituelles de soins et les contextes locaux sont toutes aléatoires. On n'a pas pu déterminer a priori le nombre de sujets nécessaires à inclure dans les différentes combinaisons pour obtenir la puissance adéquate permettant de détecter les interactions d'intérêt. Plus on fait de combinaisons entre les variables, plus le nombre d'effectifs devient faible dans les combinaisons. Nous rappelons que les cinq variables indépendantes et cinq variables de contrôle de l'étude sont dichotomiques. Une de nos variables modératrices est à sept catégories et l'autre est à quatre catégories, sans oublier que l'interaction entre ces deux variables est à 28 catégories (7x4). Le nombre de combinaisons possibles est donc très grande. Selon Green (1991), dans une régression logistique la taille minimale de l'échantillon doit être de  $104 + \text{le nombre de variables dans le modèle}$  pour détecter un effet de taille moyenne au niveau de signification 5% avec une puissance 80% (Green, 1991). Si on applique cette référence dans le contexte d'une régression logistique avec un minimum de 1411 événements, on a suffisamment de puissance (puissance adéquate) pour étudier des modèles comportant un grand nombre de variables. Mais une limite de modélisation de notre étude est que certaines combinaisons de vulnérabilités risquent être très peu observées (faible nombre d'effectifs) pour identifier des effets de taille moyenne. Donc, on risque d'avoir très peu de puissance statistique.

### ***L'approche suivie dans la spécification du modèle de régression***

En général, les modèles de régression sont construits dans le but d'expliquer ou de prédire, selon la perspective de l'analyse, la variance d'un phénomène (variable dépendante) à l'aide d'une combinaison de facteurs explicatifs (variables indépendantes). Plusieurs stratégies de spécification des modèles de régression sont possibles (Bressoux, 2010c;

Rivard, 2010). Dans un premier temps, on doit choisir une des deux stratégies suivantes : la modélisation globale ou la modélisation par blocs. Dans le premier cas, la combinaison de toutes les variables est évaluée globalement. Dans le second, les variables sont regroupées en bloc et les résultats évaluent le modèle global ainsi que la contribution de chaque bloc. Dans un deuxième temps, on doit également déterminer la manière dont les variables indépendantes seront insérées dans le modèle global ou dans les blocs : par entrée forcée ou par entrée progressive. Dans une régression par entrée forcée, toutes les variables à évaluer sont entrées au même moment. Le chercheur n'influence pas l'ordre d'entrée des variables et le modèle évalue donc leur effet combiné. Dans une régression par entrée progressive, on peut suivre une stratégie de spécification ascendante « *Forward* » où on débute avec la constante pour arriver à un modèle large. Au contraire, on peut suivre une stratégie descendante « *Backward* » qui débute avec un modèle large pour ensuite essayer de le réduire.

Cette recherche est de nature exploratoire qui visait à vérifier si certaines interactions entre les vulnérabilités, les sources habituelles de soins et les contextes locaux sont liées à une meilleure prédiction de l'appréciation de l'expérience de soins. Nous voulons mettre à l'épreuve un cadre analytique impliquant un système de relations entre plusieurs variables indépendantes, modératrices et dépendantes. Nous avons sûrement besoin d'être le plus simple possible et parcimonieux étant donné qu'on veut tester un grand nombre des interactions. Nous avons ainsi privilégié une stratégie de modélisation hiérarchisée. Cette méthode permet de regrouper les variables en blocs dont l'ordre d'inclusion devrait représenter leur position relative par rapport à notre variable dépendante (voir figure 2.1 dans chapitre 2). C'est donc une modélisation hiérarchique où dans le premier bloc on entre l'ensemble des effets principaux (les 5 vulnérabilités et les 5 variables confondantes) et dans le deuxième bloc on sélectionne les interactions à inclure selon la méthode *forward stepwise*. On ne retire donc pas un effet principal qui est inclus dans une interaction. Cette stratégie nous a permis d'identifier les interactions à retenir tout en garantissant que les effets principaux sont inclus dans le modèle.

Les interactions auxquelles on s'intéresse dans cette étude comportent les quatre relations spécifiées dans le cadre conceptuel (voir figure 2.1 au chapitre 2). Nous nous limitons aux analyses des interactions doubles. Chaque article de la thèse est rattaché à une de ces relations. Pour chacune de ces relations, le modèle de régression est construit en tenant compte seulement des interactions doubles potentielles. D'après Greenland et Pearce (2015), il est important que le chercheur documente sa stratégie de construction du modèle afin de permettre au lecteur d'interpréter les résultats à la lumière des faiblesses et des forces de la stratégie utilisée (Greenland et Pearce, 2015). Dans ce qui suit, nous présentons une description détaillée de notre stratégie de modélisation à travers les 4 objectifs principaux issus de notre cadre conceptuel.

*Pour l'objectif 1:*

En premier lieu, une régression globale avec entrée forcée est effectuée incluant les cinq vulnérabilités et les cinq variables confondantes. Ce modèle est ensuite raffiné dans un but de parcimonie en retirant les variables non significatives une à une; d'abord, les variables confondantes et ensuite, les vulnérabilités. Le résultat de cette approche est que toutes les variables retenues finalement sont significatives.

En deuxième lieu, une régression hiérarchisée est effectuée pour identifier les interactions significatives entre les vulnérabilités. Le premier bloc inclut les cinq vulnérabilités et les cinq variables confondantes selon la méthode entrée forcée. Le deuxième bloc inclut les 10 interactions doubles entre les vulnérabilités et une sélection selon la méthode forward stepwise. Cette approche a été utilisée afin d'identifier les interactions significatives. Ce modèle est ensuite raffiné dans un but de parcimonie en retirant les variables non significatives une à une ; d'abord, les variables confondantes et ensuite, les vulnérabilités non incluses dans un terme d'interaction retenu. Le résultat de cette approche est que toutes les variables retenues finalement sont significatives. Afin de conclure sur les rapports de cote (RC) de l'interaction retenue, nous procédons à la création d'un méga variable contenant le produit des modalités des variables dans l'interaction. Une dernière modélisation est faite selon la méthode forcée en utilisant la méga variable au lieu des vulnérabilités incluses dans les termes d'interaction et les termes d'interaction.



*Pour les objectifs 2 et 3 :*

Une régression hiérarchisée est effectuée. Le premier bloc inclut les cinq vulnérabilités et les cinq variables confondantes selon la méthode entrée forcée. Le deuxième bloc entre la variable modératrice (la source habituelle de soins pour l'objectif 2 et le contexte local pour l'objectif 3). Le dernier bloc sélectionne les interactions doubles significatives entre chacune de cinq vulnérabilités et la variable modératrice selon la méthode *forward stepwise*. Ce modèle est ensuite raffiné dans un but de parcimonie en retirant les variables non significatives une à une; d'abord, les variables confondantes et ensuite, les vulnérabilités non incluses dans un terme d'interaction retenu. Le résultat de cette approche est que toutes les variables retenues finalement sont significatives. Pour conclure sur les RC de l'interaction retenue, nous procédons à la création d'un méga variable contenant le produit des modalités des variables incluses dans l'interaction (la vulnérabilité et la source habituelle de soins pour l'objectif 2 et la vulnérabilité et le contexte local pour l'objectif 3). Une dernière modélisation est faite selon la méthode forcée en utilisant la méga variable au lieu des variables incluses dans les termes d'interaction et les termes d'interaction. Dans le cas où le modèle final contient plus qu'une interaction double significative, chacune des interactions est étudiée séparément.

*Pour l'objectif 4 :*

On a besoin de simplifier davantage l'approche en étudiant séparément les vulnérabilités. Une régression hiérarchisée est effectuée. Le premier bloc inclut la vulnérabilité d'intérêt, la source habituelle de soins, le contexte local, l'interaction double entre la vulnérabilité d'intérêt et la source habituelle de soins, l'interaction double entre la vulnérabilité d'intérêt et le contexte local, les quatre autres vulnérabilités et les cinq variables confondantes. Le deuxième bloc entre l'interaction double entre la source habituelle de soins et le contexte local. Le dernier bloc entre l'interaction triple entre la vulnérabilité, la source habituelle de soins et le contexte local. Ce modèle est ensuite raffiné dans un but de parcimonie en retirant les variables non significatives une à une; d'abord, les variables confondantes et ensuite, les vulnérabilités non incluses dans un terme d'interaction triple retenu. Le résultat de cette approche est que toutes les variables retenues finalement sont

significatives. Afin de conclure sur les RC de l'interaction, nous procédons à une stratification de la base de données selon le contexte local (quatre strates). Nous créons aussi un méga variable contenant le produit des modalités des variables incluses dans l'interaction. En stratifiant selon le contexte local, l'interaction devient alors une interaction double au lieu de triple, soit une interaction entre la vulnérabilité et la source habituelle de soins. Une dernière modélisation est faite selon la méthode forcée en utilisant la méga variable au lieu des vulnérabilités incluses dans les termes d'interaction et les termes d'interaction.

Dans ce qui suit, nous discutons de deux questions essentielles que les chercheurs se font poser normalement avant de modéliser les données : la pondération des données et la correction pour les comparaisons multiples.

### ***La pondération des données***

Notre échantillon à l'étude est stratifié et non proportionnel. Cette méthode d'échantillonnage a des avantages, mais aussi des inconvénients quant à la sous- ou surreprésentation des groupes auxquels appartiennent les participants. La pondération des données, accorde un coefficient de pondération aux individus de l'échantillon, permet au chercheur de corriger la sous- et la surreprésentation, du moins celles qui sont connues, afin d'être en mesure d'extrapoler les résultats de l'étude à la population (<http://blogue.som.ca/la-ponderation-des-donnees/> consulté le 6 avril 2018).

Dans cette étude, nous avons choisi de ne pas pondérer les données, car notre objectif n'est pas de produire des estimations à l'échelle populationnelle, mais d'apprécier des associations. Plusieurs auteurs soutiennent que la représentativité de l'échantillon est nécessaire que lorsque l'échantillonnage est fait purement pour des objectifs descriptifs, comme celui de décrire l'état de santé des populations spécifiques (Bressoux, 2010d; Rothman, Gallacher et Hatch, 2013). Tel que souligné par Rothman et al. (2013), pour étudier comment un effet varie selon les caractéristiques socioéconomiques, comme c'est le cas dans notre recherche, il est préférable de choisir des nombres égaux de différents groupes que de sélectionner des sujets en proportion de leur nombre dans la population. Ne pas pondérer les données se justifie alors dans notre cas, car notre intérêt est de considérer l'impact du pouvoir

explicatif global des variables étudiées. D'après Rothman et al. (2013), ce n'est pas la représentativité de l'échantillon qui renforce la généralisation des résultats, mais plutôt la connaissance des conditions spécifiques et la compréhension du phénomène à l'étude (Rothman et al., 2013). Dans la prochaine section, nous allons discuter des validités interne et externe de notre étude et ce qui renforce la généralisation de nos résultats.

### ***La correction pour les comparaisons multiples***

De nombreuses méthodes existent pour ajuster les résultats des tests (Proschan et Waclawiw, 2000). La technique de Bonferroni est une option largement utilisée, mais très conservatrice d'après plusieurs auteurs (Perneger, 1998, 1999; Rothman, 1990). La correction de Bonferroni constitue une façon de corriger l'erreur commise sur le risque d'erreur  $\alpha$  lorsqu'on utilise plusieurs fois le même test (Kleinbaum et Klein, 2002). En fait, plusieurs auteurs soutiennent que la correction de Bonferroni est inappropriée dans certains cas (Perneger, 1998, 1999; Rothman, 1990). Notre étude est exploratoire et nous avons choisi, par conséquent, de ne pas appliquer cette correction. D'abord, on a un phénomène de spécification du modèle de régression qui change d'un objectif à l'autre. Il est vrai que l'on travaille sur les mêmes participants et le même échantillon, mais nous avons des objectifs différents que nous désirons explorer indépendamment les uns des autres. Pour chaque objectif, nous analysons les données indépendamment et nous tirons une conclusion séparée. L'autre raison est la suivante. On a tendance à souligner le risque de faire l'erreur  $\alpha$  et de l'ajuster de manière prudente en conséquence. Toutefois, étant donné que notre étude est exploratoire, nous croyons que nous devrions aussi considérer le risque d'erreur  $\beta$ . Notre recherche est une première de son genre et elle réalise une analyse exploratoire des interactions. Étant donné le grand nombre de tests effectués, la correction de Bonferroni deviendrait très sévère et pourrait nous empêcher de signaler une interaction réelle et importante comme significative.

### 3.5 Validité de l'étude

#### *Validité interne*

La validité interne « repose sur la capacité d'une étude à mettre à l'épreuve, de façon simultanée, un ensemble de relations composant un modèle théorique » (Contandriopoulos et al., 2005)<sup>42</sup>). Ainsi, la valeur explicative d'un modèle théorique dépend du degré de conformité entre le système de relations théoriques et la réalité empirique de cet ensemble de relations (Contandriopoulos et al., 2005). Notre cadre conceptuel s'appuie sur un système de relations théoriques intégrant plusieurs théories dans le domaine et utilise l'approche configurationnelle de la théorie des organisations. Cela nous permet de mettre en lumière de façon cohérente les relations complexes entre les variables à l'étude.

La validité interne fait aussi référence à l'adéquation entre le mode d'analyse choisi et le modèle théorique à mettre à l'épreuve (Contandriopoulos et al., 2005). Statistiquement, l'analyse de l'effet modérateur d'une variable X2 sur la relation entre une variable explicative X1 et une variable dépendante Y est typiquement menée en examinant l'interaction entre X1 et X2 dans un modèle (Bressoux, 2010b; Hayes, 2013). Nous avons choisi d'utiliser des analyses statistiques de régression logistique multiple qui testent l'existence des interactions par l'introduction des formes multiplicatives entre les variables supposées jouer en interaction du point de vue de leur effet sur l'appréciation de l'expérience de soins. Cette méthode permet d'obtenir une bonne adéquation entre le mode d'analyse et le modèle théorique à mettre à l'épreuve. En d'autres mots, elle aide à analyser le système de relations d'interdépendance mis à l'épreuve par le modèle théorique de la recherche.

Nous ajoutons enfin que la validité interne de la recherche est assurée par une puissance explicative élevée qui découle du grand nombre des unités d'analyse (n=9 206 individus) comparée au nombre des variables étudiées (Contandriopoulos et al., 2005).

#### *Validité externe*

La validité externe peut être assurée par les possibilités d'application des résultats obtenus dans d'autres contextes comme d'autres pays et dans d'autres périodes. Nous

discutons de ces possibilités en nous appuyant sur trois principes relatifs à la validité externe : le principe de similitude, le principe de robustesse et le principe d'explication (Contandriopoulos et al., 2005).

Le principe de similitude se rapporte à la capacité de généraliser des résultats à un univers empirique similaire (Contandriopoulos et al., 2005), p. 43). Dans notre recherche, ce critère est satisfait. Nous avons étudié trois populations : 1) la population adulte (18 ans et plus) résidente de deux régions les plus peuplées du Québec : Montréal et Montérégie ; 2) la population des cliniques médicales de première ligne localisées dans les deux régions étudiées ; 3) tous les 12 territoires de CSSS de Montréal et tous les 11 territoires de CSSS de la Montérégie. Nous disposons d'une base de données constituée de 63 % de la population adulte à Montréal et de 66 % de la population adulte en Montérégie (Pineault et al., 2008), ce qui est très satisfaisant (taux global : 65 %). Le taux de participation par territoire de CSSS varie de 56,9 % à 68,6 %. Le taux de participation des cliniques médicales est de 71 % (66 % à Montréal et 81 % en Montérégie). À Montréal, les taux de participation par territoire de CSSS varient de 47 % à 85 %. En Montérégie, ils varient de 70 % à 100 %. Nous ajoutons que les différents types de cliniques de première ligne, qu'ils soient privés ou publics, sont bien représentés (solo, groupe, CLSC, UMF et GMF) (Pineault et al., 2008). Les taux de réponse sont de 69,6 % pour les cliniques privées, de 90,6 % pour les cliniques en CLSC, de 90,9 % pour les UMF et de 90,2 % pour les cliniques comportant des médecins participant à des GMF. Les conclusions tirées de l'échantillon étudié sont donc représentatives de ce qui se passe dans l'ensemble de la population à l'étude. Nous pourrions donc croire à une généralisation théorique de nos résultats. Notre base de données date de l'année 2006. Nous croyons que les cliniques médicales de première ligne et les territoires de cette période sont encore représentatifs des cliniques et des territoires d'aujourd'hui, malgré les réformes organisationnelles récentes au Québec. Les cinq modèles organisationnels des services de première ligne qu'on utilise se retrouvent aussi dans d'autres contextes. Il en est de même pour les contextes locaux utilisés.

Le principe de robustesse stipule que le potentiel de généralisation d'une étude s'accroît, s'il y a réplique des effets dans des contextes diversifiés (Contandriopoulos et al.,

2005), p. 43). La logique théorique sur laquelle est basée cette recherche peut s'appliquer dans d'autres contextes. Nous croyons que les mêmes observations pourront se retrouver ailleurs dans les pays ayant des systèmes universels de soins et relativement développés au niveau socioéconomique. On peut nommer les pays du G7 dont les populations ont le même niveau socio-économique que la population québécoise et les 30 pays de l'OCDE dont les systèmes de soins sont publics, à l'exception du Mexique, de la Grèce, de la Corée du Sud et des États-Unis qui ont tous des systèmes de soins orientés vers le privé. Cependant, nous sommes conscients que d'autres facteurs propres à ces contextes peuvent empêcher la reproduction de ces effets. Ainsi, dans une certaine mesure, notre recherche satisfera le principe de robustesse.

Le principe de l'explication, développé longuement par Cronbach (1982), souligne les gains de validité externe résultant d'une compréhension des facteurs de production et d'inhibition des effets (Contandriopoulos et al., 2005)44). Ce principe valide alors la robustesse des propositions théoriques utilisées dans notre recherche et la qualité de l'articulation théorique. Une question se pose : est-ce que les variations observées dans l'appréciation de l'expérience de soins sont prédites théoriquement ou sont-elles dues à un contexte particulier ? Nous utilisons des taxonomies dans cette recherche. Or, selon Miller (1999), il y a un risque avec les taxonomies, celui d'être déconnecté de la réalité (Miller, 1999). Cependant, Doty et Glick (1994) considèrent que les taxonomies possèdent les critères nécessaires pour construire une théorie (Doty et Glick, 1994). Qu'il soit pour la taxonomie des sources habituelles de soins ou la taxonomie des contextes locaux, les deux sont basées sur des cadres théoriques solides. Les regroupements réalisés dans ces deux taxonomies ne sont pas dus au hasard, mais sur une théorisation des concepts de base. Le système de relations théoriques proposé s'appuie sur le cadre théorique de Donabedian (1973), devenu sans doute le paradigme de l'analyse de l'utilisation des services de santé. À notre connaissance, notre étude est une première en son genre pour la problématique étudiée et il faut qu'elle se répète. Nos concepts sont fondés théoriquement, ce qui nous permet de croire à la capacité de les appliquer dans d'autres contextes et d'autres périodes et de rassurer la validité externe de l'étude.

### **3.6 Considérations éthiques**

Comme mentionné, cette thèse repose sur une analyse secondaire des données anonymes provenant de l'étude de Pineault et al. (2008). Aucun consentement individuel n'est requis. L'étude de Pineault et al. a reçu une approbation de conformité éthique du Comité d'éthique de la recherche de la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et de l'Hôpital Charles LeMoine. Conformément à la loi, cette thèse a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche de la faculté de médecine de l'Université de Montréal (CERFM) (voir annexe).

## CHAPITRE 4 : RÉSULTATS

### 4.1 ARTICLE 1

#### L'INFLUENCE DES VULNÉRABILITÉS DES PERSONNES ET DE LEURS INTERACTIONS SUR L'APPRÉCIATION DE L'EXPÉRIENCE DE SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

Ola M. Haïdar<sup>1</sup>, Paul A. Lamarche<sup>1</sup>, Jean-Frédérique Lévesque<sup>2</sup>, Robert Pampalon<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Université de Montréal, École de santé publique, Département de gestion,  
d'évaluation et de politique de santé

<sup>2</sup>University of New South Wales, Centre for Primary Health Care and Equity, Bureau  
of Health Information

<sup>3</sup>Université Laval, Département de géographie, Institut national de santé publique



## RÉSUMÉ

**Objectif :** Cette étude examine la relation entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins de première ligne dans le contexte d'un système universel de soins. **Méthodes :** L'étude apprécie l'expérience de soins de première ligne de 9 206 personnes. Leurs vulnérabilités sanitaire, biologique, matérielle, relationnelle et culturelle sont prises en compte. La régression logistique multiple est utilisée comme stratégie d'analyse statistique. **Résultats :** L'appréciation des personnes de leur expérience de soins varie en fonction de leurs vulnérabilités. En général, les vulnérabilités des personnes sont associées positivement à l'appréciation de l'expérience de soins sauf la vulnérabilité culturelle. La vulnérabilité matérielle est celle qui est associée le plus fréquemment à une appréciation positive de l'expérience de soins. Les interactions entre les multiples vulnérabilités de la personne souvent modifient l'effet de la vulnérabilité sur l'appréciation de l'expérience de soins. L'effet positif de la vulnérabilité sur l'appréciation de l'expérience de soins s'accroît en présence d'une deuxième vulnérabilité chez la personne, surtout de la vulnérabilité sanitaire. La présence simultanée de la vulnérabilité sanitaire annule l'influence négative de la vulnérabilité culturelle sur l'appréciation de l'expérience de soins. **Conclusion :** La vulnérabilité est un facteur de protection d'une mauvaise appréciation de l'expérience de soins de première ligne dans le contexte d'un système universel de soins.

**Mots clés :** appréciation de l'expérience de soins de première ligne, vulnérabilités des personnes, interaction.

## INTRODUCTION

On constate encore aujourd'hui l'importance des inégalités en santé reliées aux facteurs socioéconomiques de la population, même dans les pays adoptant des systèmes de soins universels comme le Canada et le Royaume-Uni (Black, 1980 ; Blendon, Schoen, DesRoches, Osborn et Zapert, 2003; Blendon et al., 2002; Leon et Walt, 2000 ; Schoen, Davis, DesRoches, Donelan et Blendon, 2000; Schoen et Doty, 2004; Schoen et al., 2007; Schoen, Osborn, How, Doty et Peugh, 2009; Schoen et al., 2004; Schoen et al., 2005; Smedley, Stith et Nelson, 2003). Dans plusieurs disciplines, le concept de la vulnérabilité est utilisé pour décrire et aborder le phénomène des inégalités socioéconomiques en santé (Aday, 2001; Blumenthal, Mort et Edwards, 1995; Coleman, 2009; Elliott, Haviland, Orr, Hambarsoomian et Cleary, 2011; Grady, 2009; Purdy, 2004 ; Shi, Forrest, Von Schrader et Ng, 2003; Shi et Stevens, 2010). Bien que le fait d'avoir à payer pour l'obtention des soins rend la personne vulnérable à l'exclusion de soins et à une mauvaise santé (Vladeck, 2007), d'autres facteurs de risque soutiennent aussi la vulnérabilité des personnes tels que l'âge, la présence des maladies chroniques, l'éducation, l'ethnicité ou l'immigration. (Fiscella et Shin, 2005; Grabovschi, Loignon et Fortin, 2013; Shi et Stevens, 2010). La vulnérabilité est ainsi conçue et mesurée par la présence des facteurs de risque associés, dans la littérature, à une mauvaise santé (Aday, 1993 ; Aday, 1994 ; Grabovschi et al., 2013; Mechanic et Tanner, 2007; Purdy, 2004; Shi et Stevens, 2010). En somme, la vulnérabilité peut être sanitaire, biologique, matérielle, relationnelle ou culturelle (Aday, 1993 ; Grabovschi et al., 2013; Mechanic et Tanner, 2007; Rogers, 1997). Une personne peut ainsi présenter simultanément plusieurs vulnérabilités. Toutefois, il existe un consensus parmi les auteurs selon lequel la vulnérabilité matérielle est la plus associée à une mauvaise santé (Grabovschi et al., 2013; Shi et Stevens, 2010; Vladeck, 2007).

De nombreux auteurs ont démontré, au niveau individuel et écologique, l'existence d'une association entre la réception des soins de première ligne de qualité et un meilleur état de santé (Macinko, Starfield et Shi, 2003; Starfield, Lemke, Herbert, Pavlovich et Andersen, 2005). Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), une bonne appréciation de l'expérience de soins de première ligne améliore la santé de la population (Organisation

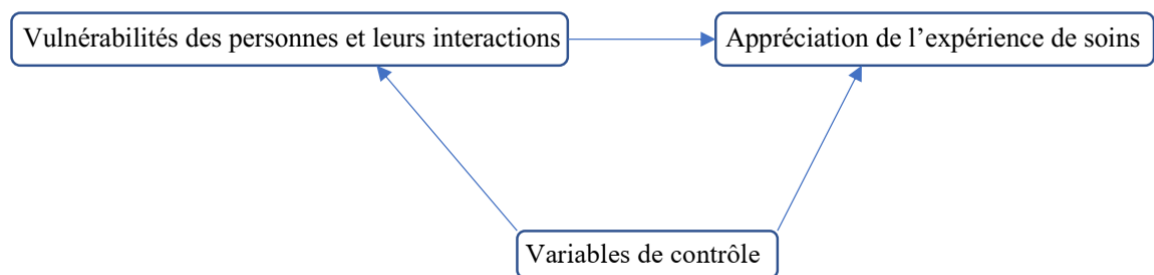
mondiale de la Santé, 2000). Ainsi, nous supposons que la vulnérabilité en tant de facteur de risque à une mauvaise santé peut expliquer en partie l'association entre une mauvaise appréciation des soins de première ligne et une mauvaise santé (Hefford, Crampton et Foley, 2005; Macinko et al., 2003; Organisation mondiale de la Santé, 2000; Shengelia, Tandon, Adams et Murray, 2005). En effet, les études démontrent que le processus usuel du recours aux services de santé varie en fonction de l'état de santé, des facteurs socioéconomiques et des caractéristiques du système de soins (Berra et al., 2009 ; Blackwell, Martinez, Gentleman, Sanmartin et Berthelot, 2009 ; McGrail, Van Doorslaer, Ross et Sanmartin, 2009; Shih, Elting et Halpern, 2009; Shugarman et al., 2009). Aux États-Unis, où le système de soins est d'orientation privée, les évidences scientifiques démontrent que plusieurs facteurs de risque ou vulnérabilités des personnes, surtout les vulnérabilités matérielle et culturelle, ont une influence négative sur l'utilisation des services et l'appréciation de l'expérience de soins (Aday, 1993; Becker et al., 2014; Berz et al., 2009; Blackwell et al., 2009; Blumenthal et al., 1995; Chandra, 2009; Dallo, Borrell et Williams, 2008; Elliott et al., 2011; Elliott, Haviland, Kanouse, Hambarsoomian et Hays, 2009; Elliott et al., 2012; Elliott et al., 2010; Granados, 2013; Keenan, Elliott, Cleary, Zaslavsky et Landon, 2009; Price et al., 2015; Weech-Maldonado, Fongwa, Gutierrez et Hays, 2008; Weech-Maldonado et al., 2003). Une question s'impose : peut-on observer la même association négative entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins dans un système universel de soins ? En d'autres mots, est-ce que, dans un système universel de soins, les groupes vulnérables ont une appréciation de l'expérience de soins de première ligne moins bonne en comparaison au reste de la population ?

Dans des pays dont le système de soins est universel, les évidences démontrent que les associations entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins demeurent variables (Akhavan et Tillgren, 2015; Campbell, Ramsay et Green, 2001; Kontopantelis, Roland et Reeves, 2010; Lyratzopoulos et al., 2012; Mead et Roland, 2009; Solheim et Garratt, 2013). Au Québec, Canada, seuls les services hospitaliers et les services de médecins sont universellement accessibles. Les recherches scientifiques nous présentent des variations dans l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne de la population en général (Haggerty et al., 2007, 2008; Pineault et al., 2008), mais on est

incapable de dégager un consensus pour ce qui est de l'influence individuelle des vulnérabilités des personnes sur leur appréciation de leur expérience de soins de première ligne (Commissaire à la santé et au bien-être, 2011, 2012, 2014; Levesque, Pineault, Hamel, et al., 2007; Levesque, Pineault, Simard, et al., 2007; Sanmartin et Ross, 2006). Plus encore, la revue de la littérature effectuée sur l'influence des vulnérabilités des personnes au regard des inégalités en santé révèle une lacune importante. Généralement, la recherche examine la contribution séparée ou indépendante de divers types de vulnérabilité, mais on trouve rarement des études qui prennent en considération l'interaction potentielle entre les multiples vulnérabilités des personnes (Aday, 1993 ; Shi et Stevens, 2005; Stevens, Seid, Mistry et Halfon, 2006). Au Québec, bien qu'on connaisse des résultats sur l'effet de la vulnérabilité, on ne trouve pas d'études menées sur plusieurs vulnérabilités des personnes. Plus encore, aucune étude n'évalue les interactions entre les vulnérabilités.

## CADRE CONCEPTUEL ET OBJECTIFS

**Figure 4.1.1 :** Cadre conceptuel de l'analyse de la relation entre les vulnérabilités et l'expérience de soins



La figure 4.1.1 présente le cadre conceptuel de l'étude. Ce cadre propose que la vulnérabilité comme facteur de risque à une mauvaise santé est aussi un facteur de risque à une mauvaise appréciation de l'expérience de soins de première ligne. Nous croyons que les vulnérabilités des personnes agissent sur l'appréciation de l'expérience de soins non seulement d'une façon indépendante, mais aussi en interaction les unes avec les autres. Cela dit que l'effet d'une vulnérabilité sur l'appréciation de l'expérience de soins peut être

modifiée par l'effet d'une ou de plusieurs vulnérabilités présentes chez la personne. Lorsque la personne affiche plus d'une vulnérabilité, elles peuvent interagir entre elles dans leur effet sur l'appréciation de l'expérience de soins.

L'objectif principal de cette étude est d'examiner la relation entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins de première ligne et ce, dans le contexte d'un système universel de soins. Elle poursuit deux sous objectifs :

1) examiner l'influence de chacune des cinq vulnérabilités des personnes sur leur appréciation de l'expérience de soins ;

2) examiner l'influence de l'interaction entre les différentes vulnérabilités des personnes sur l'appréciation de l'expérience de soins.

## **MÉTHODE**

### ***Source de données***

Cette étude consiste en une analyse secondaire des données provenant d'une recherche intitulée « L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude de la première ligne au Québec », réalisée en 2005 dans les deux régions les plus peuplées au Québec : Montréal et la Montérégie (Levesque, Pineault, Simard, et al., 2007; Pineault et al., 2008). Cette recherche a été réalisée par une équipe conjointe de la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Montréal et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), ainsi que par des chercheurs du Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine et de nombreux autres chercheurs québécois.

Le premier volet est une enquête téléphonique réalisée auprès d'un échantillon de 9 206 personnes, âgées de 18 ans et plus, résidant sur les territoires des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) de Montréal et de la Montérégie (Levesque, Pineault, Hamel, et al., 2007; Levesque, Pineault, Simard, et al., 2007). L'enquête téléphonique a cerné l'appréciation de plusieurs composantes de l'expérience de soins des personnes, à savoir : l'utilisation des services, les besoins non comblés en services, l'accessibilité, la continuité,

la globalité, la réactivité et les résultats de santé des services. Seules les personnes déclarant avoir une source habituelle de soins de première ligne ont donné leur appréciation de l'accessibilité, la continuité, la globalité, la réactivité et des résultats des services reçus auprès de leur source habituelle de soins, soit un sous-groupe de 6 690 personnes. Les analyses ont produit sept indices constitués des scores allant de 0 à 10 sur l'ensemble des items composant les indices d'appréciation de l'expérience de soins. Nous retenons ces indices. Ils se rapportent aux appréciations de l'accessibilité géographique et organisationnelle, l'accessibilité économique, la continuité d'affiliation, la continuité d'information, la globalité, la réactivité et des résultats de santé. Plus le score est élevé, plus l'appréciation est positive. Des scores relatifs aux indices ont été attribués uniquement aux personnes qui ont donné leur appréciation de tous les items utilisés dans la construction de chacun des sept indices. À titre d'exemple, sur 6 690 personnes, un score d'appréciation de la continuité d'information a été attribué à 4 880 d'entre elles. Cependant, un score a été attribué aux 6 690 personnes pour l'appréciation de la continuité d'affiliation. La méthode utilisée pour construire les sept indices est présentée dans le rapport *L'expérience de soins de la population : Portrait des variations intra-régionales à Montréal et en Montérégie* (Levesque, Pineault, Simard, et al., 2007). L'enquête a également mesuré les caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé de 9 206 personnes sélectionnées, ce qui a servi à apprécier les vulnérabilités des personnes.

Le plan d'échantillonnage est stratifié et non proportionnel à deux niveaux (Pineault et al., 2008). Le premier représente les 23 territoires de CSSS (Centre de santé et services sociaux) dont 12 à Montréal et 11 en Montérégie. Au deuxième niveau, un individu par ménage a été sélectionné de façon aléatoire en utilisant la méthode de génération de numéros de téléphone aléatoire (*random digit dialing*). L'échantillonnage est non proportionnel, car un nombre de 400 répondants était visé par territoire et ce, malgré des tailles de population différentes. Le nombre final de répondants par territoire varie entre 379 et 415, ce qui représente entre 4,1 % et 4,5 % de l'échantillon total de l'étude.

La présente étude vise à relier les vulnérabilités et l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne de 9 206 personnes. Pour cette fin, l'examen des variations dans

l'appréciation de l'accessibilité, de la continuité, de la globalité, de la réactivité et des résultats de santé des services se limite aux personnes qui ont déclaré avoir une source habituelle de soins de première ligne et à qui on a attribué des scores relatifs aux sept indices issus de l'enquête populationnelle. Quant à l'examen des variations dans l'utilisation des services et des besoins en services non comblés, nous considérons l'échantillon total de l'étude.

### ***Définition et opérationnalisation des variables***

#### *Vulnérabilités des personnes : variables indépendantes*

Les vulnérabilités des personnes constituent les variables indépendantes de cette étude. La vulnérabilité est définie par la présence d'un facteur chez une personne qui est généralement associé à un risque d'effets indésirables sur sa santé (Aday, 1993; Aday, 1994; Grabovschi et al., 2013; Mechanic et Tanner, 2007; Purdy, 2004; Rogers, 1997; Shi et Stevens, 2010; Vladeck, 2007). Plusieurs facteurs peuvent être associés à des effets indésirables sur la santé. Nous en retenons cinq qui sont reliés aux vulnérabilités des personnes (Adler et Newman, 2002; Andersen et Newman, 1973; Asada et Kephart, 2007; Blumenthal et al., 1995; Economou, Nikolaou et Theodossiou, 2008; Glazier, Tepper, Agha, Moineddin et Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2006; Grabovschi et al., 2013; Grady, 2009; Loeb, Binswanger, Candrian et Bayliss, 2015; Nyamathi, 1998; Quesnel-Vallée, Luchenski et Lynch, 2008; Shi et Stevens, 2010; Valderas, Starfield, Sibbald, Salisbury et Roland, 2009; Vladeck, 2007): sanitaire, biologique, matérielle, relationnelle et culturelle. La vulnérabilité sanitaire fait référence aux incapacités ou aux limitations physiques et cognitives (Loeb et al., 2015; Quesnel-Vallée et al., 2008; Valderas et al., 2009; Vladeck, 2007). Dans cette étude, la vulnérabilité sanitaire est reliée à la présence d'une maladie chronique (Vladeck, 2007). La vulnérabilité biologique est reliée à l'âge de la personne (Aday, 1993; Aday, 2001). Les prématurés, les très jeunes enfants et les personnes plus âgées sont plus vulnérables comparés aux autres groupes d'âge. Dans notre étude, une personne âgée de 65 ans et plus est considérée comme vulnérable biologiquement. La vulnérabilité matérielle réfère au statut socioéconomique (Adler et Newman, 2002; Asada et Kephart, 2007; Economou et al., 2008; Glazier et al., 2006; Quesnel-Vallée et al., 2008;

Vladeck, 2007). Trois indicateurs sont généralement utilisés pour apprécier ce statut : l'éducation, l'emploi et le revenu (Adler et Newman, 2002). Les personnes avec un faible niveau d'éducation, les personnes au chômage ou sans emploi et les personnes avec un faible revenu sont considérées comme plus vulnérables sur le plan matériel. Nous n'avons pu construire un indice de vulnérabilité matérielle combinant les trois indicateurs socioéconomiques à cause du problème de faibles effectifs dans diverses combinaisons. On a alors retenu le niveau d'éducation comme mesure de la vulnérabilité matérielle. D'une part, l'éducation est considérée comme la composante socioéconomique la plus importante (Adler et Newman, 2002). D'autre part, elle nous permet de diviser les répondants en deux groupes de taille relativement égale, ce qui n'est pas le cas avec l'emploi et le revenu. La vulnérabilité relationnelle fait référence à l'intensité des relations que la personne entretient avec son entourage (Aday, 1993; Grady, 2009). La structure familiale et les réseaux sociaux sont des indicateurs des ressources sociales de la personne. Les personnes vivant seules et qui n'ont pas de ressources familiales, les veuves et les veufs et les personnes ne possédant aucun réseau social, sont donc plus vulnérables que les autres sur le plan relationnel. Dans cette étude, nous retenons la taille du ménage comme l'indice de la vulnérabilité relationnelle. Une personne vivant seule ou avec une autre personne est considérée comme vulnérable comparée à une personne vivant avec plus qu'une personne. Quant à la vulnérabilité culturelle, elle est reliée à l'écart qui existe entre la culture de la personne et celle de la population ou du groupe d'intégration (Glazier et al., 2006; Vladeck, 2007). Dans notre étude, la vulnérabilité culturelle est déterminée par le lieu de naissance : à l'extérieur du Canada.

Le tableau 4.1.1 ci-dessous présente la définition opérationnelle des variables indépendantes. Nous avons étudié soigneusement les distributions des variables choisies. Nous avons décidé d'opérationnaliser les variables en deux catégories, les personnes vulnérables versus les personnes non vulnérables. Les questions et les échelles de mesure originales utilisées pour apprécier les vulnérabilités des personnes et leur opérationnalisation sont présentés dans un tableau en annexe 1.



**Tableau 4.1.1 : Définition opérationnelle des vulnérabilités des personnes**

<b>Variab</b> les	<b>Cat</b> égories	<b>Op</b> érationnalisation
Vulnérabilité sanitaire	Vulnérable	Atteint d'au moins une maladie chronique : hypertension artérielle, diabète, cholestérol élevé, problème cardiaque, problèmes respiratoires, rhumatisme, arthrite, arthrose.
	Non vulnérable	Aucune maladie chronique :
Vulnérabilité biologique	Vulnérable	Âgé de 65 ans et plus
	Non vulnérable	Âgé de 18 à 64 ans
Vulnérabilité matérielle	Vulnérable	Avoir terminé des études primaires ou secondaires
	Non vulnérable	Avoir terminé des études collégiales ou universitaires
Vulnérabilité relationnelle	Vulnérable	Vivre seul ou avec une autre personne
	Non vulnérable	Vivre avec deux personnes et plus
Vulnérabilité culturelle	Vulnérable	Ne pas être né au Canada
	Non vulnérable	Être né au Canada

*Appréciation de l'expérience de soins de première ligne : variable dépendante*

L'appréciation de l'expérience de soins de première ligne des personnes est la variable dépendante de l'étude. Elle réfère à la déclaration des personnes de leur utilisation des services et de leurs besoins non comblés en services de santé ainsi qu'à leur appréciation de l'accessibilité, de la continuité, de la globalité, de la réactivité et des résultats de santé des services de première ligne reçus auprès de la source habituelle de soins. Dix composantes cernent l'expérience de soins de première ligne.

L'utilisation des services rend compte de l'utilisation déclarée des personnes des services hospitaliers ainsi que des salles d'urgence. La déclaration des besoins non comblés réfère à la consultation d'un médecin lorsqu'elle est jugée nécessaire, mais sans l'avoir fait (Houle, Sanmartin, Berthelot, Tremblay et Statistique Canada, 2002 ; Levesque, Pineault, Hamel, et al., 2007; Levesque et al., 2012). Le tableau 4.1.2 ci-dessous présente la définition opérationnelle des variables concernant l'utilisation et les besoins non comblés en services déclarés par les personnes. Les questions et les échelles de mesure originales utilisées pour

apprécier l'utilisation et les besoins non comblés et leur opérationnalisation sont présentées dans un tableau en annexe 1.

**Tableau 4.1.2 :** Définition opérationnelle des variables concernant la déclaration de l'utilisation et des besoins non comblés déclarés

Variables	Catégories	Opérationnalisation
Utilisation des services déclarée		
Utilisation déclarée des services hospitaliers	Oui	Utilisation des services hospitaliers au cours des deux années précédant l'enquête
	Non	Non utilisation des services hospitaliers au cours des deux années précédant l'enquête
Utilisation déclarée des services d'urgence	Oui	Utilisation des services d'urgence au cours des deux années précédant l'enquête
	Non	Non utilisation des services d'urgence au cours des deux années précédant l'enquête
Besoins non comblés en services déclarés		
Ressentir le besoin de consulter un médecin sans l'avoir fait	Oui	Ressentir un besoin non comblé en services au cours des six mois précédant l'enquête
	Non	Ne pas ressentir un besoin non comblé en services au cours des six mois précédant l'enquête

L'accessibilité fait référence à l'appréciation des personnes de la facilité d'utiliser les services selon les barrières à l'accès (Levesque, Pineault, Simard, et al., 2007). Dans cette étude, une attention particulière est portée à la perception des personnes quant à l'accessibilité géographique, organisationnelle et économique. L'accessibilité géographique est relative à la facilité d'utiliser les services selon leur emplacement (Donabedian, 1973). Elle est fonction de la distance, du temps de transport ou de l'effort pour se rendre d'un endroit à l'autre (Pineault et Daveluy, 1996). L'accessibilité organisationnelle fait référence à l'appréciation du système d'accueil (ex. système de rendez-vous, heures d'ouverture, etc.) et à la facilité d'entrer en contact avec le personnel (Pineault et Daveluy, 1996).

L'accessibilité économique exprime l'appréciation par la personne de sa capacité à payer les services (Penchansky et Thomas, 1981). La continuité est déterminée par la façon avec laquelle les soins sont perçus comme cohérents et reliés dans le temps par une personne (Reid, Mckendry, Haggerty et Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2002). Nous retenons deux composantes de la continuité. La première est la continuité d'affiliation qui désigne une relation thérapeutique patient-soignant qui perdure dans le temps ainsi que l'appréciation par la personne de l'étendue de cette relation (Lamarche et al., 2003). La deuxième est la continuité d'information qui réfère au transfert de l'information

sur des événements antérieurs ou de l'information d'un patient traité par plusieurs professionnels simultanément (Lamarche et al., 2003). La globalité correspond à l'appréciation des personnes de la contribution des soins reçus à régler l'ensemble des besoins de santé requis pour eux (Starfield, 1998). Elle peut être générée par la disponibilité dans une institution de tous les services nécessaires pour le patient ou par l'assurance d'avoir accès à d'autres services dans d'autres institutions. La réactivité consiste en la réponse aux attentes légitimes des utilisateurs en ce qui a trait aux aspects non techniques des traitements (Organisation mondiale de la Santé, 2008). Elle présente deux composantes principales que sont le respect des personnes et l'attention accordée au patient. Finalement, les résultats de santé des services font référence à l'appréciation par les personnes de l'aptitude des services à produire les résultats escomptés au niveau de la santé et de la prise en charge des problèmes de santé (Lamarche et al., 2003). Dans cette étude, l'accent est mis sur la prise en charge des problèmes de santé des personnes. Le tableau 4.1.3 ci-dessous présente la définition opérationnelle des variables concernant l'appréciation de l'accessibilité, de la continuité, de la globalité, de la réactivité et des résultats de services par les personnes. Les questions et les échelles de mesure originales utilisées dans les items composant les sept indices d'appréciation de l'expérience de soins issus de l'étude de Pineault et al. et leur opérationnalisation sont présentées dans un tableau en annexe 1.

**Tableau 4.1.3 :** Définition opérationnelle des variables concernant l'appréciation de l'accessibilité, de la continuité, de la globalité, de la réactivité et des résultats de santé des services

Variables	Catégories	Opérationnalisation
<b>Appréciation de l'accessibilité géographique et organisationnelle des services (indice composé de 5 items)</b>		
1. Emplacement adéquat 2. Heures d'ouvertures adéquates 3. Facilité de parler à un professionnel quand c'est ouvert 4. Facilité de parler à un professionnel quand c'est fermé 5. Facilité d'entrer dans l'édifice.	Score obtenu à partir de l'indice $\geq 8$ *	Appréciation positive de l'accessibilité géographique et organisationnelle des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
	Score obtenu à partir de l'indice $< 8$	Appréciation moins positive de l'accessibilité géographique et organisationnelle des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
<b>Appréciation de l'accessibilité économique des services (indice composé de 3 items)</b>		
1. Payer pour des examens de laboratoire ou de radiologie 2. Payer pour d'autres services non couverts 3. Payer pour des médicaments ou des fournitures.	Score obtenu à partir de l'indice = 10	Appréciation positive de l'accessibilité économique des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
	Score obtenu à partir de l'indice $< 10$	Appréciation moins positive de l'accessibilité économique des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
<b>Appréciation de la continuité d'affiliation des services (indice composé de 4 items)</b>		
1. Voir le même médecin 2. Histoire médicale connue 3. Médicaments prescrits connus 4. Suivi pour un problème de santé chronique.	Score obtenu à partir de l'indice = 10	Appréciation positive de la continuité d'affiliation des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
	Score obtenu à partir de l'indice $< 10$	Appréciation moins positive de la continuité d'affiliation des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
<b>Appréciation de la continuité d'information des services (indice composé de 3 items)</b>		
1. Téléphoner ou fixer une rencontre pour donner les résultats des tests ou des examens 2. Avoir des explications claires sur les résultats des tests ou des examens 3. Médecin discute avec le patient du rapport reçu du spécialiste.	Score obtenu à partir de l'indice = 10	Appréciation positive de la continuité d'information des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
	Score obtenu à partir de l'indice $< 10$	Appréciation moins positive de la continuité d'information des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
<b>Appréciation de la globalité des services (indice composé de 4 items)</b>		
1. Médecin prend le temps de parler de prévention et habitudes de vie	Score obtenu à partir de l'indice = 10	Appréciation positive la globalité des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête

2. Aider le patient à obtenir les soins 3. Tenir compte de l'opinion du patient 4. Aider le patient à évaluer les pour et les contre pour les décisions concernant sa santé.	Score obtenu à partir de l'indice < 10	Appréciation moins positive de la globalité des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
Appréciation de la réactivité des services (indice composé de 5 items)		
1. Sentir le respect 2. Accueil avec courtoisie 3. Respect de l'intimité physique	Score obtenu à partir de l'indice = 10	Appréciation positive de la réactivité des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
4. Médecins passent assez de temps avec le patient 5. Locaux agréables.	Score obtenu à partir de l'indice < 10	Appréciation moins positive de la réactivité des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
Appréciation des résultats de santé des services (indice composé de 5 items)		
1. Répondre clairement aux questions 2. Motiver à adopter de bonnes habitudes de vie 3. Permettre de mieux comprendre les problèmes de santé	Score obtenu à partir de l'indice = 10	Appréciation positive des résultats de santé des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
4. Permettre de prévenir certains problèmes de santé 5. Permettre de bien contrôler les problèmes de santé.	Score obtenu à partir de l'indice < 10	Appréciation moins positive des résultats de santé des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête

\* À cause du faible nombre d'effectifs dans la catégorie score = 10 (3,2 %), nous avons décidé de dichotomiser cette variable à partir du score = 8 pour obtenir un nombre minimal suffisant des personnes (27 % des personnes se sont vues attribuer un score  $\geq 8$ ).

Enfin, nous retenons cinq variables de contrôle pour les analyses : la perception de la personne de son état de santé (mauvaise/moyenne versus bonne/excellente)(Elliott et al., 2010; Muggah et al., 2014), le genre (femme versus homme)(Kontopantelis et al., 2010; Pampalon, Hamel, Gamache et Raymond, 2009), le statut d'emploi (sans emploi versus emploi temps plein ou partiel)(Hiotis et al., 2005; Kontopantelis et al., 2010), la perception de la personne de sa situation financière (très pauvre/pauvre versus revenu suffisant/à l'aise) et finalement, la langue parlée à la maison (autre langue versus français ou anglais)(Elliott et al., 2010). Les questions et les échelles de mesure originales utilisées pour rendre compte des variables de contrôle sont présentées dans un tableau en annexe 1. Ces variables peuvent influencer les variables indépendantes et les variables dépendantes. Il faut éliminer leur influence dans l'analyse de la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins (Bertakis, 2009; Bleich, Ozaltin et Murray, 2009).

### *Analyses statistiques*

Les analyses sont réalisées en utilisant le logiciel SPSS version 16. La régression logistique avec les données non pondérées est utilisée comme stratégie d'analyse. Notre but est d'apprécier des associations dans la population et non pas d'estimer des paramètres pour l'ensemble de la population (Rothman, Gallacher et Hatch, 2013). Les variables incluses dans la régression logistique sont toutes à deux catégories. Selon les variables, les catégories de référence sont les personnes non vulnérables, les personnes déclarant ne pas avoir utilisé des services hospitaliers ou des services d'urgence, les personnes déclarant ne pas avoir ressenti des besoins non comblés en services et, finalement, les personnes dont les appréciations de l'accessibilité, de la continuité, de la globalité, de la réactivité et des résultats des services sont moins positives. Le seuil de signification des tests statistiques est de 0,05.

La force des associations (tableaux croisés avec tests de Chi<sup>2</sup> et test de Cramer's V) ainsi que les résultats des analyses de régression logistique simple (analyse bivariée) entre les variables indépendantes et de contrôle et les variables dépendantes sont présentés en annexe 2, 3 et 4. En observant la matrice de corrélation entre les variables (annexe 3), on ne remarque aucune association forte. Les deux plus fortes associations sont entre les deux paires de variables

suivantes : la vulnérabilité biologique et le statut d'emploi (test de Cramer's  $V = 0,580$ ) et la vulnérabilité culturelle et la langue parlée à la maison (test de Cramer's  $V = 0,551$ ). Ces résultats ne suggèrent aucun problème de multicolinéarité. Par ailleurs, une association multiple pourrait tout de même engendrer ce problème, ce qui provoquerait une augmentation importante de la variance des estimateurs, les rapports de cote (RC). Autrement dit, les intervalles de confiance (IC) deviennent larges. En observant les IC de nos RC, on ne constate aucun problème de multicolinéarité étant donné la largeur des IC. Pour ce qui est des tableaux croisés avec le test de Chi2, on observe certaines associations non significatives entre les variables, et ce malgré la grande puissance statistique ( $N=9\ 206$ ).

Les analyses statistiques multivariées comportent deux étapes. La première cherche à évaluer l'influence de chacune des cinq vulnérabilités sur l'appréciation de l'expérience de soins. Notre stratégie de modélisation consiste à concevoir un modèle spécifiant toutes les vulnérabilités et les variables de contrôle. Les variables s'avérant significatives sont retenues pour une nouvelle modélisation. Le nouveau modèle est raffiné en retirant les variables non significatives ; d'abord, les variables de contrôle et ensuite, les vulnérabilités. Cette étape se termine par l'analyse des variables uniquement significatives. Les tableaux 4.1.8 et 4.1.9 présentent les RC ajustés et les IC (95%) des composantes de l'expérience de soins qui sont significativement modifiées par les vulnérabilités. Ces RC sont ajustés pour les vulnérabilités et les variables de contrôle retenues dans le modèle final. Un  $RC > 1$  signifie que les personnes vulnérables sont plus nombreuses à exprimer une appréciation positive de cette composante de l'expérience de soins par rapport aux personnes non vulnérables. Pour la composante des besoins non comblés, c'est un  $RC < 1$  qui désigne une déclaration positive : les personnes vulnérables sont moins nombreuses à exprimer des besoins non comblés comparées aux personnes non vulnérables.

La deuxième vise l'évaluation de l'influence des vulnérabilités sur l'appréciation de l'expérience de soins en considérant les interactions entre chaque paire de vulnérabilités (10 interactions doubles). Nous ne tenons pas compte des interactions qui peuvent exister entre trois ou quatre des vulnérabilités voir entre les cinq vulnérabilités. D'une part, l'interprétation d'une interaction triple ou quadruple est plus difficile. D'autre part, la puissance de nos tests statistiques devient plus limitée à cause de faibles effectifs dans les cellules. Notre stratégie est de construire

un modèle spécifiant les cinq vulnérabilités, les cinq variables de contrôle et les 10 interactions doubles entre les vulnérabilités. Notre but est de vérifier dans quelle mesure l'ajout d'une deuxième vulnérabilité pour un individu augmentera ou, au contraire, atténuera l'effet de la première vulnérabilité sur son évaluation de l'expérience de soins. Les interactions doubles s'avérant significatives sont retenues pour une nouvelle modélisation. Cette nouvelle modélisation inclut les cinq vulnérabilités, les interactions doubles significatives en plus des cinq variables de contrôle. Ce modèle est raffiné graduellement en retirant les variables non significatives ; en premier lieu, les variables de contrôle, ensuite les vulnérabilités et finalement, les interactions doubles. Le raffinement se termine par un modèle ne contenant que des variables significatives. Les tableaux 4.1.10 et 4.1.11 regroupent les RC ajustés des composantes de l'expérience de soins qui sont significativement modifiées par les interactions doubles. Une interaction entre deux vulnérabilités est de quatre catégories (2x2). Dans une interaction significative, il suffit que les variations dans une seule catégorie de l'interaction soit significative. La catégorie de référence pour une interaction double regroupe toujours les personnes non vulnérables par rapport aux deux vulnérabilités en présence dans l'interaction. Par exemple, un  $RC > 1$  pour une relation touchant les personnes présentant à la fois les deux vulnérabilités biologique et matérielle signifie que ces personnes sont plus nombreuses à exprimer une appréciation positive de cette composante de l'expérience de soins comparativement aux personnes non vulnérables sur les deux plans biologiques et matériel. Dans les tableaux 4.1.8 à 4.1.11, la couleur bleue désigne une augmentation du nombre des personnes vulnérables qui ont une appréciation positive de leur expérience de soins, alors que la couleur rouge désigne une diminution de ce nombre.



## RÉSULTATS

### *Caractéristiques des participants*

**Tableau 4.1.4 :** Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les vulnérabilités (N=9 206)

<b>Vulnérabilités</b>	<b>Catégories</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Sanitaire	Vulnérable	3 844	41,8 %
	Non vulnérable	5 362	58,2 %
Biologique	Vulnérable	1 379	15,0 %
	Non vulnérable	7 827	85,0 %
Matérielle	Vulnérable	4 625	50,2 %
	Non vulnérable	4 581	49,8 %
Relationnelle	Vulnérable	5 690	61,8 %
	Non vulnérable	3 516	38,2 %
Culturelle	Vulnérable	1 580	17,2 %
	Non vulnérable	7 626	82,8 %

Le tableau 4.1.4 présente la répartition des participants (nombre et pourcentage) selon leurs vulnérabilités. Les vulnérabilités qui affectent le plus les participants sont les vulnérabilités relationnelle (61,8%), matérielle (50,2%) et sanitaire (41,8%).

**Tableau 4.1.5 :** Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les composantes de l'utilisation des services et des besoins non comblés de l'expérience de soins (N=9 206)

<b>Composantes de l'expérience de soins</b>	<b>Catégories</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Utilisation des services hospitaliers	Oui	1 411	15,3 %
	Non	7 795	84,7 %
Utilisation des services d'urgence	Oui	3 031	32,9 %
	Non	6 175	67,1 %
Besoins non comblés en services	Oui	1 704	18,5 %
	Non	7 502	81,5 %

**Tableau 4.1.6 :** Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les composantes de l'accessibilité, la continuité, la globalité, la réactivité et des résultats de l'expérience de soins

<b>Composante de l'expérience de soins</b>	<b>Catégories</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Accessibilité géographique et organisationnelle (N=6 685)	Appréciation positive	1 813	27,1 %
	Appréciation moins positive	4 872	72,9 %
Accessibilité économique N=6 680)	Appréciation positive	3 745	56,1 %
	Appréciation moins positive	2 935	43,9 %
Continuité d'affiliation (N=6 690)	Appréciation positive	2 643	39,5 %
	Appréciation moins positive	4 047	60,5 %
Continuité d'information (N=4 880)	Appréciation positive	2 095	42,9 %
	Appréciation moins positive	2 785	57,1 %
Globalité (N=6 690)	Appréciation positive	3 125	46,7 %
	Appréciation moins positive	3 565	53,3 %
Réactivité (N=6 690)	Appréciation positive	2 942	44,0 %
	Appréciation moins positive	3 748	56,0 %
Résultats (N=6 690)	Appréciation positive	2 744	41,0 %
	Appréciation moins positive	3 946	59,0 %

Le nombre de participants à répartir varie selon les composantes de l'expérience de soins. Il est de 9 206 pour les composantes de l'utilisation des services et des besoins non comblés (tableau 4.1.5) et de 6 690 pour les autres composantes (tableau 4.1.6). L'utilisation des services d'urgence est deux fois plus élevée que celle des services hospitaliers (32,9 % versus 15,3 %) alors que 18,5 % des personnes affirment avoir des besoins non comblés. L'appréciation positive de l'accessibilité géographique et organisationnelle est la moins fréquente. Elle est appréciée positivement par 27,1 % des personnes. Le pourcentage des personnes qui ont une appréciation positive des autres composantes de l'expérience de soins est plus élevé : entre 39,5 % et 56,1 %.

Enfin, nous ajoutons que l'échantillon est composé de 57,7 % de femmes et de 70,6 % de personnes qui ont un emploi (tableau 4.1.7 ci-dessous). La grande majorité des personnes ont une bonne ou excellente perception de leur état de santé (83,4 %) et de leur situation financière (83,4%).

**Tableau 4.1.7 :** Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les variables de contrôle (N=9 206)

<b>Variables de contrôle</b>	<b>Catégories</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Genre	Femme	5 311	57,7 %
	Homme	3 895	42,3 %
Perception de l'état de santé	Mauvaise/Moyenne	1 532	16,6 %
	Bonne/Très bonne/Excellente	7 674	83,4 %
Statut d'emploi	Libre	2 703	29,4 %
	Temps partiel/Temps plein	6 503	70,6 %
Perception de la situation financière	Pauvre/Très pauvre	1 531	16,6 %
	Suffisant/Aisé	7 675	83,4 %
Langue parlée à la maison	Autre	713	7,7 %
	Français ou anglais	8 493	92,3 %

***Influence de chacune des vulnérabilités sur l'appréciation de l'expérience de soins***

**Tableau 4.1.8 :** Rapports de cote (RC) ajustés et intervalles de confiance (95 %) de l'utilisation et des besoins non comblés de l'expérience de soins et des vulnérabilités (N=9 206)

Composantes de l'expérience de soins	Vulnérabilités des personnes <sup>1</sup>				
	Vulnérable sanitairement	Vulnérable biologiquement	Vulnérable matériellement	Vulnérable relationnellement	Vulnérable culturellement
Utilisation des services hospitaliers	1,491 1,31-1,696	<sup>2</sup>		0,605 0,533-0,687	
Utilisations des salles d'urgence	1,452 1,316-1,602	0,645 0,560-0,742	1,171 1,067-1,284	0,9 0,818-0,99	0,86 0,761-0,973
Besoins non comblés en services		0,332 0,255-0,432	0,656 0,586-0,734		

\* Variables de contrôle retenues dans le modèle : le genre, la perception de l'état de santé et le statut d'emploi.

\*\* Variables de contrôle retenues dans le modèle : la perception de l'état de santé et la perception de la situation financière.

\*\*\* Variables de contrôle retenues dans le modèle : le genre, la perception de l'état de santé, le statut d'emploi et la perception de la situation financière.

---

<sup>1</sup> La catégorie de référence pour chacune de cinq vulnérabilités regroupe les personnes qui ne sont pas vulnérables.

<sup>2</sup> Le modèle final ne contient que des variables significatives. Les cases vides dans les tableaux 4.1.8 et 4.1.9 signifient que la vulnérabilité concernée n'a pas été retenue dans le modèle final car elle s'avérait non significative lors des analyses (voir analyses statistiques).

**Tableau 4.1.9 :** Rapports de cote (RC) ajustés et intervalles de confiance (95 %) de l'accessibilité, de la continuité, de la globalité, de la réactivité et des résultats de services de l'expérience de soins et des vulnérabilités des personnes

Composantes de l'expérience de soins	Vulnérabilités des personnes				
	Vulnérable sanitairement	Vulnérable biologiquement	Vulnérable matériellement	Vulnérable relationnellement	Vulnérable culturellement
Accessibilité géographique/ organisationnelle (N= 6 685)		1,314 1,101-1,568	1,282 1,145-1,435		
Accessibilité économique (N=6 680)		1,478 1,273-1,716	1,465 1,326-1,62	1,133 1,021-1,258	
Continuité d'affiliation (N=6 690)	1,788 1,6-1,999	1,4 1,178-1,665		1,31 1,171-1,465	0,681 0,586-0,79
Continuité d'information (N=4 880)			1,284 1,14-1,447	1,161 1,025-1,314	0,713 0,603-0,843
Globalité (N=6 690)	1,151 1,036-1,279		1,244 1,124-1,377		0,713 0,603-0,843
Réactivité (N=6 690)	1,274 1,143-1,420	1,603 1,353-1,9	1,463 1,320-1,621		0,756 0,657-0,871
Résultats (N=6 690)	1,351 1,211-1,508	1,422 1,200-1,684	1,559 1,405-1,731		0,71 0,614-0,822

Variables de contrôle retenues dans le modèle final :

\* le genre, la perception de l'état de santé, le statut d'emploi et la perception de la situation financière.

\*\* : le genre et la perception de l'état de santé.

\*\*\* : la perception de l'état de santé, le statut d'emploi et la perception de la situation financière.

\*\*\*\* : la perception de l'état de santé, le statut d'emploi et la perception de la situation financière.

\*\*\*\*\* : la perception de l'état de santé, le statut d'emploi et la perception de la situation financière.

\*\*\*\*\* : la perception de l'état de santé et le statut d'emploi.

\*\*\*\*\* : le genre, la perception de l'état de santé, le statut d'emploi et la perception de la situation financière

Les analyses démontrent que l'appréciation de l'expérience de soins par les personnes varie selon leurs vulnérabilités. Les tableaux 4.1.8 et 4.1.9 regroupent les RC ajustés des composantes de l'expérience de soins qui sont significativement modifiées par les vulnérabilités des personnes. Les deux tableaux combinés révèlent l'existence d'une influence importante de chacune des vulnérabilités sur l'appréciation de l'expérience de soins et cela, en tenant compte des autres vulnérabilités et des variables de contrôle. En moyenne, les vulnérabilités influencent cinq à huit des 10 composantes de l'expérience de soins : la vulnérabilité matérielle est celle qui influence le plus les composantes (huit composantes), alors que la vulnérabilité relationnelle en influence le moins (cinq composantes).

Ces deux tableaux laissent clairement entrevoir que l'influence des vulnérabilités des personnes sur l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne est souvent positive. Les personnes vulnérables sont plus nombreuses à exprimer une appréciation positive de leur expérience de soins que les personnes non vulnérables. Sur un total de 32 RC significatifs, 23 R désignent une influence positive de la vulnérabilité qui affecte toutes les composantes de l'expérience de soins. Les personnes vulnérables matériellement sont celles qui expriment le plus fréquemment une appréciation positive de leur expérience de soins. Ces personnes apprécient positivement huit composantes de leur expérience de soins. Une exception est à noter. La vulnérabilité culturelle des personnes est associée négativement à l'appréciation de l'expérience de soins. Les six RC associés à la vulnérabilité culturelle désignent tous une influence négative de cette vulnérabilité sur l'appréciation de l'expérience de soins. Comparées aux personnes non vulnérables culturellement, les personnes vulnérables sur le plan culturel sont donc moins nombreuses à exprimer une appréciation positive de leur expérience de soins.

***Influence de l'interaction entre les vulnérabilités sur l'appréciation de l'expérience de soins***

**Tableau 4.1.10** : Rapports de cote (RC) ajustés et intervalles de confiance (95 %) de l'utilisation et des besoins non comblés de l'expérience de soins et des interactions entre les vulnérabilités des personnes (N=9 206)

<b>Composantes de l'expérience de soins</b>	<b>Interaction entre les vulnérabilités</b>	<b>RC</b>	<b>95 % IC</b>	<b>RC ajusté pour les vulnérabilités et variables de contrôle suivantes :</b>
Utilisation des services hospitaliers	Vulnérable sanitaire et relationnellement	0,945	0,798-1,119	La vulnérabilité biologique, le genre, la perception de l'état de santé et le statut d'emploi.
	Vulnérable sanitaire et non vulnérable relationnellement	1,182	0,972-1,438	
	Vulnérable relationnellement et non vulnérable sanitaire	0,505	0,423-0,603	
	Non vulnérable sanitaire, ni relationnellement = Référence			
Utilisation des salles d'urgence	Vulnérable biologiquement et matériellement	0,705	0,601-0,826	La vulnérabilité sanitaire, la vulnérabilité relationnelle, la vulnérabilité culturelle, la perception de l'état de santé et la perception de la situation financière.
	Vulnérable biologiquement et non vulnérable matériellement	0,779	0,609-0,997	
	Vulnérable matériellement et non vulnérable biologiquement	1,233	1,117-1,358	
	Non vulnérable biologiquement, ni matériellement = Référence			
Besoins non comblés en services	Vulnérable sanitaire et relationnellement	0,94	0,8-1,104	La vulnérabilité biologique, la vulnérabilité matérielle, la vulnérabilité culturelle, le genre, la perception de l'état de santé, le statut d'emploi et la perception de la situation financière.
	Vulnérable sanitaire et non vulnérable relationnellement	1,253	1,048-1,499	
	Vulnérable relationnellement et non vulnérable sanitaire	0,986	0,858-1,132	
	Non vulnérable sanitaire, ni relationnellement = Référence			
	Vulnérable sanitaire et culturellement	0,98	0,752-1,276	
Vulnérable sanitaire et non vulnérable culturellement	1,123	0,986-1,279	La vulnérabilité biologique, la vulnérabilité matérielle, la vulnérabilité relationnelle, le genre, la perception de l'état de santé, le statut d'emploi et la perception de la situation financière	
Vulnérable culturellement et non vulnérable sanitaire	1,18	1,001-1,391		
	Non vulnérable sanitaire, ni relationnellement = Référence			



**Tableau 4.1.11:** Rapports de cote (RC) ajustés et intervalles de confiance (95 %) de l'accessibilité géographique et organisationnelle, de la continuité d'affiliation, de la continuité d'information, de la réactivité et des résultats de l'expérience de soins et des interactions entre les vulnérabilités

Composantes de l'expérience de soins	Interaction entre les vulnérabilités	RC	95 % IC	RC ajusté pour les vulnérabilités et variables de contrôle suivantes :
Accessibilité géographique et organisationnelle (N=6 685)	Vulnérable biologiquement et matériellement	1,59	1,294-1,953	Le genre, la perception de l'état de santé, le statut d'emploi et la perception de la situation financière.
	Vulnérable biologiquement et non vulnérable matériellement	1,778	1,34-2,36	
	Vulnérable matériellement et non vulnérable biologiquement	1,363	1,207-1,54	
	Non vulnérable biologiquement, ni matériellement = Référence			
Continuité d'affiliation (N=6 690)	Vulnérable biologiquement et relationnellement	1,805	1,495-2,179	La vulnérabilité sanitaire, la vulnérabilité culturelle, la perception de l'état de santé, le statut d'emploi et la perception de la situation financière.
	Vulnérable biologiquement et non vulnérable relationnellement	2,435	1,357-4,367	
	Vulnérable relationnellement et non vulnérable biologiquement	1,34	1,195-1,502	
	Non vulnérable biologiquement, ni relationnellement = Référence			
	Vulnérable sanitairement et biologiquement	2,44	2,013-2,957	La vulnérabilité relationnelle, la vulnérabilité culturelle, la perception de l'état de santé, le statut d'emploi et la perception de la situation financière.
	Vulnérable sanitairement et non vulnérable biologiquement	1,841	1,638-2,069	
	Vulnérable biologiquement et non vulnérable sanitairement	1,788	1,266-2,523	
	Non vulnérable sanitairement, ni biologiquement = Référence			
	Vulnérable sanitairement et relationnellement	2,329	2,004-2,708	La vulnérabilité biologique, la vulnérabilité culturelle, la perception de l'état de santé, le statut d'emploi et la perception de la situation financière.
	Vulnérable sanitairement et non vulnérable relationnellement	1,647	1,381-1,964	
	Vulnérable relationnellement et non vulnérable sanitairement	1,238	1,071-1,432	
	Non vulnérable sanitairement, ni relationnellement = Référence			
Continuité d'affiliation	Vulnérable sanitairement et culturellement	1,607	1,276-2,024	La vulnérabilité biologique, la vulnérabilité relationnelle, la

(N=6 690)	Vulnérable sanitaire et non vulnérable culturellement	1,64	1,457-1,846	perception de l'état de santé, le statut d'emploi et la perception de la situation financière.
	Vulnérable culturellement et non vulnérable sanitaire	0,511	0,415-0,628	
	Non vulnérable sanitaire, ni relationnellement = Référence			
Continuité d'information (N=4 880)	Vulnérable sanitaire et culturellement	0,984	0,763-1,269	La vulnérabilité matérielle, la vulnérabilité relationnelle, la perception de l'état de santé, le statut d'emploi et la perception de la situation financière.
	Vulnérable sanitaire et non vulnérable culturellement	1,063	0,930-1,215	
	Vulnérable culturellement et non vulnérable sanitaire	0,589	0,468-0,741	
	Non vulnérable sanitaire, ni relationnellement = Référence			
Réactivité (N=6 690)	Vulnérable biologiquement et matériellement	2,223	1,824-2,709	La vulnérabilité sanitaire, la vulnérabilité culturelle, la perception de l'état de santé et le statut d'emploi.
	Vulnérable biologiquement et non vulnérable matériellement	2,021	1,532-2,666	
	Vulnérable matériellement et non vulnérable biologiquement	1,525	1,366-1,702	
	Non vulnérable biologiquement, ni matériellement = Référence			
Résultats (N=6 690)	Vulnérable biologiquement et matériellement	2,115	1,738-2,575	La vulnérabilité sanitaire, la vulnérabilité culturelle, le genre, la perception de l'état de santé, le statut d'emploi et la perception de la situation financière
	Vulnérable biologiquement et non vulnérable matériellement	1,77	1,345-2,329	
	Vulnérable matériellement et non vulnérable biologiquement	1,624	1,452-1,816	
	Non vulnérable biologiquement, ni matériellement = Référence			

Les analyses indiquent que les interactions entre les multiples vulnérabilités de la personne modifient l'effet de la vulnérabilité sur l'appréciation de l'expérience de soins. Les tableaux 4.1.10 et 4.1.11 présentent les RC ajustés des composantes de l'expérience de soins et des interactions entre les vulnérabilités. Selon ces deux tableaux, les interactions impliquent les cinq vulnérabilités des personnes et affectent toutes les composantes de l'expérience de soins à l'exception de l'accessibilité économique et la globalité. Ainsi, ce sont les vulnérabilités sanitaire et biologique qui viennent interagir avec les autres vulnérabilités. La vulnérabilité sanitaire interagit avec trois des quatre vulnérabilités : biologique, relationnelle et culturelle. En plus de son interaction avec la vulnérabilité sanitaire, la vulnérabilité biologique interagit avec les vulnérabilité matérielle et relationnelle.

Selon les analyses, l'effet d'une vulnérabilité sur l'appréciation de l'expérience de soins est souvent modifié par la présence d'une deuxième vulnérabilité chez la personne. Souvent, la deuxième vulnérabilité interagit positivement avec la première et accroît la probabilité de déclarer une appréciation positive de l'expérience de soins par les personnes vulnérables, surtout sur le plan sanitaire. Sauf quelques exceptions, les RC pour les personnes présentant les deux vulnérabilités impliquées dans l'interaction sont plus élevés que ceux pour les personnes présentant l'une ou l'autre des deux vulnérabilités. Les personnes à la fois vulnérables biologiquement et matériellement qui donnent leur appréciation de la réactivité et des résultats des services sont plus nombreuses à exprimer une appréciation positive de ces composantes comparées aux deux groupes : les personnes vulnérables soit seulement sur le plan biologique ou le plan matériel. Le même profil est observé chez les personnes vulnérables sanitaire et biologiquement et les personnes vulnérables sanitaire et relationnellement lorsqu'elles donnent leur appréciation de la continuité d'affiliation.

Une observation intéressante est à souligner pour ce qui est des interactions impliquant les vulnérabilités sanitaire et culturelle et ce, pour les appréciations des besoins non-comblés et des continuités d'affiliation et d'information. En fait, la présence simultanée de la vulnérabilité sanitaire annule l'influence négative de la vulnérabilité culturelle observée lorsqu'elle est prise en compte d'une façon indépendante. Ainsi, les RC pour les personnes présentant simultanément les vulnérabilités sanitaire et culturelle sont égaux aux RC pour les personnes présentant

uniquement la vulnérabilité sanitaire ; cependant, ils sont plus élevés que ceux pour les personnes présentant exclusivement la vulnérabilité culturelle. Donc, les personnes vulnérables culturellement ont plus de chance d'avoir une appréciation positive de leur expérience de soins de première ligne lorsqu'elles sont également vulnérables sanitaire.

## **DISCUSSION**

Cette étude s'intéresse aux effets de cinq types de vulnérabilité des personnes sur l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne : sanitaire, biologique, matérielle, relationnelle et culturelle. Notre hypothèse était que la vulnérabilité comme facteur de risque à une mauvaise santé est aussi un facteur de risque à une mauvaise appréciation de l'expérience de soins de première ligne. Or, les résultats révèlent l'inverse : la vulnérabilité est un facteur de protection d'une mauvaise appréciation de l'expérience de soins de première. Ces résultats sont réconfortants : dans le contexte d'un système universel de soins, les personnes qui sont plus susceptibles d'être malades à cause de leurs caractéristiques sociodémographiques ou de leurs vulnérabilités sont plus susceptibles d'avoir une bonne appréciation de leur expérience de soins.

L'objectif général de cette étude d'examiner la relation entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins de première ligne dans le contexte d'un système universel de soins. Cette étude montre une association généralement positive entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins à l'exception de la vulnérabilité culturelle. Autrement dit, les personnes vulnérables ont plus souvent une appréciation positive de leur expérience de soins de première ligne que les personnes non-vulnérables, sauf les personnes vulnérables culturellement. Les personnes vulnérables matériellement ont l'appréciation positive la plus fréquente de leur expérience de soins de première ligne dans le contexte d'un système universel de soins. Cette étude révèle aussi que l'appréciation de l'expérience de soins est le résultat non seulement des effets indépendants des vulnérabilités, mais aussi de l'interaction existante entre les multiples vulnérabilités présentes chez la personne. Notamment, l'influence d'une vulnérabilité sur l'appréciation de l'expérience de soins est modifiée lorsqu'une deuxième vulnérabilité est simultanément présente chez la personne. C'est surtout la présence simultanée de la vulnérabilité sanitaire qui interagit positivement avec la première vulnérabilité et accroît la chance d'une appréciation positive de l'expérience de soins

par les personnes vulnérables. Les personnes vulnérables culturellement ont une appréciation positive plus fréquente de leur expérience de soins lorsqu'elles sont aussi vulnérables sanitairelement.

Trois implications essentielles ressortent de l'analyse. La première est que l'appréciation de l'expérience de soins est mieux abordée et décrite lorsqu'on considère de multiples vulnérabilités des personnes. La deuxième est que pour une meilleure compréhension des variations dans l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne, il serait également opportun, de considérer simultanément l'influence indépendante des vulnérabilités ainsi que l'influence de l'interaction existante entre elles. De nombreuses études confirment l'existence des variations dans l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne en fonction des vulnérabilités des personnes dans le contexte d'un système universel de soins (Campbell et al., 2001; Kontopantelis et al., 2010; Lyratzopoulos et al., 2012; Solheim et Garratt, 2013). Les résultats de ces études peuvent être biaisés car ils ne tiennent pas compte de l'effet de l'interaction entre les vulnérabilités elles-mêmes. La troisième implication est qu'il faut tenir compte de la présence d'un problème de santé dans les stratégies d'amélioration de l'appréciation de l'expérience de soins des personnes vulnérables sur le plan culturel. Une personne vulnérable culturellement a plus de chance d'apprécier positivement son expérience de soins lorsqu'elle est malade. Ce constat corrobore les résultats d'une rare étude aux États-Unis sur le rôle de la maladie dans les inégalités ethniques en accès aux soins parmi les bénéficiaires de Medicare (Orr, Elliott, Burkhart, Haviland et Weinick, 2013). Elle révèle que les disparités dans l'obtention des soins entre les Blancs non-hispaniques et les autres groupes ethniques sont les plus importantes parmi les bénéficiaires n'ayant pas de problèmes de santé majeurs (Orr et al., 2013). En revanche, les disparités sont moins importantes chez les bénéficiaires ayant une charge de morbidité plus importante. La présence d'une maladie atténue donc les disparités ethniques ou culturelles. Cela souligne également l'importance de faire attention aux personnes vulnérables culturellement qui n'ont pas de problèmes de santé. On ne connaît pas les raisons qui expliquent cet effet de la maladie. Selon les auteurs de l'étude, cela peut être en raison d'une meilleure intégration des soins dans le système de soins obtenue par la gestion de problèmes de santé (Orr et al., 2013). Des recherches supplémentaires sont donc nécessaires pour mieux comprendre les variations dans l'appréciation de l'expérience de soins des personnes vulnérables culturellement en lien avec le processus de prestation des soins. Il faut s'assurer que

les fournisseurs de soins de première ligne prodiguent des soins adéquats aux patients qu'ils aient un problème majeur de santé ou non.

Dans l'introduction, nous avons mentionné que les résultats scientifiques démontrent que les associations entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins sont plutôt négatives aux États-Unis où le système de soins est d'orientation privée. À l'inverse, nos analyses montrent que dans le contexte d'un système universel de soins comme celui qu'on retrouve au Québec, ces associations sont au contraire davantage positives. Toutefois, seule la vulnérabilité culturelle semble avoir une influence négative sur l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne aux États-Unis et dans le contexte d'un système universel de soins. Or, une étude américaine menée par Chen et al. (2016) a démontré que les disparités ethniques d'accès aux soins ont été réduite de manière significative au cours de premières années de mise en œuvre de la loi sur l'*Affordable Care Acte (ACA)* (Loi sur les soins abordables) en 2014 qui a élargi l'accès aux soins et obligé les personnes à souscrire une assurance maladie aux États-Unis (Chen, Vargas-Bustamante, Mortensen et Ortega, 2016). Cette analyse soulève une question très importante : est-ce que l'influence des vulnérabilités des personnes sur l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne est aussi reliée aux caractéristiques du système de soins dont le mode de financement ?

L'équité du système de soins peut être exprimée horizontalement ou bien verticalement (Dahrouge et al., 2013 ; Macinko et Starfield, 2002). Dans le premier cas, il s'agit de la fourniture de soins similaires pour les personnes qui ont des besoins similaires. Dans le deuxième cas, c'est plutôt la prestation de plus de soins pour les personnes qui ont plus de besoins. Dans la présente étude, les différences observées profitent aux personnes vulnérables comparativement aux personnes non vulnérables. On peut alors penser que le système de soins québécois est verticalement équitable face aux vulnérabilités des personnes. Au Québec, ce sont surtout les personnes vulnérables matériellement qui sont le plus fréquemment susceptibles d'afficher une bonne appréciation de leur expérience de soins de première ligne. Cela est très réconfortant pour un système universel de soins dont l'objectif principal est de réduire les inégalités dans l'accès aux soins en fonction des inégalités socioéconomiques (Bowen, 2001; Joumard, André, Nicq et Chatal, 2008; Organisation mondiale de la Santé, 2000). Cependant, l'équité du système québécois

pourrait être meilleure face aux personnes vulnérables culturellement. La responsabilité des systèmes de soins est de répondre aux attentes légitimes des personnes. Il est donc attendu que les personnes vulnérables culturellement ou immigrantes soient traitées de la même façon, qu'elles soient malades ou non.

Plusieurs limites potentielles pourraient être mises en évidence dans cette étude. La première est que les résultats se fondent sur la perception des personnes interviewées. On ne sait pas si les personnes apprécient leur expérience de soins liée à la gestion de leur condition de soins de première ligne ou bien à d'autres conditions (Lyrtzopoulos et al., 2012). Cela, par contre, peut être considéré comme un élément fort de l'étude, car l'utilisateur ou le patient est le meilleur informateur de son propre processus de soins et le meilleur juge, et ce en fonction de ses propres conditions. La deuxième est que l'enquête téléphonique populationnelle a exclu les ménages sans téléphone résidentiel. Parmi les ménages sélectionnés, les individus qui ne parlent ni le français, ni l'anglais et ceux souffrant d'une incapacité les empêchant de répondre au téléphone ont aussi été exclus. On ne sait pas à quel degré ces personnes peuvent avoir une appréciation de leur expérience de soins différente de celle des participants à l'étude. Les résultats de cette enquête pourraient ne pas être généralisables à toute la population dans les deux régions de l'étude.

La troisième limite est que la vérification des interactions entre les cinq vulnérabilités s'est limitée aux interactions entre deux vulnérabilités alors que des analyses exploratoires ont démontré des interactions significatives entre trois vulnérabilités voire même quatre. Deux raisons justifient ce choix. D'abord, la lacune constatée dans la littérature quant aux hypothèses ou données empiriques pouvant guider notre choix sur les interactions reste à tester. S'ajoute à cela, le faible nombre de sujets dans certaines cellules. Toutefois, le fait d'avoir centré cette étude sur les interactions entre deux vulnérabilités représente aussi l'une de ses forces : c'est surtout la vulnérabilité sanitaire qui vient renforcer l'effet positif de la première vulnérabilité.

## **CONCLUSION**

Cette étude constitue une avenue prometteuse dans l'analyse des variations dans l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne qui tient compte de multiples vulnérabilités des personnes, l'influence respective de chacune des vulnérabilités et l'influence des

interactions. Elle fournit une meilleure compréhension des variations dans l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne des personnes en fonction de leurs vulnérabilités et aide à une meilleure prise de décision, surtout dans ce contexte de croissance continue des populations vulnérables au Québec et ailleurs dans le monde. La vulnérabilité est un facteur de protection d'une mauvaise appréciation de l'expérience de soins de première ligne dans le contexte d'un système universel de soins.

***Historique de publication :***

Cet article a été soumis pour la revue scientifique *International Journal of Health Services* le 15 août 2017. Il a été accepté pour publication le 13 février 2018. Il a été publié la première fois en mai 2018. L'article est accessible sur l'adresse suivante :

<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0020731418768186>

***Pour citer l'article :***

Haidar, O. M., Lamarche, P. A., Levesque, J.-F., & Pampalon, R. (2018). The Influence of Individuals' Vulnerabilities and Their Interactions on the Assessment of a Primary Care Experience. *International Journal of Health Services*, 48(4), 798–819.



## BIBLIOGRAPHIE

- Aday, L. A. (1993). *At risk in America: the health and health care needs of vulnerable populations in the United States*. (1<sup>e</sup> éd.). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Aday, L. A. (1994). Health status of vulnerable populations. *Annu Rev Public Health*, 15, 487-509. doi: 10.1146/annurev.pu.15.050194.002415
- Aday, L. A. (2001). *At risk in America: The health and health care needs of vulnerable populations in the United States* (2<sup>e</sup> éd.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Adler, N. E. et Newman, k. (2002). Socioeconomic Disparities in Health: Pathways and Policies *Health Affairs*, 21(2), 60-76.
- Akhavan, S. et Tillgren, P. (2015). Client/patient perceptions of achieving equity in primary health care: a mixed methods study. *Int J Equity Health*, 14, 65-65. doi: 10.1186/s12939-015-0196-5
- Andersen, R. et Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*, 51(1), 95-124.
- Asada, Y. et Kephart, G. (2007). Equity in health services use and intensity of use in Canada. *BMC Health Serv Res*, 7, 41. doi: 10.1186/1472-6963-7-41
- Becker, E. R., Hockenberry, J. M., Bae, J. M., Avgar, A. C., Liu, S. S., Wilson, I. et Milstein, A. (2014). Factors in patients' experience of hospital care: Evidence from California, 2009–2011. *Patient Exp J*, 1(1), 95-110.
- Berra, S., Tebé, C., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., Auquier, P., Detmar, S., . . . European KIDSCREEN group. (2009). Correlates of use of health care services by children and adolescents from 11 European countries. *Med Care*, 47(2), 161-167. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181844e09
- Bertakis, K. D. (2009). The influence of gender on the doctor–patient interaction. *Patient Education and Counseling*, 76(3), 356-360. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.022>
- Berz, J. P. B., Johnston, K., Backus, B., Doros, G., Rose, A. J., Pierre, S. et Battaglia, T. A. (2009). The influence of black race on treatment and mortality for early-stage breast cancer. *Medical Care*, 47(9), 986-992. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181819e1f2b
- Black, D. (1980). *Inequalities in Health*. Report of a research working group. London: DHSS.
- Blackwell, D. L., Martinez, M. E., Gentleman, J. F., Sanmartin, C. et Berthelot, J. M. (2009). Socioeconomic status and utilization of health care services in Canada and the United

- States: Finding from a binational health survey. *Med Care*, 47(11), 1136-1146. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181adcbe9
- Bleich, S. N., Ozaltin, E. et Murray, C. J. L. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience ? *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 271-278.
- Blendon, R. J., Schoen, C., DesRoches, C., Osborn, R. et Zapert, K. (2003). Common concerns amid diverse systems: health care experiences in five countries. *Health Aff (Millwood)*, 22(3), 106-121.
- Blendon, R. J., Schoen, C., DesRoches, C. M., Osborn, R., Scoles, K. L. et Zapert, K. (2002). Inequities in health care: a five-country survey. *Health Aff (Millwood)*, 21(3), 182-191.
- Blumenthal, D., Mort, E. et Edwards, J. (1995). The efficacy of primary care for vulnerable population groups. *Health Serv Res*, 30(1, Part 2), 253-273.
- Bowen, S. (2001). Access to health services for underserved populations in Canada dans : "Certain Circumstances" Issues in Equity and Responsiveness in Access to Health Care in Canada. A collection of papers and reports prepared for Health Canada: Santé Canada.
- Campbell, J. L., Ramsay, J. et Green, J. (2001). Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. *Qual Health Care*, 10(2), 90-95.
- Chandra, A. (2009). Who you are and where you live: Race and the geography of healthcare. *Medical Care*, 47(2), 135-137.
- Chen, J., Vargas-Bustamante, A., Mortensen, K. et Ortega, A. N. (2016). Racial and Ethnic Disparities in Health Care Access and Utilization Under the Affordable Care Act. *Med Care*, 54(2), 140-146. doi: 10.1097/mlr.0000000000000467
- Coleman, C. H. (2009). Vulnerability as a regulatory category in human subject research. *J Law Med Ethics*(1), 12-18. doi: 10.1111/j.1748-720X.2009.00346.x
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2011). L'expérience de soins de la population : le Québec comparé - Résultats de l'enquête internationale du Commonwealth Fund de 2010 auprès de la population de 18 ans et plus. Repéré à [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010/CWF/csbe\\_CWF2010.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010/CWF/csbe_CWF2010.pdf)
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2012). L'expérience de soins des personnes présentant les plus grands besoins de santé : le Québec comparé - Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2011. Repéré à [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2011/CWF/csbe\\_CWF2011.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2011/CWF/csbe_CWF2011.pdf)

- Commissaire à la santé et au bien-être. (2014). 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 2013. Repéré à [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/CWF/CSBE\\_CWF\\_2016\\_Rapport\\_Resultats.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/CWF/CSBE_CWF_2016_Rapport_Resultats.pdf)
- Dahrouge, S., Hogg, W., Ward, N., Tuna, M., Devlin, R. A., Tugwell, P. et Pottie, K. (2013). Delivery of primary health care to persons who are socio-economically disadvantaged: does the organizational delivery model matter ? *BMC Health Serv Res*, 13, 517. doi: 10.1186/1472-6963-13-517
- Dallo, F. J., Borrell, L. N. et Williams, S. L. (2008). Nativity status and patient perceptions of the patient-physician encounter: Results from the Commonwealth Fund 2001 survey on disparities in quality of health care. *Medical Care*, 46(2), 185-191. doi: 10.1097/MLR.0b013e318158af29
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of medical care administration: Specifying requirements for health care*. Cambridge: Harvard University Press.
- Economou, A., Nikolaou, A. et Theodossiou, I. (2008). Socioeconomic status and health-care utilization: A study of the effects of low income, unemployment and hours of work on the demand for health care in the European Union. *Health Services Management Research*, 21(1), 40-59. doi: 10.1258/hsmr.2007.007013
- Elliott, M., Haviland, A., Orr, N., Hambarsoomian, K. et Cleary, P. (2011). How do the experiences of Medicare beneficiary subgroups differ between managed care and original Medicare? *Health Services Research*, 46(4), 1039-1058. doi: 10.1111/j.1475-6773.2011.01245.x
- Elliott, M. N., Haviland, A. M., Kanouse, D. E., Hambarsoomian, K. et Hays, R. D. (2009). Adjusting for subgroup differences in extreme response tendency in ratings of health Care: Impact on disparity estimates. *Health Services Research*, 44(2 Pt 1), 542-561. doi: 10.1111/j.1475-6773.2008.00922.x
- Elliott, M. N., Lehrman, W. G., Beckett, M. K., Goldstein, E., Hambarsoomian, K. et Giordano, L. A. (2012). Gender differences in patients' perceptions of inpatient care. *Health Services Research*, 47(4), 1482-1501. doi: 10.1111/j.1475-6773.2012.01389.x
- Elliott, M. N., Lehrman, W. G., Goldstein, E., Hambarsoomian, K., Beckett, M. K. et Giordano, L. A. (2010). Do hospitals rank differently on HCAHPS for different patient subgroups? *Med Care Res Rev*, 67(1), 56-73. doi: 10.1177/1077558709339066
- Fiscella, K. et Shin, P. (2005). The inverse care law: implications for healthcare of vulnerable populations. *J Ambul Care Manage*, 28(4), 304-312.

- Glazier, R., Tepper, J., Agha, M., Moineddin, R. et Institute for Clinical Evaluative Sciences. (2006). Primary care in disadvantaged populations. In: Primary care in Ontario: ICES Atlas. Repéré à [http://www.jcb.utoronto.ca/people/publications/PC\\_atlas\\_complete.pdf](http://www.jcb.utoronto.ca/people/publications/PC_atlas_complete.pdf)
- Grabovschi, C., Loignon, C. et Fortin, M. (2013). Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 13, 94-94. doi: 10.1186/1472-6963-13-94
- Grady, C. (2009). Vulnerability in Research: Individuals with Limited Financial and/or Social Resources. *journal of law, medicine & ethics, Vulnerability in biomedical research, spring 2009*, 19-27.
- Granados, J. A. (2013). Health at advanced age: Social inequality and other factors potentially impacting longevity in nine high-income countries. *Maturitas*, 74(2), 137-147. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.11.013>
- 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), 1056-1057.
- 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. *Ann Fam Med*, 6(2), 116-123. doi: 10.1370/afm.802
- Hefford, M., Crampton, P. et Foley, J. (2005). Reducing health disparities through primary care reform : the New Zealand experiment. *Health Policy*, 72(1), 9-23. doi: 10.1016/j.healthpol.2004.06.005
- Hiotis, K., Ye, W., Sposto, R., Goldberg, J., Mukhi, V. et Skinner, K. (2005). The importance of location in determining breast conservation rates. *The American Journal of Surgery*, 190(1), 18-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2004.12.002>
- Houle, C., Sanmartin, C., Berthelot, J. M., Tremblay, S. et Statistique Canada. (2002). Rapports sur la santé - Besoins non satisfaits de soins de santé : évolution. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2001003/article/6101-fra.pdf>
- Joumard, I., André, C., Nicq, C. et Chatal, O. (2008). Health Status Determinants : Lifestyle, Environment, Health Care Resources: OCDE.
- Keenan, P. S., Elliott, M. N., Cleary, P. D., Zaslavsky, A. M. et Landon, B. E. (2009). Quality assessments by sick and healthy beneficiaries in traditional Medicare and Medicare managed care. *Medical Care*, 47(8), 882-888. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181a39415

- Kontopantelis, E., Roland, M. et Reeves, D. (2010). Patient experience of access to primary care: Identification of predictors in a national patient survey *BMC Family Practice*, 11, 61. doi: 10.1186/1471-2296-11-61
- Lamarche, P., Beaulieu, M.-D., Pineault, R., Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Haggerty, J., . . . Santé Canada. (2003). Sur la voie du changement : pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada. Repéré à [http://www.getoss.enap.ca/GETOSS/Publications/Lists/Publications/Attachments/420/Sur\\_la\\_voie\\_2003.pdf](http://www.getoss.enap.ca/GETOSS/Publications/Lists/Publications/Attachments/420/Sur_la_voie_2003.pdf)
- Leon, D. et Walt, G. (2000). *Poverty, inequality and health: An international perspective*. Oxford: Oxford University Press.
- Levesque, J. F., Pineault, R., Hamel, M., Roberge, D., Kapetanakis, C., Simard, B., . . . Centre de recherche de l'hôpital LeMoyne. (2007). Les besoins non comblés de services médicaux : un reflet de l'accessibilité des services de première ligne. Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/709\\_cahier\\_thematique\\_bnc.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/709_cahier_thematique_bnc.pdf)
- Levesque, J. F., Pineault, R., Kapetanakis, C., Hamel, M., Roberge, D., Robert, L. et Simard, B. (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., Simard, B., Roberge, D., Hamel, M., Kapetanakis, C., . . . Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoyne. (2007). L'expérience de soins de la population : portrait des variations intra-régionales à Montréal et en Montérégie. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/628-ExperienceDeSoinsDeLaPopulation-Resume.pdf>
- Loeb, D. F., Binswanger, I. A., Candrian, C. et Bayliss, E. A. (2015). Primary care physician insights into a typology of the complex patient in primary care. *Ann Fam Med*, 13(5), 451-455. doi: 10.1370/afm.1840
- Lyratzopoulos, G., Elliott, M., Barbieri, J. M., Henderson, A., Staetsky, L., Paddison, C., . . . Roland, M. (2012). Understanding ethnic and other socio-demographic differences in patient experience of primary care: evidence from the English General Practice Patient Survey. *BMJ Qual Saf*, 21(1), 21-29. doi: 10.1136/bmjqs-2011-000088
- Macinko, J. et Starfield, B. (2002). Annotated bibliography on equity in health, 1980-2001. *Int J Equity Health*, 1(1), 1. doi: 10.1186/1475-9276-1-1
- Macinko, J., Starfield, B. et Shi, L. (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organisation for Economic Cooperation and Development (OCDE) counties, 1970-1998. *Health Services Research*, 38 (3), 831-865.

- McGrail, K. M., Van Doorslaer, E., Ross, N. A. et Sanmartin, C. (2009). Income-related health inequalities in Canada and the United States: A decomposition analysis. *Am J Public Health*, 99(10), 1856-1863. doi: 10.2105/ajph.2007.129361
- Mead, N. et Roland, M. (2009). Understanding why some ethnic minority patients evaluate medical care more negatively than white patients: A cross sectional analysis of a routine patient survey in English general practices. *BMJ*, 339. doi: 10.1136/bmj.b3450
- Mechanic, D. et Tanner, J. (2007). Vulnerable people, groups, and populations: Societal View. *Health Aff (Millwood)*, 26(5), 1220-1230. doi: 10.1377/hlthaff.26.5.1220
- 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. *Canadian Family Physician Médecin De Famille Canadien*, 60(1), e24-e31.
- Nyamathi, A. (1998). Vulnerable populations: a continuing nursing focus. *Nurs Res*, 47(2), 65-66.
- Organisation mondiale de la Santé. (2000). Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant. Repéré à [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_fr.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_fr.pdf?ua=1)
- Organisation mondiale de la Santé (2008). *Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*. Genève, Suisse: OMS.
- Orr, N., Elliott, M. N., Burkhart, Q., Haviland, A. et Weinick, R. M. (2013). Racial/Ethnic differences in Medicare experiences and immunization: the role of disease burden. *Med Care*, 51(9), 823-831. doi: 10.1097/MLR.0b013e31829c8d77
- Pampalon, R., Hamel, D., Gamache, P. et Raymond, G. (2009). Un indice de défavorisation pour la planification de la santé au Canada. *Maladies chroniques au Canada*, 29(4), 199-213.
- Penchansky, R. et Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140.
- Pineault, R. et Daveluy, C. (1996). *La planification de la santé : concepts, méthodes et stratégies*. Montréal, Québec: Éditions Nouvelles.
- Pineault, R., Levesque, J. F., Roberge, D., Hamel, M., Lamarche, P., Haggerty, J., . . . Centre de recherche Hôpital Charles LeMoine. (2008). L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec : rapport de recherche. Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/777\\_ServicesPremLignes.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/777_ServicesPremLignes.pdf)
- Price, R. A., Haviland, A. M., Hambarsoomian, K., Dembosky, J. W., Gaillot, S., Weech-Maldonado, R., . . . Elliott, M. N. (2015). Do experiences with Medicare managed care

- vary according to the proportion of same-race/ethnicity/language individuals enrolled in one's contract? *Health Services Research*, 50(5), 1649-1687. doi: 10.1111/1475-6773.12292
- Purdy, I. B. (2004). Vulnerable: A concept analysis. *Nurs Forum*, 39(4), 25-33.
- Quesnel-Vallée, A., Luchenski, S. et Lynch, J. (2008). Differences between women's and men's socioeconomic inequalities in health: longitudinal analysis of the Canadian population, 1994-2003 *J Epidemiol Community Health*, 62(12), 1036-1044. doi: 10.1136/jech.2007.068908
- Reid, R. J., Mckendry, R., Haggerty, J. et Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2002). Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins : rapport final. Repéré à [http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr\\_contcare\\_f.pdf](http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_f.pdf)
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 65-72.
- Rothman, K. J., Gallacher, J. E. J. et Hatch, E. E. (2013). Why representativeness should be avoided. *International Journal of Epidemiology*, 42(4), 1012-1014. doi: 10.1093/ije/dys223
- Sanmartin, C. et Ross, N. A. (2006). Experiencing difficulties accessing first-contact health services in Canada: Canadians without regular doctors and recent immigrants have difficulties accessing first-contact healthcare services. Reports of difficulties in accessing care vary by age, sex and region. *Healthcare Policy*, 1(2), 103-119.
- Schoen, C., Davis, K., DesRoches, C., Donelan, K. et Blendon, R. (2000). Health insurance markets and income inequality: findings from an international health policy survey. *Health Policy*, 51(2), 67-85.
- Schoen, C. et Doty, M. M. (2004). Inequities in access to medical care in five countries: findings from the 2001 Commonwealth Fund International Health Policy Survey. *Health Policy*, 67(3), 309-322. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2003.09.006>
- Schoen, C., Osborn, R., Doty, M. M., Bishop, M., Peugh, J. et Murukutla, N. (2007). Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. *Health Aff (Millwood)*, 26(6), w717-734. doi: 10.1377/hlthaff.26.6.w717
- Schoen, C., Osborn, R., How, S. K., Doty, M. M. et Peugh, J. (2009). In chronic condition: experiences of patients with complex health care needs, in eight countries, 2008. *Health Aff (Millwood)*, 28(1), w1-16. doi: 10.1377/hlthaff.28.1.w1

- Schoen, C., Osborn, R., Huynh, P. T., Doty, M., Davis, K., Zapert, K. et Peugh, J. (2004). Primary care and health system performance: adults' experiences in five countries. *Health Aff (Millwood), Suppl Web Exclusives*, W4-487-503. doi: 10.1377/hlthaff.w4.487
- Schoen, C., Osborn, R., Huynh, P. T., Doty, M., Zapert, K., Peugh, J. et Davis, K. (2005). Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. *Health Aff (Millwood), Suppl Web Exclusives*, W5-509-525. doi: 10.1377/hlthaff.w5.509
- Shengelia, B., Tandon, A., Adams, O. B. et Murray, C. J. (2005). Access, utilization, quality, and effective coverage: An integrated conceptual framework and measurement strategy. *Social Science & Medicine*, 61(1), 97-109.
- Shi, L., Forrest, C. B., Von Schrader, S. et Ng, J. (2003). Vulnerability and the patient-practitioner relationship: the roles of gatekeeping and primary care performance. *Am J Public Health*, 93(1), 138-144.
- Shi, L. et Stevens, G. D. (2005). Vulnerability and unmet health care needs: The influence of multiple risk factors. *J GEN INTERN MED*, 20(2), 148-154. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.40136.x
- Shi, L. et Stevens, G. D. (2010). *Vulnerable populations in the United States*. (2<sup>e</sup> éd.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Shih, Y. C., Elting, L. S. et Halpern, M. T. (2009). Factors associated with immunotherapy use among newly diagnosed cancer patients. *Med Care*, 47(9), 948-958. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5b2b
- Shugarman, L. R., Mack, K., Sorbero, M., Tian, H., Jain, A., Ashwood, J. S. et Asch, S. (2009). Race and sex differences in the receipt of timely and appropriate lung cancer treatment. *Med Care*, 47(7), 774-781. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181a393fe
- Smedley, B. D., Stith, A. Y. et Nelson, A. R. (2003). *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. National Academies Press (US).
- Solheim, E. et Garratt, A. M. (2013). Parent experiences of inpatient pediatric care in relation to health care delivery and sociodemographic characteristics: Results of a Norwegian national survey. *BMC Health Serv Res*, 13, 512. doi: 10.1186/1472-6963-13-512
- Starfield, B. (1998). *Primary care: Balancing health needs, services and technology*. New York, NY: Oxford University Press.
- Starfield, B., Lemke, K. W., Herbert, R., Pavlovich, W. et Andersen, G. (2005). Comorbidity and the use of primary care and specialist care in the elderly. *Ann Fam Med*, 3(3), 215-222. doi: 10.1370/afm.307



- Stevens, G. D., Seid, M., Mistry, R. et Halfon, N. (2006). Disparities in primary care for vulnerable children: The influence of multiple risk factors. *Health Services Research, 41*(2), 507-511. doi: 10.1111/j.1475-6773.2005.00498.x
- Valderas, J. M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C. et Roland, M. (2009). Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med, 7*(4), 357-363. doi: 10.1370/afm.983
- Vladeck, B. C. (2007). How useful is vulnerable as a concept ? *Health Aff (Millwood), 26*(5), 1231-1234. doi: 10.1377/hlthaff.26.5.1231
- Weech-Maldonado, R., Fongwa, M. N., Gutierrez, P. et Hays, R. D. (2008). Language and regional differences in evaluations of Medicare managed care by Hispanics. *Health Serv Res, 43*(2), 552-568. doi: 10.1111/j.1475-6773.2007.00796.x
- Weech-Maldonado, R., Morales, L. S., Elliott, M., Spritzer, K., Marshall, G. et Hays, R. D. (2003). Race/ethnicity, language, and patients' assessments of care in Medicaid managed care. *Health Services Research, 38*(3), 789-808. doi: 10.1111/1475-6773.00147

## ANNEXE 1 : QUESTIONS ET ÉCHELLE DE MESURE ORIGINALES

Tableau 1 : Questions et échelles de mesure originales utilisées pour apprécier les vulnérabilités des personnes et leur opérationnalisation

Variable	Libellé original de la question	Échelle originale de mesure	Opérationnalisation : Personne vulnérable versus personne non vulnérable
Vulnérabilité sanitaire			
Avoir la haute pression	Est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous faites de la haute pression ?	Oui; Non/Ne sait pas	Vulnérable : Atteint d'une maladie chronique et plus (hypertension artérielle, diabète, cholestérol élevé, problème cardiaque, problèmes respiratoires, rhumatisme, arthrite, arthrose) ;  Non Vulnérable : Non atteint d'une maladie chronique (hypertension artérielle, diabète, cholestérol élevé, problème cardiaque, problèmes respiratoires, rhumatisme, arthrite, arthrose).
Avoir du diabète	Est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous faites du diabète ?	Oui; Non/Ne sait pas	
Avoir du cholestérol élevé dans le sang	Est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous faites du cholestérol élevé dans le sang ?	Oui; Non/Ne sait pas	
Avoir une maladie cardiaque ou des problèmes du cœur	Est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous faites une maladie cardiaque ou des problèmes du cœur (une angine de poitrine, arythmies, opération pour le cœur) ?	Oui; Non/Ne sait pas	
Avoir des problèmes respiratoires	Est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous faites des problèmes respiratoires (asthme, emphysème, bronchite, pneumonie) ?	Oui; Non/Ne sait pas	
Avoir du rhumatisme, de l'arthrite ou de l'arthrose	Est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous faites du	Oui; Non/Ne sait pas	

	rhumatisme, de l'arthrite ou de l'arthrose ?		
Vulnérabilité biologique			
Âge	Quel est votre âge ?		Vulnérable : Âgé de 65 ans et plus ; Non vulnérable : Âgé de 18 à 64 ans.
Vulnérabilité matérielle			
Niveau d'éducation	Quel est le plus haut diplôme, certificat ou grade que vous possédez ou avez complété?	1 Aucun; 2 Certificat d'études secondaires ou l'équivalent; 3 Certificat ou diplôme d'une école de métiers; 4 Certificat ou diplôme collégial; 5 Certificat ou diplôme universitaire inférieur au baccalauréat; 6 Baccalauréat; 7 Certificat ou diplôme universitaire supérieur au baccalauréat; 8 Maîtrise; 9 Diplôme en médecine, en art dentaire, en médecine vétérinaire ou en optométrie; 10 Doctorat acquis; 11 Autre/Précisez	Vulnérable : Avoir complété des études primaires ou secondaires (1 à 3) ;  Non vulnérable : Avoir complété des études collégiales ou universitaires (4 à 11).
Vulnérabilité relationnelle			
Taille de la famille	Combien de personnes composent votre ménage et résident en permanence dans votre foyer, en vous incluant (le ménage exclut les colocataires)		Vulnérable : Vivant seul ou avec une autre personne; Non vulnérable : Vivant avec deux personnes et plus.
Vulnérabilité culturelle			
Lieu de naissance	Êtes-vous né au ...?	Au Québec; Dans une autre province du Canada; Autre/Précisez; Ne sait pas	Vulnérable : Né dans un pays autre que le Canada;  Non vulnérable : Né au Québec ou dans une autre province du Canada.

Tableau 2 : Questions et échelles de mesure originales utilisées pour apprécier l'utilisation et les besoins non comblés des personnes et leur opérationnalisation

Libellé original de la question	Échelle originale de réponse	Opérationnalisation en deux catégories
Au cours des deux dernières années, c'est-à-dire depuis 2003, avez-vous été hospitalisé(e), c'est-à-dire avoir passé au moins une nuit à l'hôpital?	Oui; Non; Ne sait pas/ne se souvient pas	Oui : Utilise; Non et autres : N'utilise pas
Vous êtes-vous présenté(e) à l'urgence d'un hôpital pour recevoir des soins médicaux durant les deux dernières années?	Oui; Non; Ne sait pas/ne se souvient pas	Oui : Utilise; Non et autres : N'utilise pas.
Au cours des six derniers mois, avez-vous ressenti le besoin de consulter un médecin sans l'avoir fait, c'est-à-dire sans en avoir vu un?	Oui; Non; Ne sait pas; Refus ; RDV bientôt	Oui : Ressenti un besoin non-comblé ;  Non/RDV bientôt et autres : Ne pas ressenti un besoin non-comblé;

Tableau 3 : Questions et échelles de mesure originales utilisées dans les items composant les sept indices d'appréciation de l'expérience de soins issus de l'étude de Pineault et al. et leur opérationnalisation

Libellé original de la question	Échelle originale de réponse	Indice synthétique obtenu à partir des items utilisés	Opérationnalisation : personnes ayant le score le plus élevé versus personnes ayant les scores moins élevés
Accessibilité géographique et organisationnelle (N=6685)			
Pour chacune des affirmations suivantes, dites-moi si vous êtes beaucoup, moyennement, un peu ou pas du tout en accord :			
L'emplacement (de la /du « Nom de la source habituelle de soins » est adéquat	Beaucoup; Moyennement; Un peu; Pas du tout; Ne sait pas.	Score agrégé allant de 0 à 10	Score $\geq 8$ : Appréciation positive;  Score $< 8$ : Appréciation moins positive.
Les heures d'ouverture de cet endroit sont adéquates	Beaucoup; Moyennement; Un peu; Pas du tout; Ne sait pas.		
Il est facile de parler à un médecin ou à une infirmière par téléphone à cet endroit lorsque c'est ouvert	Beaucoup; Moyennement; Un peu; Pas du tout; Ne sait pas.		
Il est facile de parler à un médecin ou à une infirmière par téléphone à cet endroit lorsque c'est fermé	Beaucoup; Moyennement; Un peu; Pas du tout; Ne sait pas.		
Il est facile d'entrer dans l'édifice où la clinique est située (escalier, ascenseur, rampe d'accès, etc.)	Beaucoup; Moyennement; Un peu; Pas du tout; Ne sait pas.		
Accessibilité économique (N=6680)			
Quand vous allez à cet endroit vous devez payer pour subir des examens de laboratoire ou de radiologie, qu'ils soient sur place ou ailleurs (Ex. : des prélèvements, prise de sang, radiographie, scanner, mammographie, etc.)	Toujours; Souvent; Parfois; Jamais ; Ne sait pas.	Score agrégé allant de 0 à 10	Score = 10 : Appréciation positive;  Score $< 10$ : Appréciation moins positive.
Quand vous allez à cet endroit, vous devez payer pour d'autres services du médecin qui ne sont pas couverts par la régie de l'assurance maladie ou qui ne sont pas remboursés	Toujours; Souvent; Parfois; Jamais ; Ne sait pas.		

par votre assurance personnelle (comme par exemple, lui faire compléter un formulaire)			
Quand vous allez à cet endroit, vous devez payer pour des médicaments donnés sur place ou des fournitures telles que pansements, seringues, etc. ? (Par exemple des gouttes pour les yeux, pour une anesthésie locale, etc.)	Toujours; Souvent; Parfois; Jamais ; Ne sait pas.		
Continuité d'affiliation (N=6690)			
Quand vous allez consulter à cet endroit, vous voyez le même médecin	Toujours; Souvent; Parfois; Jamais ; Ne sait pas.	Score agrégé allant de 0 à 10	Score = 10 : Appréciation positive;  Score < 10 : Appréciation moins positive.
Toujours en considérant votre expérience des deux dernières années, dites-moi si vous êtes beaucoup, moyennement, un peu ou pas du tout en accord avec les énoncés suivants : À cet endroit...votre histoire médicale est connue (vos maladies antérieures)	Beaucoup; Moyennement; Un peu; Pas du tout; Ne sait pas.		
Toujours en considérant votre expérience des deux dernières années, dites-moi si vous êtes beaucoup, moyennement, un peu ou pas du tout en accord avec les énoncés suivants : À cet endroit...on est au courant de tous les médicaments prescrits que vous prenez	Beaucoup; Moyennement; Un peu; Pas du tout; Ne sait pas.		
À cet endroit... vous pouvez être suivi(e) pour un problème chronique, par exemple pour de la haute pression (hypertension artérielle), du diabète, maux de dos, etc.	Beaucoup; Moyennement; Un peu; Pas du tout; Ne sait pas.		
Continuité d'information (N=4480)			
On vous a téléphoné ou rencontré(e) pour vous donner les résultats de ces tests ou examens	Toujours; Souvent; Parfois; Jamais ; Ne sait pas.	Score agrégé allant de 0 à 10	Score = 10 : Appréciation positive;  Score < 10 : Appréciation moins positive.
Vous avez eu des explications claires sur les résultats de vos tests ou examens	Toujours; Souvent; Parfois; Jamais ; Ne sait pas.		
Après vos visites chez le ou les spécialistes (ou un autre généraliste), un médecin de la clinique a discuté avec vous du rapport des spécialistes	Toujours; Souvent; Parfois; Jamais ; Ne sait pas.		
Globalité (N=6690)			

À cet endroit... lors de vos visites, le médecin prend le temps de vous parler de prévention et vous interroge sur vos habitudes de vie	Beaucoup; Moyennement; Un peu; Pas du tout; Ne sait pas.	Score agrégé allant de 0 à 10	Score = 10 : Appréciation positive;  Score < 10 : Appréciation moins positive.
À cet endroit... on vous aide à obtenir tous les soins dont vous avez besoin	Beaucoup; Moyennement; Un peu; Pas du tout; Ne sait pas.		
On tient compte de votre opinion et de ce que vous voulez dans les soins que l'on vous offre	Beaucoup; Moyennement; Un peu; Pas du tout; Ne sait pas.		
On vous aide à évaluer les pour et les contre lorsque vous devez prendre des décisions concernant votre santé	Beaucoup; Moyennement; Un peu; Pas du tout; Ne sait pas.		
Réactivité (N=6690)			
En considérant votre expérience des deux dernières années, dites-moi si vous êtes beaucoup, moyennement, un peu ou pas du tout en accord : À cet endroit ...			
Vous sentez que l'on vous respecte	Beaucoup; Moyennement; Un peu; Pas du tout; Ne sait pas.	Score agrégé allant de 0 à 10	Score = 10 : Appréciation positive;  Score < 10 : Appréciation moins positive.
À l'accueil, on vous reçoit avec courtoisie	Beaucoup; Moyennement; Un peu; Pas du tout; Ne sait pas.		
On respecte votre intimité physique	Beaucoup; Moyennement; Un peu; Pas du tout; Ne sait pas.		
Les médecins de cette clinique ou de ce bureau passent assez de temps avec vous	Beaucoup; Moyennement; Un peu; Pas du tout; Ne sait pas.		
Les locaux sont agréables	Beaucoup; Moyennement; Un peu; Pas du tout; Ne sait pas.		
Résultats (N=6690)			
En considérant votre expérience des deux dernières années, dites-moi si vous êtes beaucoup, moyennement, un peu ou pas du tout en accord avec les énoncés suivants :			

On répond clairement aux questions que vous posez (tout le personnel de la clinique)	Beaucoup; Moyennement; Un peu; Pas du tout; Ne sait pas.	Score agrégé allant de 0 à 10	Score = 10 : Appréciation positive;  Score < 10 : Appréciation moins positive.
Les services que vous recevez à cet endroit vous permettent de mieux comprendre vos problèmes de santé	Beaucoup; Moyennement; Un peu; Pas du tout; Ne sait pas.		
Les services que vous recevez à cet endroit vous permettent de prévenir certains problèmes de santé avant qu'ils ne surviennent	Beaucoup; Moyennement; Un peu; Pas du tout; Ne sait pas.		
Les services que vous recevez à cet endroit vous permettent de bien contrôler vos problèmes de santé	Beaucoup; Moyennement; Un peu; Pas du tout; Ne sait pas.		
Les professionnels que vous voyez à cet endroit, vous aident à vous motiver à adopter de bonnes habitudes de vie comme cesser de fumer, mieux manger, etc.	Beaucoup; Moyennement; Un peu; Pas du tout; Ne sait pas.		



Tableau 4 : Questions et mesures originales utilisées pour rendre compte des variables de contrôle

Variable	Libellé original de la question	Échelle originale de mesure	Opérationnalisation
Genre	Comme je dois poser des questions différentes aux hommes et aux femmes, puis-je confirmer que vous êtes bien un/une	Homme; Femme	Femmes versus Hommes
Perception de la personne de son état de santé	En général, diriez-vous que votre santé est ....	Excellente; Très bonne; Bonne; Moyenne ; Mauvaise; Ne sait pas	Mauvais/Moyenne versus Bonne/Très bonne/Excellente.
Statut d'emploi de la personne (était État occupationnel)	Au cours des six derniers mois, quelle était votre occupation habituelle?	1 Travaillait temps plein; 2 Était sans emploi (chômage ou aide sociale); 3 Était à la retraite; 4 Ne travaillait pas pour des raisons de santé; 5 Tenait maison (enfants/aidant naturel); 6 Était en congé de maternité; 7 Était en vacances; 8 Était bénévole; 9 Emploi précaire (partiel, autonome, saisonnier); 10 École à temps plein; 11 Étudiant à temps partiel; Ne Sait Pas ; Refus	Libre (2 à 8) versus Emploi temps plein/ emploi temps partiel (1, 9 à 11)
Perception de la personne de sa situation financière (était économique)	Comment percevez-vous votre situation économique par rapport aux gens de votre âge?	Vous vous considérez à l'aise financièrement; Vous considérez que vos revenus sont suffisants; Vous vous considérez pauvre; Vous vous considérez très pauvre; NSP	Pauvre/Très pauvre versus Revenu suffisant/Aisé.
Langue parlée à la maison	Quelle langue parlez-vous le plus souvent à la maison ?	Français; Anglais ; Autre/Précisez	Autre versus Français ou Anglais.

## ANNEXE 2 : ANALYSE DESCRIPTIVE

Tableau 1 : Distribution de la vulnérabilité sanitaire des participants selon les différentes catégories des composantes de l'expérience de soins

Appréciation de l'expérience de soins		Vulnérabilité sanitaire		Total	P de Chi2
		Vulnérable	Non vulnérable		
Utilisation des services hospitaliers (N=9 206)	Oui	810 21,1 %	601 11,2 %	1411 15,3 %	<0,001
	Non	3034 78,9 %	4761 88,8 %	7795 84,7 %	
Utilisation des services d'urgence (N=9 206)	Oui	1478 38,4 %	1553 29,0 %	3031 32,9 %	<0,001
	Non	2366 61,6 %	3809 71,0 %	6175 67,1 %	
Besoins non comblés en services (N=9 206)	Oui	667 17,4 %	1037 19,3 %	1704 18,5 %	0,015
	Non	3177 82,6 %	4325 80,7 %	7502 81,5 %	
Accessibilité géographique et organisationnelle (N=6 685)	Score ≥ 8	901 28,9 %	912 25,6 %	1813 27,1 %	0,002
	Score < 8	2217 71,1 %	2655 74,4 %	4872 72,9 %	
Accessibilité économique (N=6 680)	Score = 10	1780 57,2 %	1965 55,1 %	3745 56,1 %	0,086
	Score < 10	1333 42,8 %	1602 44,9 %	2935 43,9 %	
Continuité d'affiliation (N=6 690)	Score = 10	1551 49,7 %	1092 30,6 %	2643 39,5 %	<0,001
	Score < 10	1568 50,3 %	2479 69,4 %	4047 60,5 %	
Continuité informationnelle (N=4 880)	Score = 10	1149 45,6 %	946 40,1 %	2095 42,9 %	<0,001
	Score < 10	1373 54,4 %	1412 59,9 %	2785 57,1 %	
Globalité (N=6 690)	Score = 10	1544 49,5 %	1581 44,3 %	3125 46,7 %	<0,001
	Score < 10	1575 50,5 %	1990 55,7 %	3565 53,3 %	
Réactivité (N=6 690)	Score = 10	1563 50,1 %	1379 38,6 %	2942 44,0 %	<0,001
	Score < 10	1556 49,9 %	2192 61,4 %	3748 56,0 %	
Résultats (N=6 690)	Score = 10	1467 47,0 %	1277 35,8 %	2744 41,0 %	<0,001
	Score < 10	1652 53,0 %	2294 64,2 %	3946 59,0 %	

Tableau 2 : Distribution de la vulnérabilité biologique des participants selon les différentes catégories des composantes de l'expérience de soins

Appréciation de l'expérience de soins		Vulnérabilité biologique		Total	P de Chi2
		Vulnérable	Non vulnérable		
Utilisation des services hospitaliers (N=9 206)	Oui	313 22,7 %	1098 14,0 %	1411 15,3 %	<0,001
	Non	1066 77,3 %	6729 86,0 %	7795 84,7 %	
Utilisation des services d'urgence (N=9 206)	Oui	414 30,0 %	2617 33,4 %	3031 32,9 %	0,013
	Non	965 70,0 %	5210 66,6 %	6175 67,1 %	
Besoins non comblés en services (N=9 206)	Oui	78 5,7 %	1626 20,8 %	1704 18,5 %	<0,001
	Non	1301 94,3 %	6201 79,2 %	7502 81,5 %	
Accessibilité géographique et organisationnelle (N=6 685)	Score $\geq$ 8	365 35,1 %	1448 25,6 %	1813 27,1 %	<0,001
	Score < 8	674 64,9 %	4198 74,4 %	4872 72,9 %	
Accessibilité économique (N=6 680)	Score = 10	693 66,8 %	3052 54,1 %	3745 56,1 %	<0,001
	Score < 10	344 33,3 %	2591 45,9 %	2935 43,9 %	
Continuité d'affiliation (N=6 690)	Score = 10	634 61,0 %	2009 35,6 %	2643 39,5 %	<0,001
	Score < 10	406 39,0 %	3641 64,4 %	4047 60,5 %	
Continuité informationnelle (N=4 880)	Score = 10	432 50,0 %	1663 41,4 %	2095 42,9 %	<0,001
	Score < 10	432 50,0 %	2353 58,6 %	2785 57,1 %	
Globalité (N=6 690)	Score = 10	571 54,9 %	2554 45,2 %	3125 46,7 %	<0,001
	Score < 10	469 45,1 %	3096 54,8 %	3565 53,3 %	
Réactivité (N=6 690)	Score = 10	655 63,0 %	2287 40,5 %	2942 44,0 %	<0,001
	Score < 10	385 37,0 %	3363 59,5 %	3748 56,0 %	
Résultats (N=6 690)	Score = 10	593 57,0 %	2151 38,1 %	2744 41,0 %	<0,001
	Score < 10	447 43,0 %	3499 61,9 %	3946 59,0 %	

Tableau 3 : Distribution de la vulnérabilité matérielle des participants selon les différentes catégories des composantes de l'expérience de soins

Appréciation de l'expérience de soins		Vulnérabilité matérielle		Total	P de Chi2
		Vulnérable	Non vulnérable		
Utilisation des services hospitaliers (N=9 206)	Oui	810 17,5 %	601 13,1 %	1411 15,3 %	<0,001
	Non	3815 82,5 %	3980 86,9 %	7795 84,7 %	
Utilisation des services d'urgence (N=9 206)	Oui	1647 35,6 %	1384 30,2 %	3031 32,9 %	<0,001
	Non	2978 64,4 %	3197 69,8 %	6175 67,1 %	
Besoins non comblés en services (N=9 206)	Oui	689 14,9 %	1015 22,2 %	1704 18,5 %	<0,001
	Non	3936 85,1 %	3566 77,8 %	7502 81,5 %	
Accessibilité géographique et organisationnelle (N=6 685)	Score $\geq$ 8	999 30,1 %	814 24,2 %	1813 27,1 %	<0,001
	Score < 8	2325 69,9 %	2547 75,8 %	4872 72,9 %	
Accessibilité économique (N=6 680)	Score = 10	2034 61,3 %	1711 50,9 %	3745 56,1 %	<0,001
	Score < 10	1285 38,7 %	1650 49,1 %	2935 43,9 %	
Continuité d'affiliation (N=6 690)	Score = 10	1414 42,5 %	1229 36,5 %	2643 39,5 %	<0,001
	Score < 10	1913 57,5 %	2134 63,5 %	4047 60,5 %	
Continuité informationnelle (N=4 880)	Score = 10	1131 46,7 %	964 39,2 %	2095 42,9 %	<0,001
	Score < 10	1289 53,3 %	1496 60,8 %	2785 57,1 %	
Globalité (N=6 690)	Score = 10	1671 50,2 %	1454 43,2 %	3125 46,7 %	<0,001
	Score < 10	1656 49,8 %	1909 56,8 %	3565 53,3 %	
Réactivité (N=6 690)	Score = 10	1686 50,7 %	1256 37,3 %	2942 44,0 %	<0,001
	Score < 10	1641 49,3 %	2107 62,7 %	3748 56,0 %	
Résultats (N=6 690)	Score = 10	1592 47,9 %	1152 34,3 %	2744 41,0 %	<0,001
	Score < 10	1735 52,1 %	2211 65,7 %	3946 59,0 %	

Tableau 4 : Distribution de la vulnérabilité relationnelle des participants selon les différentes catégories des composantes de l'expérience de soins

Appréciation de l'expérience de soins		Vulnérabilité relationnelle		Total	P de Chi2
		Vulnérable	Non vulnérable		
Utilisation des services hospitaliers (N=9 206)	Oui	839 14,7 %	572 16,3 %	1411 15,3 %	0,049
	Non	4851 85,3 %	2944 83,7 %	7795 84,7 %	
Utilisation des services d'urgence (N=9 206)	Oui	1850 32,5 %	1181 33,6 %	3031 32,9 %	0,286
	Non	3840 67,5 %	2335 66,4 %	6175 67,1 %	
Besoins non comblés en services (N=9 206)	Oui	959 16,9 %	745 21,2 %	1704 18,5 %	<0,001
	Non	4731 83,1 %	2771 78,8 %	7502 81,5 %	
Accessibilité géographique et organisationnelle (N=6 685)	Score ≥ 8	1169 28,6 %	644 24,8 %	1813 27,1 %	0,001
	Score < 8	2917 71,4 %	1955 75,2 %	4872 72,9 %	
Accessibilité économique (N=6 680)	Score = 10	2377 58,3 %	1368 52,6 %	3745 56,1 %	<0,001
	Score < 10	1703 41,7 %	1232 47,4 %	2935 43,9 %	
Continuité d'affiliation (N=6 690)	Score = 10	1828 44,7 %	815 31,3 %	2643 39,5 %	<0,001
	Score < 10	2262 55,3 %	1785 68,7 %	4047 60,5 %	
Continuité informationnelle (N=4 880)	Score = 10	1403 45,0 %	692 39,3 %	2095 42,9 %	<0,001
	Score < 10	1714 55,0 %	1071 60,7 %	2785 57,1 %	
Globalité (N=6 690)	Score = 10	1983 48,5 %	1142 43,9 %	3125 46,7 %	<0,001
	Score < 10	2107 51,5 %	1458 56,1 %	3565 53,3 %	
Réactivité (N=6 690)	Score = 10	1900 46,5 %	1042 40,1 %	2942 44,0 %	<0,001
	Score < 10	2190 53,5 %	1558 59,9 %	3748 56,0 %	
Résultats (N=6 690)	Score = 10	1793 43,8 %	951 36,6 %	2744 41,0 %	<0,001
	Score < 10	2297 56,2 %	1649 63,4 %	3946 59,0 %	

Tableau 5 : Distribution de la vulnérabilité culturelle des participants selon les différentes catégories des composantes de l'expérience de soins

Appréciation de l'expérience de soins		Vulnérabilité culturelle		Total	P de Chi2
		Vulnérable	Non vulnérable		
Utilisation des services hospitaliers (N=9 206)	Oui	227 14,4 %	1184 15,5 %	1411 15,3 %	0,245
	Non	1353 85,6 %	6442 84,5 %	7795 84,7 %	
Utilisation des services d'urgence (N=9 206)	Oui	478 30,0 %	2553 33,5 %	3031 32,9 %	0,013
	Non	1102 69,7 %	5073 66,5 %	6175 67,1 %	
Besoins non comblés en services (N=9 206)	Oui	348 22,0 %	1356 17,8 %	1704 18,5 %	<0,001
	Non	1232 78,0 %	6270 82,2 %	7502 81,5 %	
Accessibilité géographique et organisationnelle (N=6 685)	Score ≥ 8	268 25,5 %	1545 27,4 %	1813 27,1 %	0,198
	Score < 8	783 72,6 %	4089 72,6 %	4872 72,9 %	
Accessibilité économique (N=6 680)	Score = 10	563 53,5 %	3182 56,5 %	3745 56,1 %	0,070
	Score < 10	489 46,5 %	2446 43,5 %	2935 43,9 %	
Continuité d'affiliation (N=6 690)	Score = 10	306 29,0 %	2337 41,5 %	2643 39,5 %	<0,001
	Score < 10	748 71,0 %	3299 58,5 %	4047 60,5 %	
Continuité informationnelle (N=4 880)	Score = 10	250 34,1 %	1845 44,5 %	2095 42,9 %	<0,001
	Score < 10	483 65,9 %	2302 55,5 %	2785 57,1 %	
Globalité (N=6 690)	Score = 10	362 34,3 %	2763 49,0 %	3125 46,7 %	<0,001
	Score < 10	692 65,7 %	2873 51,0 %	3565 53,3 %	
Réactivité (N=6 690)	Score = 10	374 35,5 %	2568 45,6 %	2942 44,0 %	<0,001
	Score < 10	680 64,5 %	3068 54,4 %	3748 56,0 %	
Résultats (N=6 690)	Score = 10	328 31,1 %	2416 42,9 %	2744 41,0 %	<0,001
	Score < 10	726 68,9 %	3220 57,1 %	3946 59,0 %	

Tableau 6 : Distribution du genre des participants selon les différentes catégories des composantes de l'expérience de soins

Appréciation de l'expérience de soins		Genre		Total	P de Chi2
		Femme	Homme		
Utilisation des services hospitaliers (N=9 206)	Oui	927 17,5 %	483 12,4 %	1411 15,3 %	<0,001
	Non	4384 82,5 %	3411 87,6 %	7795 84,7 %	
Utilisation des services d'urgence (N=9 206)	Oui	1730 32,6 %	1301 33,4 %	3031 32,9 %	0,404
	Non	3581 67,4 %	2594 66,6 %	6175 67,1 %	
Besoins non comblés en services (N=9 206)	Oui	1003 18,9 %	701 18,0 %	1704 18,5 %	0,278
	Non	4308 81,1 %	3194 82,0 %	7502 81,5 %	
Accessibilité géographique et organisationnelle (N=6 685)	Score ≥ 8	1075 25,8 %	738 29,3 %	1813 27,1 %	0,001
	Score < 8	3095 74,2 %	1777 70,7 %	4872 72,9 %	
Accessibilité économique (N=6 680)	Score = 10	2427 58,2 %	1318 52,4 %	3745 56,1 %	<0,001
	Score < 10	1740 41,8 %	1195 47,6 %	2935 43,9 %	
Continuité d'affiliation (N=6 690)	Score = 10	1715 41,1 %	928 36,9 %	2643 39,5 %	0,001
	Score < 10	2459 58,9 %	1588 63,1 %	4047 60,5 %	
Continuité informationnelle (N=4 880)	Score = 10	1315 42,2 %	780 44,2 %	2095 42,9 %	0,180
	Score < 10	1800 57,8 %	985 55,8 %	2785 57,1 %	
Globalité (N=6 690)	Score = 10	2001 47,9 %	1124 44,7 %	3125 46,7 %	0,010
	Score < 10	2173 52,1 %	1392 55,3 %	3565 53,3 %	
Réactivité (N=6 690)	Score = 10	1832 43,9 %	1110 44,1 %	2942 44,0 %	0,856
	Score < 10	2342 56,1 %	1406 55,9 %	3748 56,0 %	
Résultats (N=6 690)	Score = 10	1695 40,6 %	1049 41,7 %	2744 41,0 %	0,382
	Score < 10	2479 59,4 %	1467 58,3 %	3946 59,0 %	

Tableau 7 : Distribution de la perception de l'état de santé des participants selon les différentes catégories de l'appréciation de l'expérience de soins

Appréciation de l'expérience de soins		Perception de l'état de santé		Total	P de Chi2
		Mauvaise/ Moyenne	Bonne/Très bonne/ Excellente		
Utilisation des services hospitaliers (N=9 206)	Oui	460 30,0 %	951 12,4 %	1411 15,3 %	<0,001
	Non	1072 70,0 %	6723 87,2 %	7795 84,7 %	
Utilisation des services d'urgence (N=9 206)	Oui	748 48,8 %	2283 29,7 %	3031 32,9 %	<0,001
	Non	784 51,2 %	5391 70,3 %	6175 67,1 %	
Besoins non comblés en services (N=9 206)	Oui	414 27,0 %	1290 16,8 %	1704 18,5 %	<0,001
	Non	1118 73,0 %	6384 83,2 %	7502 81,5 %	
Accessibilité géographique et organisationnelle (N=6 685)	Score ≥ 8	304 25,5 %	1509 27,5 %	1813 27,1 %	0,178
	Score < 8	886 74,5 %	3986 72,5 %	4872 72,9 %	
Accessibilité économique (N=6 680)	Score = 10	646 54,4 %	3099 56,4 %	3745 56,1 %	0,197
	Score < 10	542 45,6 %	2393 43,9 %	2935 43,9 %	
Continuité d'affiliation (N=6 690)	Score = 10	477 40,1 %	2166 39,4 %	2643 39,5 %	0,672
	Score < 10	714 59,9 %	333 60,6 %	4047 60,5 %	
Continuité informationnelle (N=4 880)	Score = 10	379 40,0 %	1716 43,6 %	2095 42,9 %	0,044
	Score < 10	568 60,0 %	2217 56,4 %	2785 57,1 %	
Globalité (N=6 690)	Score = 10	495 41,6 %	2630 47,8 %	3125 46,7 %	<0,001
	Score < 10	696 58,4 %	2869 52,2 %	3565 53,3 %	
Réactivité (N=6 690)	Score = 10	499 41,9 %	2443 44,4 %	2942 44,0 %	0,111
	Score < 10	692 58,1 %	3056 55,6 %	3748 56,0 %	
Résultats (N=6 690)	Score = 10	448 37,6 %	2296 41,8 %	2744 41,0 %	0,382
	Score < 10	743 62,4 %	3203 58,2 %	3946 59,0 %	



Tableau 8 : Distribution du statut d'emploi des participants selon les différentes catégories des composantes de l'expérience de soins

Appréciation de l'expérience de soins		Statut de l'emploi		Total	P de Chi2
		Libre	Temps partiel/ Temps plein		
Utilisation des services hospitaliers (N=9 206)	Oui	697 25,8 %	714 11,0 %	1411 15,3 %	<0,001
	Non	2006 74,2 %	5789 89,0 %	7795 84,7 %	
Utilisation des services d'urgence (N=9 206)	Oui	913 33,8 %	2118 32,6 %	3031 32,9 %	0,261
	Non	1790 66,2 %	4385 67,4 %	6175 67,1 %	
Besoins non comblés en services (N=9 206)	Oui	301 11,1 %	1403 21,6 %	1704 18,5 %	<0,001
	Non	2402 88,9 %	5100 78,4 %	7502 81,5 %	
Accessibilité géographique et organisationnelle (N=6 685)	Score ≥ 8	644 31,5 %	1169 25,2 %	1813 27,1 %	<0,001
	Score < 8	1403 68,5 %	3469 74,8 %	4872 72,9 %	
Accessibilité économique (N=6 680)	Score = 10	1275 62,4 %	2470 53,3 %	3745 56,1 %	<0,001
	Score < 10	768 37,6 %	2167 46,7 %	2935 43,9 %	
Continuité d'affiliation (N=6 690)	Score = 10	1103 53,8 %	1540 33,2 %	2643 39,5 %	<0,001
	Score < 10	947 46,2 %	3100 66,8 %	4047 60,5 %	
Continuité informationnelle (N=4 880)	Score = 10	800 48,3 %	1295 40,2 %	2095 42,9 %	<0,001
	Score < 10	858 51,7 %	1927 59,8 %	2785 57,1 %	
Globalité (N=6 690)	Score = 10	1063 51,9 %	2062 44,4 %	3125 46,7 %	<0,001
	Score < 10	987 48,1 %	2578 55,6 %	3565 53,3 %	
Réactivité (N=6 690)	Score = 10	1146 55,9 %	1796 38,7 %	2942 44,0 %	<0,001
	Score < 10	904 44,1 %	2844 61,3 %	3748 56,0 %	
Résultats (N=6 690)	Score = 10	1035 50,5 %	1709 36,8 %	2744 41,0 %	<0,001
	Score < 10	1015 49,5 %	2931 63,2 %	3946 59,0 %	

Tableau 9 : Distribution de la perception de la situation financière des participants selon les différentes catégories des composantes de l'expérience de soins

Appréciation de l'expérience de soins		Perception de la situation financière		% Total	P de Chi2
		Pauvre/Très pauvre	Suffisant/Aisé		
Utilisation des services hospitaliers (N=9 206)	Oui	305 19,9 %	1106 14,4 %	1411 15,3 %	<0,001
	Non	1226 80,1 %	6569 85,6 %	7795 84,7 %	
Utilisation des services d'urgence (N=9 206)	Oui	628 41,0 %	2403 31,3 %	3031 32,9 %	<0,001
	Non	903 59,0 %	5272 88,7 %	6175 67,1 %	
Besoins non comblés en services (N=9 206)	Oui	383 25,0 %	1321 17,2 %	1704 18,5 %	<0,001
	Non	1148 75,0 %	6354 82,8 %	7502 81,5 %	
Accessibilité géographique et organisationnelle (N=6 685)	Score ≥ 8	263 24,2 %	1550 27,7 %	1813 27,1 %	0,020
	Score < 8	822 75,8 %	4050 72,3 %	4872 72,9 %	
Accessibilité économique (N=6 680)	Score = 10	620 57,4 %	3125 55,8 %	3745 56,1 %	0,350
	Score < 10	461 42,6 %	2474 44,2 %	2935 43,9 %	
Continuité d'affiliation (N=6 690)	Score = 10	378 34,7 %	2265 40,0 %	2643 39,5 %	<0,001
	Score < 10	710 65,3 %	3337 59,6 %	4047 60,5 %	
Continuité informationnelle (N=4 880)	Score = 10	306 39,0 %	1789 43,7 %	2095 42,9 %	0,015
	Score < 10	479 61,0 %	2306 56,3 %	2785 57,1 %	
Globalité (N=6 690)	Score = 10	441 40,5 %	2684 47,9 %	3125 46,7 %	<0,001
	Score < 10	647 59,5 %	2918 52,1 %	3565 53,3 %	
Réactivité (N=6 690)	Score = 10	472 43,4 %	2470 44,1 %	2942 44,0 %	0,666
	Score < 10	616 56,6 %	3132 55,9 %	3748 56,0 %	
Résultats (N=6 690)	Score = 10	407 37,4 %	2337 41,7 %	2744 41,0 %	0,008
	Score < 10	681 62,6 %	3265 58,3 %	3946 59,0 %	

Tableau 10 : Distribution de la langue parlée à la maison des participants selon les différentes catégories des composantes de l'expérience de soins (N=9 206)

Appréciation de l'expérience de soins		Langue parlée à la maison		Total	P de Chi2
		Autre	Français ou anglais		
Utilisation des services hospitaliers (N=9 206)	Oui	97 13,6 %	1314 15,5 %	1411 15,3 %	0,184
	Non	616 86,4 %	7179 84,5 %	7795 84,7 %	
Utilisation des services d'urgence (N=9 206)	Oui	210 29,5 %	2821 33,2 %	3031 32,9 %	0,040
	Non	503 70,5 %	5672 66,8 %	6175 67,1 %	
Besoins non comblés en services (N=9 206)	Oui	149 20,9 %	1555 18,3 %	1704 18,5 %	0,087
	Non	564 79,1 %	6938 81,7 %	7502 81,5 %	
Accessibilité géographique et organisationnelle (N=6 685)	Score ≥ 8	112 24,2 %	1701 27,3 %	1813 27,1 %	0,142
	Score < 8	351 75,8 %	4521 72,7 %	4872 72,9 %	
Accessibilité économique (N=6 680)	Score = 10	258 55,6 %	3487 56,1 %	3745 56,1 %	0,836
	Score < 10	206 44,4 %	2729 43,9 %	2935 43,9 %	
Continuité d'affiliation (N=6 690)	Score = 10	129 27,9 %	2514 40,4 %	2643 39,5 %	<0,001
	Score < 10	334 72,1 %	3713 59,6 %	4047 60,5 %	
Continuité informationnelle (N=4 880)	Score = 10	109 36,6 %	1986 43,3 %	2095 42,9 %	0,022
	Score < 10	189 63,4 %	2596 56,7 %	2785 57,1 %	
Globalité (N=6 690)	Score = 10	157 33,9 %	2968 47,7 %	3125 46,7 %	<0,001
	Score < 10	306 66,1 %	3259 52,3 %	3565 53,3 %	
Réactivité (N=6 690)	Score = 10	165 35,6 %	2777 44,6 %	2942 44,0 %	<0,001
	Score < 10	298 64,4 %	3450 55,4 %	3748 56,0 %	
Résultats (N=6 690)	Score = 10	145 31,3 %	2599 41,7 %	2744 41,0 %	<0,001
	Score < 10	318 68,7 %	3628 58,3 %	3946 59,0 %	

Tableau 11 : Distribution de la vulnérabilité sanitaire des participants selon les autres vulnérabilités et les variables de contrôle (N=9 206)

Vulnérabilité sanitaire		Vulnérable	Non vulnérable	Total	P de Chi2
		3844 42,8 %	5362 58,2 %	9206 100,0 %	
Vulnérabilité biologique	Vulnérable	1136 82,4 %	243 17,6 %	1379 100,0 %	<0,001
	Non vulnérable	2708 34,6 %	5119 65,4 %	7827 100,0 %	
Vulnérabilité matérielle	Vulnérable	2270 49,1 %	2355 50,9 %	4625 100 %	<0,001
	Non vulnérable	1574 34,4 %	3007 65,6 %	4581 100 %	
Vulnérabilité relationnelle	Vulnérable	2807 49,3 %	2883 50,7 %	5690 100,0 %	<0,001
	Non vulnérable	1037 29,5 %	2479 70,5 %	3516 100,0 %	
Vulnérabilité culturelle	Vulnérable	468 29,6 %	1112 70,4 %	1580 100,0 %	<0,001
	Non vulnérable	3376 44,3 %	4250 55,7 %	7626 100,0 %	
Genre	Femme	2400 45,2 %	2911 54,8 %	5311 100,0 %	<0,001
	Homme	1444 37,1 %	2451 62,9 %	3895 100,0 %	
Perception état de santé	Mauvaise/Moyenne	1062 69,3 %	470 30,7 %	1532 100,0 %	<0,001
	Bonne/Très bonne/ Excellente	2782 36,3 %	4892 63,7 %	7674 100,0 %	
Statut d'emploi	Libre	1795 66,4 %	908 33,6 %	2703 100,0 %	<0,001
	Temps partiel/ Temps plein	2049 31,5 %	4454 68,5 %	6503 100,0 %	
Perception situation financière	Pauvre/Très pauvre	761 49,7 %	770 50,3 %	1531 100,0 %	<0,001
	Suffisant/Aisée	3083 40,2 %	4592 59,8 %	7675 100,0 %	
Langue parlée à la maison	Autre	191 26,8 %	522 73,2 %	713 100,0 %	<0,001
	Français et anglais	3653 43,0 %	4840 57,0 %	8493 100,0 %	

Tableau 12 : Distribution de la vulnérabilité biologique des participants selon les autres vulnérabilités et les variables de contrôle (N=9 206)

Vulnérabilité biologique		Vulnérable	Non vulnérable	Total	P de Chi2
		1379 15,0 %	7827 85,0 %	9206 100,0 %	
Vulnérabilité matérielle	Vulnérable	1031 22,3 %	3594 77,7 %	4625 100,0 %	<0,001
	Non vulnérable	348 7,6 %	4233 92,4 %	4581 100,0 %	
Vulnérabilité relationnelle	Vulnérable	1309 23,0 %	4381 77,0 %	5690 100,0 %	<0,001
	Non vulnérable	70 2,0 %	3446 98,0 %	3516 100,0 %	
Vulnérabilité culturelle	Vulnérable	167 10,6 %	1413 89,4 %	1580 100,0 %	<0,001
	Non vulnérable	1212 15,9 %	6414 84,1 %	7626 100,0 %	
Sexe	Femme	924 17,4 %	4387 82,6 %	5311 100,0 %	<0,001
	Homme	455 11,7 %	3440 88,3 %	3895 100,0 %	
Perception état de santé	Mauvaise/Moyenne	368 24,0 %	1164 76,0 %	1532 100,0 %	<0,001
	Bonne/Très bonne/ Excellente	1011 13,2 %	6663 86,8 %	7674 100,0 %	
Statut d'emploi	Libre	1272 47,1 %	1431 52,9 %	2703 100,0 %	<0,001
	Temps partiel/ Temps plein	107 1,6 %	6396 98,4 %	6503 100,0 %	
Perception situation financière	Pauvre/Très pauvre	221 14,4 %	1310 85,6 %	1531 100,0 %	0,513
	Suffisant/Aisée	1158 15,1 %	6517 84,9 %	7675 100,0 %	
Langue parlée à la maison	Autre	42 5,9 %	671 94,1 %	713 100,0 %	<0,001
	Français et anglais	1337 15,7 %	7156 84,3 %	8493 100,0 %	

Tableau 13 : Distribution de la vulnérabilité matérielle des participants selon les autres vulnérabilités et les variables de contrôle (N=9 206)

Vulnérabilité matérielle		Vulnérable	Non vulnérable	Total	P de Chi2
		4625 50,2 %	4581 49,8 %	9206 100,0 %	
Vulnérabilité relationnelle	Vulnérable	2985 52,5 %	2705 47,5 %	5690 100,0 %	<0,001
	Non vulnérable	1640 46,6 %	1876 53,4 %	3516 100,0 %	
Vulnérabilité culturelle	Vulnérable	552 34,9 %	1028 65,1 %	1580 100,0 %	<0,001
	Non vulnérable	4073 53,4 %	3553 46,6 %	7626 100,0 %	
Genre	Femme	2672 50,3 %	2639 49,7 %	5311 100,0 %	0,872
	Homme	1953 50,1 %	1942 49,9 %	3895 100,0 %	
Perception état de santé	Mauvaise/Moyenne	981 64,0 %	551 36,0 %	1532 100,0 %	<0,001
	Bonne/Très bonne/ Excellente	3644 47,5 %	4030 52,5 %	7674 100,0 %	
Statut d'emploi	Libre	1832 67,8 %	871 32,2 %	2703 100,0 %	<0,001
	Temps partiel/ Temps plein	2793 42,9 %	3710 57,1 %	6503 100,0 %	
Perception situation financière	Pauvre/Très pauvre	970 63,4 %	561 36,6 %	1531 100,0 %	<0,001
	Suffisant/Aisée	3655 47,6 %	4020 52,4 %	7675 100,0 %	
Langue parlée à la maison	Autre	292 41,9 %	421 59,0 %	713 100,0 %	<0,001
	Français et anglais	4333 51,0 %	4160 49,0 %	8493 100,0 %	

Tableau 14 : Distribution de la vulnérabilité relationnelle des participants selon les autres vulnérabilités et les variables de contrôle (N=9 206)

Vulnérabilité relationnelle		Vulnérable	Non vulnérable	Total	P de Chi2
		5690 61,8 %	3516 38,2 %	9206 100,0 %	
Vulnérabilité culturelle	Vulnérable	819 51,8 %	761 48,2 %	1580 100,0 %	<0,001
	Non vulnérable	4871 63,9 %	2755 36,1 %	7626 100,0 %	
Genre	Femme	3365 63,4 %	1946 36,6 %	5311 100,0 %	<0,001
	Homme	2325 59,7 %	1570 40,3 %	3895 100,0 %	
Perception état de santé	Mauvaise/Moyenne	1067 69,6 %	465 30,4 %	1532 100,0 %	<0,001
	Bonne/Très bonne/ Excellente	4623 60,2 %	3051 39,8 %	7674 100,0 %	
Statut d'emploi	Libre	2101 77,7 %	602 22,3 %	2703 100 %	<0,001
	Temps partiel/ Temps plein	3589 55,2 %	2914 44,8 %	6503 100,0 %	
Perception situation financière	Pauvre/Très pauvre	1019 66,6 %	512 33,4 %	1531 100,0 %	<0,001
	Suffisant/Aisée	4671 60,9 %	3004 39,1 %	7675 100,0 %	
Langue parlée à la maison	Autre	274 38,4 %	439 61,6 %	713 100,0 %	<0,001
	Français et anglais	5416 63,8 %	3077 36,2 %	8493 100,0 %	

Tableau 15 : Distribution de la vulnérabilité culturelle des participants selon les variables de contrôle (N=9 206)

Vulnérabilité culturelle		Vulnérable	Non vulnérable	Total	P de Chi2
		1580 17,2 %	7626 82,8 %	9206 100,0 %	
Genre	Femme	825 15,5 %	4486 84,5 %	5311 100,0 %	<0,001
	Homme	755 19,4 %	3140 80,6 %	3895 100,0 %	
Perception état de santé	Mauvaise/Moyenne	300 19,6 %	1232 80,4 %	1532 100,0 %	0,006
	Bonne/Très bonne/ Excellente	1280 16,7 %	6394 83,3 %	7674 100,0 %	
Statut d'emploi	Libre	409 15,1 %	2294 84,9 %	2703 100,0 %	0,001
	Temps partiel/ Temps plein	1171 18,0 %	5332 82,0 %	6503 100,0 %	
Perception situation financière	Pauvre/Très pauvre	381 24,9 %	1150 75,1 %	1531 100,0 %	<0,001
	Suffisant/Aisée	1199 15,6 %	6476 84,4 %	7675 100,0 %	
Langue parlée à la maison	Autre	634 88,9 %	79 11,1 %	713 100,0 %	<0,001
	Français et anglais	946 11,1 %	7547 88,9 %	8493 100,0 %	



Tableau 16 : Distribution du genre des participants selon les autres variables de contrôle (N=9206)

Genre		Femme	Homme	Total	P de Chi2
		5311 57,7 %	3895 42,3 %	9206 100,0 %	
Perception état de santé	Mauvaise/Moyenne	990 64,6 %	542 35,4 %	1532 100,0 %	<0,001
	Bonne/Très bonne/ Excellente	4321 56,3 %	3353 43,7 %	7674 100,0 %	
Statut d'emploi	Libre	1962 71,3 %	777 28,7 %	2703 100,0 %	<0,001
	Temps partiel/ Temps plein	3385 52,1 %	3118 47,9 %	6503 100,0 %	
Perception situation financière	Pauvre/Très pauvre	899 58,7 %	632 41,3 %	1531 100,0 %	0,372
	Suffisant/Aisée	4412 57,5 %	3263 42,5 %	7675 100,0 %	
Langue parlée à la maison	Autre	353 49,5 %	360 50,5 %	713 100,0 %	<0,001
	Français et anglais	4958 58,4 %	3535 41,6 %	8493 100,0 %	

Tableau 17 : Distribution de la perception de l'état de santé des participants selon les autres variables de contrôle (N=9 206)

Perception état de santé		Mauvaise/ Moyenne	Bonne/Très bonne/ Excellente	Total	P de Chi2
		1532 16,6 %	7674 83,4 %	9206 100,0 %	
Statut d'emploi	Libre	743 27,5 %	1960 72,5 %	2703 100,0 %	<0,001
	Temps partiel/ Temps plein	789 12,1 %	5714 87,9 %	6503 100,0 %	
Perception situation financière	Pauvre/Très pauvre	479 31,3 %	1052 68,7 %	1531 100,0 %	<0,001
	Suffisant/Aisée	1053 13,7 %	6622 86,3 %	7675 100,0 %	
Langue parlée à la maison	Autre	149 20,9 %	564 79,1 %	713 100,0 %	0,001
	Français et anglais	1383 16,3 %	7110 83,7 %	8493 100,0 %	

Tableau 18 : Distribution du statut d'emploi des participants selon les autres variables de contrôle (N=9 206)

Statut d'emploi		Libre	Temps partiel/ Temps plein	Total	P de Chi2
		2703 29,4 %	6503 70,6 %	9206 100,0 %	
Perception situation financière	Pauvre/Très pauvre	606 39,6 %	925 60,4 %	1531 100,0 %	<0,001
	Suffisant/Aisée	2097 27,3 %	5578 72,7 %	7675 100,0 %	
Langue parlée à la maison	Autre	173 24,3 %	540 75,7 %	713 100,0 %	0,002
	Français et anglais	2530 29,8 %	5963 70,2 %	8493 100,0 %	

Tableau 19 : Distribution de la perception de la situation financière des participants selon la langue parlée à la maison (N=9206)

Perception situation financière		Pauvre/ Très pauvre	Suffisant/ Aisée	Total	P de Chi2
		1531 16,6 %	7675 83,4 %	9206 100,0 %	
Langue parlée à la maison	Autre	211 29,6 %	502 70,4 %	713 100,0 %	<0,001
	Français et anglais	1320 15,5 %	7173 84,5 %	8493 100,0 %	

### ANNEXE 3 : CORRÉLATION ENTRE LES VARIABLES

Tableau 1 : Matrice de corrélation entre chaque 2 paires de variables indépendantes et de contrôle (test de Cramer's V: N=9206)

	Vulnérabilité Sanitaire	Vulnérabilité Biologique	Vulnérabilité Matérielle	Vulnérabilité Relationnelle	Vulnérabilité Culturelle	Genre	Perception État santé	Statut D'emploi	Perception Situation Financière	Langue Parlée à la maison
Vulnérabilité Sanitaire	1,000	0,346 p<0,001	0,149 p<0,001	0,195 p<0,001	0,112 p<0,001	0,081 p<0,001	0,250 p<0,001	0,322 p<0,001	0,072 p<0,001	0,088 p<0,001
Vulnérabilité Biologique	0,346 p<0,001	1,000	0,206 p<0,001	0,286 p<0,001	0,056 p<0,001	0,079 p<0,001	0,113 p<0,001	0,580 p<0,001	0,007 p<0,513	0,074 p<0,001
Vulnérabilité Matérielle	0,149 p<0,001	0,206 p<0,001	1,000	0,057 p<0,001	0,139 p<0,001	0,002 p<0,872	0,123 p<0,001	0,226 p<0,001	0,117 p<0,001	0,054 p<0,001
Vulnérabilité Relationnelle	0,195 p<0,001	0,286 p<0,001	0,057 p<0,001	1,000	0,093 p<0,001	0,037 p<0,001	0,072 p<0,001	0,211 p<0,001	0,044 p<0,001	0,139 p<0,001
Vulnérabilité Culturelle	0,112 p<0,001	0,056 p<0,001	0,139 p<0,001	0,093 p<0,001	1,000	0,050 p<0,001	0,029 p<0,006	0,035 p<0,001	0,091 p<0,001	0,551 p<0,001
Genre	0,081 p<0,001	0,079 p<0,001	0,002 p<0,872	0,037 p<0,001	0,050 p<0,001	1,000	0,063 p<0,001	0,177 p<0,001	0,009 p<0,372	0,048 p<0,001
Perception État santé	0,250 p<0,001	0,113 p<0,001	0,123 p<0,001	0,072 p<0,001	0,029 p<0,006	0,063 p<0,001	1,000	0,188 p<0,001	0,176 p<0,001	0,033 p<0,001
Statut D'emploi	0,322 p<0,001	0,580 p<0,001	0,226 p<0,001	0,211 p<0,001	0,035 p<0,002	0,177 p<0,001	0,188 p<0,001	1,000	0,100 p<0,001	0,032 p<0,002
Perception Situation Financière	0,072 p<0,001	0,007 p<0,513	0,117 p<0,001	0,044 p<0,001	0,091 p<0,001	0,009 p<0,372	0,176 p<0,001	0,100 p<0,001	1,000	0,101 p<0,001
Langue Parlée à la maison	0,088 p<0,001	0,074 p<0,001	0,054 p<0,001	0,139 p<0,001	0,551 p<0,001	0,048 p<0,001	0,033 p<0,001	0,032 p<0,002	0,101 p<0,001	1,000

Tableau 2 : Matrice de corrélation entre chacune de variables indépendantes et variables dépendantes (test de Cramer's V: N=9206)

	Services hospitaliers	Services d'urgence	Besoins non comblés	Accessibilité géographique/ organisationnelle	Accessibilité économique	Continuité d'affiliation	Continuité d'information	Globalité	Réactivité	Résultats
Vulnérabilité Sanitaire	0,135 p<0,001	0,100 p<0,001	0,025 p<0,015	0,037 p<0,002	0,021 p<0,086	0,195 p<0,001	0,055 p<0,001	0,052 p<0,001	0,116 p<0,001	0,114 p<0,001
Vulnérabilité Biologique	0,086 p<0,001	0,026 p<0,013	0,139 p<0,001	0,077 p<0,001	0,093 p<0,001	0,188 p<0,001	0,066 p<0,001	0,070 p<0,001	0,164 p<0,001	0,140 p<0,001
Vulnérabilité Matérielle	0,061 p<0,001	0,057 p<0,001	0,093 p<0,001	0,066 p<0,001	0,105 p<0,001	0,061 p<0,001	0,076 p<0,001	0,070 p<0,001	0,143 p<0,001	0,138 p<0,001
Vulnérabilité Relationnelle	0,021 p<0,049	0,011 p<0,286	0,054 p<0,001	0,042 p<0,001	0,055 p<0,001	0,133 p<0,001	0,056 p<0,001	0,045 p<0,001	0,063 p<0,001	0,072 p<0,001
Vulnérabilité Culturelle	0,012 p<0,245	0,026 p<0,006	0,035 p<0,001	0,016 p<0,198	0,022 p<0,070	0,093 p<0,001	0,075 p<0,001	0,107 p<0,001	0,074 p<0,001	0,087 p<0,001
Genre	0,069 p<0,001	0,009 p<0,404	0,011 p<0,278	0,039 p<0,001	0,057 p<0,001	0,042 p<0,001	0,019 p<0,180	0,032 p<0,010	0,002 p<0,856	0,011 p<0,382
Perception État santé	0,182 p<0,001	0,151 p<0,001	0,098 p<0,001	0,016 p<0,178	0,016 p<0,197	0,005 p<0,672	0,029 p<0,044	0,048 p<0,001	0,019 p<0,111	0,032 p<0,008
Statut D'emploi	0,187 p<0,001	0,012 p<0,261	0,122 p<0,001	0,065 p<0,001	0,085 p<0,001	0,194 p<0,001	0,077 p<0,001	0,069 p<0,001	0,160 p<0,001	0,128 p<0,001
Perception Situation Financière	0,057 p<0,001	0,077 p<0,001	0,075 p<0,001	0,029 p<0,020	0,011 p<0,350	0,043 p<0,001	0,035 p<0,015	0,055 p<0,001	0,005 p<0,666	0,032 p<0,008
Langue Parlée à la maison	0,014 p<0,184	0,021 p<0,040	0,018 p<0,087	0,018 p<0,142	0,003 p<0,836	0,065 p<0,001	0,033 p<0,022	0,070 p<0,001	0,064 p<0,001	0,054 p<0,001

## ANNEXE 4 : ANALYSE BIVARIÉE

Tableau 1 : Rapports de cote (RC) bruts et intervalles de confiance (95 %) de l'utilisation et des besoins non comblés de l'expérience de soins et les vulnérabilités et les variables de contrôle (N=9206)

Variables indépendantes	Utilisation des services		Besoins non comblés en services
	Services hospitaliers	Services d'urgence	
Vulnérabilité sanitaire Personne vulnérable	2,115 1,885-2,372	1,532 1,403-1,673	0,876 0,786-0,975
Personne non vulnérable = référence			
Vulnérabilité biologique Personne vulnérable	1,799 1,562-2,072	0,854 0,754-0,967	0,229 0,181-0,289
Personne non vulnérable = référence			
Vulnérabilité matérielle Personne vulnérable	1,406 1,254-1,577	1,278 1,171-1,394	0,615 0,553-0,684
Personne non vulnérable = référence			
Vulnérabilité relationnelle Personne vulnérable	0,890 0,793-0,999	0,953 0,871-1,042	0,754 0,678-0,839
Personne non vulnérable = référence			
Vulnérabilité culturelle Personne vulnérable	0,913 0,783-1,064	0,862 0,766-0,969	1,306 1,144-1,491
Personne non vulnérable = référence			
Genre Femme	1,490 1,323-1,678	0,963 0,882-1,052	1,061 0,953-1,180
Homme = référence			
Perception état de santé Mauvaise/Moyenne	3,034 2,667-3,450	2,253 2,015-2,519	1,833 1,613-2,082
Bonne/Très bonne/ Excellente = référence			
Statut d'emploi Libre	2,817 2,508-3,164	1,056 0,960-1,161	0,456 0,399-0,521
Temps partiel/ Temps plein = référence			
Perception situation financière Pauvre/Très pauvre	1,478 1,284-1,701	1,526 1,363-1,708	1,605 1,409-1,827
Suffisant/Aisée = référence			
Langue parlée à la maison Autre	0,86 0,689-1,074	0,839 0,710-0,992	1,179 0,976-1,424
Français ou anglais = référence			

Tableau 2 : Rapports de cote (RC) bruts et intervalles de confiance (95 %) de l'accessibilité, la continuité, la globalité, la réactivité et des résultats de services de l'expérience de soins et les vulnérabilités des personnes

Variables indépendantes	Accessibilité Géographique/ Organisationnelle (N=6 685)	Accessibilité Économique (N=6 680)	Continuité D'affiliation (N=6 690)	Continuité D'information (N=4 880)	Globalité (N=6 690)	Réactivité (N=6 690)	Résultats (N=6 690)
Sanitaire Personne vulnérable	1,183 1,062-1,318	1,089 0,988-1,199	2,246 2,032-2,482	1,249 1,115-1,399	1,234 1,121-1,359	1,597 1,449-1,760	1,595 1,446-1,760
Personne non vulnérable = référence							
Biologique Personne vulnérable	1,57 1,364-1,807	1,71 1,488-1,966	2,83 2,470-3,242	1,415 1,221-1,640	1,476 1,292-1,686	2,502 2,182-2,868	2,158 1,877-2,467
Personne non vulnérable = référence							
Matérielle Personne vulnérable	1,344 1,206-1,498	1,526 1,385-1,682	1,283 1,163-1,416	1,362 1,215-1,526	1,325 1,203-1,459	1,724 1,563-1,900	1,761 1,596-1,943
Personne non vulnérable = référence							
Relationnelle Personne vulnérable	1,217 1,088-1,361	1,257 1,139-1,388	1,77 1,596-1,963	1,267 1,125-1,427	1,202 1,089-1,326	1,297 1,174-1,433	1,354 1,224-1,497
Personne non vulnérable = référence							
Culturelle Personne vulnérable	0,906 0,779-1,053	0,885 0,775-1,010	0,577 0,500-0,666	0,646 0,548-0,761	0,544 0,474-0,624	0,657 0,573-0,753	0,602 0,523-0,693
Personne non vulnérable = référence							



Tableau 3 : Rapports de cote (RC) bruts et intervalles de confiance (95 %) de l'accessibilité, la continuité, la globalité, la réactivité et des résultats de services de l'expérience de soins et les vulnérabilités des personnes

Variables indépendantes	Accessibilité Géographique/ Organisationnelle (N=6685)	Accessibilité Économique (N=6680)	Continuité D'affiliation (N=6690)	Continuité D'information (N=4880)	Globalité (N=6690)	Réactivité (N=6690)	Résultats (N=6690)
Genre Femme  Homme = référence	0,836 0,749-0,934	1,265 1,145-1,397	1,193 1,078-1,321	0,923 0,820-1,038	1,14 1,033-1,259	0,991 0,897-1,095	0,956 0,865-1,057
Perception état de santé Mauvaise/Moyenne  Bonne/Très bonne/ Excellente = référence	0,906 0,785-1,046	0,92 0,811-1,044	1,028 0,905-1,168	0,862 0,746-0,996	0,776 0,683-0,881	0,902 0,795-1,024	0,841 0,739-0,957
Statut d'emploi Libre  Temps partiel/ Temps plein = référence	1,362 1,215-1,527	1,457 1,309-1,620	2,345 2,108-2,607	1,387 1,231-1,563	1347 1,213-1,494	2,007 1,807-2,230	1,749 1,574-1,943
Perception situation financière Pauvre/Très pauvre  Suffisant/Aisée = référence	0,836 0,719-0,972	1,065 0,933-1,214	0,784 0,685-0,898	0,823 0,704-0,963	0,741 0,649-0,846	0,972 0,852-1,108	0,835 0,730-0,954
Langue parlée à la maison Autre  Français ou anglais = référence	0,848 0,881-1,057	0,98 0,811-1,185	0,57 0,463-0,703	0,754 0,591-0,961	0,563 0,462-0,687	0,688 0,565-0,837	0,637 0,520-0,780

## 4.2 ARTICLE 2

### L'EFFET MODÉRATEUR DES SOURCES HABITUELLES DE SOINS SUR LA RELATION ENTRE LES VULNÉRABILITÉS DES PERSONNES ET LEUR APPRÉCIATION DE L'EXPÉRIENCE DE SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

Ola M. Haïdar<sup>1</sup>, Paul A. Lamarche<sup>1</sup>, Jean-Frédérique Lévesque<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Université de Montréal, École de santé publique, Département de gestion, d'évaluation et  
de politique de santé

<sup>2</sup>University of New South Wales, Centre for Primary Health Care and Equity, Bureau of  
Health Information

## RÉSUMÉ

**Objectif :** L'objectif principal de cette étude est d'examiner la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins compte tenu des sources habituelles de soins. **Méthodes :** L'étude apprécie l'expérience de soins de première ligne de 9 206 personnes. Leurs vulnérabilités sanitaire, biologique, matérielle, relationnelle et culturelle sont prises en compte. Les sources habituelles de soins sont divisées en trois classes : 1) n'avoir aucune source habituelle de soins; 2) avoir une source habituelle de soins de première ligne représentée par cinq modèles organisationnels des services (quatre modèles de type professionnel : à prestataire unique, de contact, de coordination et de coordination intégré, et un modèle de type communautaire); et finalement, 3) avoir une source habituelle de soins autre que la première ligne. La régression logistique multiple est utilisée comme stratégie d'analyse. **Résultats :** La source habituelle de soins modifie la relation entre les vulnérabilités sanitaire, matérielle et relationnelle et l'appréciation de l'expérience de soins. N'avoir aucune source habituelle de soins ou avoir une source habituelle de soins autre que de première ligne sont associés à des appréciations positives moins fréquentes de l'expérience de soins des personnes vulnérables sanitaire. C'est surtout la source habituelle de soins de première ligne qui est associée à des appréciations positives plus fréquentes de l'expérience de soins des personnes vulnérables matériellement et relationnellement. Cet effet modérateur augmente la proportion des personnes vulnérables qui ont une appréciation positive de l'expérience de soins. Le modèle professionnel de prestataire unique est associé le plus fréquemment au renforcement de l'appréciation de l'expérience de soins des personnes vulnérables. Le modèle professionnel de contact y est le moins fréquemment associé. **Conclusion :** Dans un contexte de croissance continue des populations vulnérables, avoir une source habituelle de soins de première ligne est essentiel pour une meilleure appréciation de l'expérience de soins chez les personnes vulnérables.

**Mots Clés :** vulnérabilités des personnes, appréciation de l'expérience de soins de première ligne, source habituelle de soins, taxonomie, interaction, effet modérateur.

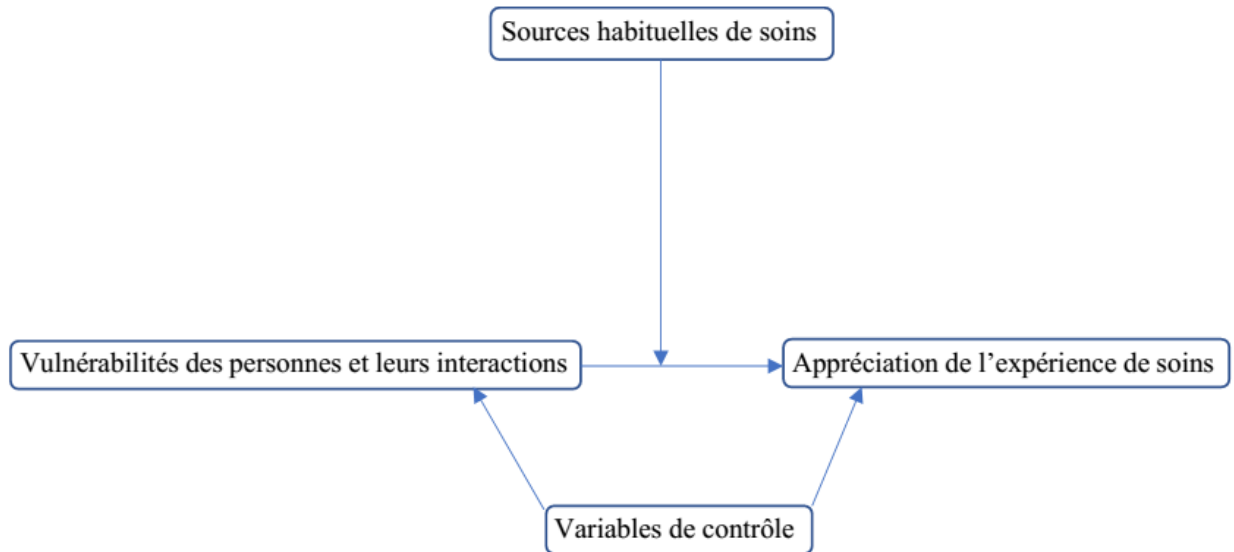
## INTRODUCTION

De récents résultats confirment l'association positive entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins de première ligne (Haidar, Lamarche, Levesque et Pampalon, 2018). Aussi paradoxalement que cela puisse paraître, dans le contexte d'un système universel de soins, les personnes vulnérables affichent plus fréquemment une appréciation positive de leur expérience de soins que les personnes non vulnérables, sauf les personnes vulnérables culturellement, et ce, sur presque toutes les composantes de l'expérience de soins de première ligne.

D'autres résultats démontrent que les sources habituelles de soins influencent l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne de la population en général (Borgès Da Silva, 2010; Geneau, 2004; Haggerty et al., 2007, 2008; Lamarche, 2006; Lamarche et al., 2003; Martsolf et al., 2018; Muggah et al., 2014; Pineault et al., 2008; Riverin et al., 2017; Rodriguez, Scoggins, von Glahn, Zaslavsky et Safran, 2009; Tremblay, Roberge et Berbiche, 2015; Tuominen, Kaljonen, Ahonen et Rautava, 2012). Selon la source habituelle de soins, l'appréciation de l'expérience de soins par l'utilisateur est différente. Cependant, on ne sait pas si l'association entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne est reliée à la source habituelle de soins. Il est possible que certaines sources habituelles de soins soient associées à plus de personnes vulnérables qui ont une appréciation positive de leur expérience de soins, alors que d'autres en ont moins dont l'appréciation de l'expérience de soins est positive. Plusieurs études suggèrent que les appréciations moins positives de certains sous-groupes de la population reflètent leur concentration dans des sources habituelles de soins procurant aux utilisateurs des appréciations moins bonnes de leur expérience de soins (Lyrtzopoulos et al., 2012; Price et al., 2015; Rodriguez, von Glahn, Grembowski, Rogers et Safran, 2008). Ainsi, il est possible que les personnes vulnérables utilisent plus ou moins des sources habituelles de soins associées à des appréciations positives plus fréquentes de l'expérience de soins que les personnes non vulnérables. Autrement dit, on ne sait pas si la source habituelle de soins modifie la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de leur expérience de soins. On ne sait pas non plus si l'effet modérateur de la source habituelle de soins contribue à augmenter ou à diminuer la proportion des personnes vulnérables qui ont une appréciation positive de leur expérience de soins.

## CADRE CONCEPTUEL ET OBJECTIFS

**Figure 4.2 .1 :** Cadre conceptuel de l'analyse de la relation entre les vulnérabilités et l'appréciation de l'expérience de soins compte tenu des sources habituelles de soins



Cette étude propose que la source habituelle de soins a un effet modérateur sur la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne. Les vulnérabilités des personnes sont alors présumées agir en interaction avec la source habituelle de soins pour influencer l'appréciation de l'expérience de soins. Selon la source habituelle de soins, l'influence des vulnérabilités des personnes sur l'appréciation de l'expérience de soins augmente ou diminue. En d'autres mots, certaines sources habituelles de soins sont associées à des appréciations positives plus fréquentes de l'expérience de soins des personnes vulnérables, alors que d'autres sont associées à des appréciations positives moins fréquentes. Nous croyons aussi que les personnes vulnérables sont plus nombreuses dans certaines sources habituelles de soins, mais moins nombreuses dans d'autres. Il est donc possible que l'effet modérateur de la source habituelle de soins augmente ou diminue la proportion de personnes vulnérables dont l'appréciation de l'expérience de soins est positive.

L'objectif principal de cette étude est d'examiner la relation entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins de première ligne compte tenu des sources habituelles de soins. Deux sous objectifs sont visés :

1) examiner l'effet modérateur de la source habituelle de soins sur la relation entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins de première ligne ;

2) déterminer si cet effet modérateur augmente ou diminue la proportion des personnes vulnérables qui ont une appréciation positive de leur expérience de soins.

## **MÉTHODE**

### ***Source de données***

Les données utilisées proviennent de deux volets d'une recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne, réalisée en 2005, dans les deux régions les plus peuplées du Québec : Montréal et la Montérégie (Hamel et al., 2007; Levesque, Pineault, Hamel, et al., 2007; Levesque, Pineault, Simard, et al., 2007; Pineault et al., 2008).

Le premier volet est une enquête téléphonique réalisée auprès d'un échantillon de 9 206 personnes, âgées de 18 ans et plus, résidant sur les territoires des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) de Montréal et de la Montérégie (Levesque, Pineault, Hamel, et al., 2007; Levesque, Pineault, Simard, et al., 2007). L'enquête téléphonique a cerné l'appréciation de plusieurs composantes de l'expérience de soins des personnes, à savoir : l'utilisation des services, les besoins non comblés en services, l'accessibilité, la continuité, la globalité, la réactivité et les résultats de santé des services. Seules les personnes déclarant avoir une source habituelle de soins de première ligne ont donné leur appréciation de l'accessibilité, la continuité, la globalité, la réactivité et des résultats des services reçus auprès de leur source habituelle de soins, soit un sous-groupe de 6 690 personnes. Les analyses ont produit sept indices constitués des scores allant de 0 à 10 sur l'ensemble des items composant les indices d'appréciation de l'expérience de soins. Nous retenons ces indices. Ils se rapportent aux appréciations de l'accessibilité géographique et organisationnelle, l'accessibilité économique, la continuité d'affiliation, la continuité d'information, la globalité, la réactivité et des résultats de santé. Plus le score est élevé, plus

l'appréciation est positive. Des scores relatifs aux indices ont été attribués uniquement aux personnes qui ont donné leur appréciation de tous les items utilisés dans la construction de chacun des sept indices. À titre d'exemple, sur 6 690 personnes, un score d'appréciation de la continuité d'information a été attribué à 4 880 d'entre elles. Cependant, un score a été attribué aux 6 690 personnes pour l'appréciation de la continuité d'affiliation. La méthode utilisée pour construire les sept indices est présentée dans le rapport *L'expérience de soins de la population : Portrait des variations intra-régionales à Montréal et en Montérégie* (Levesque, Pineault, Simard, et al., 2007). L'enquête a également mesuré les caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé de 9 206 personnes sélectionnées, ce qui a servi à apprécier les vulnérabilités des personnes.

Le plan d'échantillonnage est stratifié et non proportionnel à deux niveaux (Pineault et al., 2008). Le premier représente les 23 territoires de CSSS (Centre de santé et services sociaux) dont 12 à Montréal et 11 en Montérégie. Au deuxième niveau, un individu par ménage a été sélectionné de façon aléatoire en utilisant la méthode de génération de numéros de téléphone aléatoire (*random digit dialing*). L'échantillonnage est non proportionnel, car un nombre de 400 répondants était visé par territoire, et ce, malgré des tailles de population différentes. Le nombre final de répondants par territoire varie entre 379 et 415, ce qui représente entre 4,1 % et 4,5 % de l'échantillon total de l'étude.

Le deuxième volet est une enquête réalisée par la poste auprès d'une population recensée de 665 cliniques médicales de première ligne, publiques et privées, établies à Montréal et en Montérégie (Hamel et al., 2007; Pineault et al., 2008). Il s'agit de cliniques médicales de type : 1) bureau et cabinet de médecins; 2) clinique et polyclinique médicale; 3) groupe de médecine de famille (GMF); 4) clinique-réseau affiliée (CRA) et clinique-réseau intégrée (CRI); 5) unité de médecine familiale (UMF) d'un centre local des services communautaires (CLSC) et d'un centre hospitalier universitaire. Au total, 473 cliniques médicales ont participé à l'enquête pour un taux de réponse global de 71 %. L'enquête visait à décrire des caractéristiques organisationnelles importantes des services offerts par les cliniques médicales. Quarante-trois variables ont capté les caractéristiques organisationnelles. Un informateur-clé par clinique a été identifié pour répondre au questionnaire auto administré. Les analyses ont conduit à élaborer une taxonomie de cinq modèles organisationnels des services de première ligne prévalant à Montréal et en Montérégie.

Nous retenons cette taxonomie organisationnelle. La méthode utilisée pour la construire est présentée dans le rapport *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec* (Pineault et al., 2008).

La présente étude vise à relier les vulnérabilités des personnes, les sources habituelles de soins utilisées et l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne auprès de la source habituelle de soins de 9 206 personnes. Pour cette fin, l'un ou l'autre des cinq modèles organisationnels des services de première ligne issus de l'enquête organisationnelle est attribué à un total de 6 630 personnes qui ont déclaré avoir une source habituelle de soins de première ligne d'après l'enquête populationnelle sur un total de 6 690 personnes. Un modèle organisationnel n'a pas été attribué à 60 personnes, car elles ont identifié une source habituelle de soins de première ligne soit localisée hors Montréal ou la Montérégie, soit qui a fermé ses portes ou soit qui n'a pas pu être identifiée par l'enquête organisationnelle. On a ajouté deux autres classes à la taxonomie organisationnelle retenue. La première classe regroupe les personnes déclarant avoir une source habituelle de soins autre que de la première ligne et localisée à Montréal ou en Montérégie ou bien une source habituelle de soins indéterminée localisée hors de Montréal et de la Montérégie (1 304 personnes). La deuxième classe regroupe les personnes qui n'ont pas identifié une source habituelle de soins de première ligne ni une source habituelle de soins autre que de la première ligne (1 272 personnes). Elles sont considérées comme n'ayant aucune source habituelle de soins. Notre but est d'examiner les variations dans les besoins non comblés de l'expérience de soins en tenant compte des trois situations de source habituelle de soins. Quant à l'examen des variations dans d'autres composantes de l'expérience de soins, elle se limite aux personnes à qui on a attribué un modèle organisationnel pour leur source habituelle de soins de première ligne, soit les 6 630 personnes. Il importe de souligner que sur un total de 6 630 personnes, le nombre maximum de personnes à qui on a attribué des scores relatifs aux sept indices issus de l'enquête populationnelle est 6 622 personnes.

### ***Définition et opérationnalisation des variables***

*Vulnérabilités des personnes : variables indépendantes*



Les vulnérabilités des personnes constituent les variables indépendantes de cette étude. La vulnérabilité est définie par la présence d'un facteur chez une personne qui est généralement associé à un risque d'effets indésirables sur sa santé (Aday, 1993; Aday, 1994; Grabovschi, Loignon et Fortin, 2013; Mechanic et Tanner, 2007; Purdy, 2004; Rogers, 1997; Shi et Stevens, 2010; Vladeck, 2007). Plusieurs facteurs peuvent être associés à des effets indésirables sur la santé. Nous en retenons cinq qui sont reliés aux vulnérabilités des personnes (Adler et Newman, 2002; Andersen et Newman, 1973; Asada et Kephart, 2007; Blumenthal, Mort et Edwards, 1995; Economou, Nikolaou et Theodossiou, 2008; Glazier, Tepper, Agha, Moineddin et Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2006; Grabovschi et al., 2013; Grady, 2009; Loeb, Binswanger, Candrian et Bayliss, 2015; Nyamathi, 1998; Quesnel-Vallée, Luchenski et Lynch, 2008; Shi et Stevens, 2010; Valderas, Starfield, Sibbald, Salisbury et Roland, 2009; Vladeck, 2007): sanitaire, biologique, matérielle, relationnelle et culturelle. La vulnérabilité sanitaire fait référence aux incapacités ou aux limitations physiques et cognitives (Loeb et al., 2015; Quesnel-Vallée et al., 2008; Valderas et al., 2009; Vladeck, 2007). Dans cette étude, la vulnérabilité sanitaire est reliée à la présence d'une maladie chronique (Vladeck, 2007). La vulnérabilité biologique est reliée à l'âge de la personne (Aday, 1993; Aday, 2001). Les prématurés, les très jeunes enfants et les personnes plus âgées sont plus vulnérables comparés aux autres groupes d'âge. Dans notre étude, une personne âgée de 65 ans et plus est considérée comme vulnérable biologiquement. La vulnérabilité matérielle réfère au statut socioéconomique (Adler et Newman, 2002; Asada et Kephart, 2007; Economou et al., 2008; Glazier et al., 2006; Quesnel-Vallée et al., 2008; Vladeck, 2007). Trois indicateurs sont généralement utilisés pour apprécier ce statut : l'éducation, l'emploi et le revenu (Adler et Newman, 2002). Les personnes avec un faible niveau d'éducation, les personnes au chômage ou sans emploi et les personnes avec un faible revenu sont considérées comme plus vulnérables sur le plan matériel. Nous n'avons pu construire un indice de vulnérabilité matérielle combinant les trois indicateurs socioéconomiques à cause du problème de faibles effectifs dans diverses combinaisons. On a alors retenu le niveau d'éducation comme mesure de la vulnérabilité matérielle. D'une part, l'éducation est considérée comme la composante socioéconomique la plus importante (Adler et Newman, 2002). D'autre part, elle nous permet de diviser les répondants en deux groupes de taille relativement égale, ce qui n'est pas le cas avec l'emploi et le revenu. La vulnérabilité relationnelle fait référence à l'intensité des relations que la personne entretient avec

son entourage (Aday, 1993; Grady, 2009). La structure familiale et les réseaux sociaux sont des indicateurs des ressources sociales de la personne. Les personnes vivant seules et qui n'ont pas de ressources familiales, les veuves et les veufs et les personnes ne possédant aucun réseau social, sont donc plus vulnérables que les autres sur le plan relationnel. Dans cette étude, nous retenons la taille du ménage comme l'indice de la vulnérabilité relationnelle. Une personne vivant seule ou avec une autre personne est considérée comme vulnérable comparée à une personne vivant avec plus qu'une personne. Quant à la vulnérabilité culturelle, elle est reliée à l'écart qui existe entre la culture de la personne et celle de la population ou du groupe d'intégration (Glazier et al., 2006; Vladeck, 2007). Dans notre étude, la vulnérabilité culturelle est déterminée par le lieu de naissance : à l'extérieur du Canada.

Le tableau 4.2.1 ci-dessous présente la définition opérationnelle des variables indépendantes. Nous avons étudié soigneusement les distributions des variables choisies. Les variables sont opérationnalisées en deux catégories, les personnes vulnérables versus les personnes non vulnérables. Les questions et les échelles de mesure originales utilisées pour apprécier les vulnérabilités des personnes et leur opérationnalisation sont présentées dans un tableau en annexe 1 de la section 4.1.

**Tableau 4.2.1** Définition opérationnelle des vulnérabilités des personnes

<b>Variab</b> les	<b>Cat</b> égories	<b>Op</b> érationnalisation
Vulnérabilité sanitaire	Vulnérable	Atteint d'au moins une maladie chronique : hypertension artérielle, diabète, cholestérol élevé, problème cardiaque, problèmes respiratoires, rhumatisme, arthrite, arthrose.
	Non vulnérable	Aucune maladie chronique :
Vulnérabilité biologique	Vulnérable	Âgé de 65 ans et plus
	Non vulnérable	Âgé de 18 à 64 ans
Vulnérabilité matérielle	Vulnérable	Avoir terminé des études primaires ou secondaires
	Non vulnérable	Avoir terminé des études collégiales ou universitaires
Vulnérabilité relationnelle	Vulnérable	Vivre seul ou avec une autre personne
	Non vulnérable	Vivre avec deux personnes et plus
Vulnérabilité culturelle	Vulnérable	Ne pas être né au Canada
	Non vulnérable	Être né au Canada

### *Appréciation de l'expérience de soins de première ligne : variable dépendante*

L'appréciation de l'expérience de soins de première ligne des personnes est la variable dépendante de l'étude. Elle réfère à la déclaration des personnes de leur utilisation des services et de leurs besoins non comblés en services de santé ainsi qu'à leur appréciation de l'accessibilité, de la continuité, de la globalité, de la réactivité et des résultats de santé des services de première ligne reçus auprès de la source habituelle de soins. Dix composantes cernent l'expérience de soins de première ligne.

L'utilisation des services rend compte de l'utilisation déclarée des personnes des services hospitaliers ainsi que des salles d'urgence. La déclaration des besoins non comblés réfère à la consultation d'un médecin lorsqu'elle est jugée nécessaire, mais sans l'avoir fait (Houle, Sanmartin, Berthelot, Tremblay et Statistique Canada, 2002 ; Levesque, Pineault, Hamel, et al., 2007; Levesque et al., 2012). Le tableau 4.2.2 ci-dessous présente la définition opérationnelle des variables concernant l'utilisation et les besoins non comblés en services déclarés par les personnes. Les questions et les échelles de mesure originales utilisées pour apprécier l'utilisation et les besoins non comblés et leur opérationnalisation sont présentées dans un tableau en annexe 1 de la section 4.1.

**Tableau 4.2.2 :** Définition opérationnelle des variables concernant la déclaration de l'utilisation et des besoins non comblés en services

<b>Variabes</b>	<b>Catégories</b>	<b>Opérationnalisation</b>
<b>Utilisation des services déclarée</b>		
Utilisation déclarée des services hospitaliers	Oui	Utilisation des services hospitaliers au cours des deux années précédant l'enquête
	Non	Non utilisation des services hospitaliers au cours des deux années précédant l'enquête
Utilisation déclarée des services d'urgence	Oui	Utilisation des services d'urgence au cours des deux années précédant l'enquête
	Non	Non utilisation des services d'urgence au cours des deux années précédant l'enquête
<b>Besoins non comblés en services déclarés</b>		
Ressentir le besoin de consulter un médecin sans l'avoir fait	Oui	Ressentir un besoin non comblé en services au cours des six mois précédant l'enquête
	Non	Ne pas ressentir un besoin non comblé en services au cours des six mois précédant l'enquête

L'accessibilité fait référence à l'appréciation des personnes de la facilité d'utiliser les services selon les barrières à l'accès (Levesque, Pineault, Simard, et al., 2007). Dans cette étude, une attention particulière est portée à la perception des personnes quant à l'accessibilité géographique, organisationnelle et économique. L'accessibilité géographique est relative à la facilité d'utiliser les services selon leur emplacement (Donabedian, 1973). Elle est fonction de la distance, du temps de transport ou de l'effort pour se rendre d'un endroit à l'autre (Pineault et Daveluy, 1996). L'accessibilité organisationnelle fait référence à l'appréciation du système d'accueil (ex. système de rendez-vous, heures d'ouverture, etc.) et à la facilité d'entrer en contact avec le personnel (Pineault et Daveluy, 1996). L'accessibilité économique exprime l'appréciation par la personne de sa capacité à payer les services (Penchansky et Thomas, 1981). La continuité est déterminée par la façon avec laquelle les soins sont perçus comme cohérents et reliés dans le temps par une personne (Reid, Mckendry, Haggerty et Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2002). Nous retenons deux composantes de la continuité. La première est la continuité d'affiliation qui désigne une relation thérapeutique patient-soignant qui perdure dans le temps ainsi que l'appréciation par la personne de l'étendue de cette relation (Lamarche et al., 2003). La deuxième est la continuité d'information qui réfère au transfert de l'information sur des événements antérieurs ou de l'information d'un patient traité par plusieurs professionnels simultanément (Lamarche et al., 2003). La globalité correspond à l'appréciation des personnes de la contribution des soins reçus à régler l'ensemble des besoins de santé requis pour eux (Starfield, 1998). Elle peut être générée par la disponibilité dans une institution de tous les services nécessaires pour le patient ou par l'assurance d'avoir accès à d'autres services dans d'autres institutions. La réactivité consiste en la réponse aux attentes légitimes des utilisateurs en ce qui a trait aux aspects non techniques des traitements (Organisation mondiale de la Santé, 2008). Elle présente deux composantes principales que sont le respect des personnes et l'attention accordée au patient. Finalement, les résultats de santé des services font référence à l'appréciation par les personnes de l'aptitude des services à produire les résultats escomptés au niveau de la santé et de la prise en charge des problèmes de santé (Lamarche et al., 2003). Dans cette étude, l'accent est mis sur la prise en charge des problèmes de santé des personnes. Le tableau 4.2.3 ci-dessous présente la définition opérationnelle des variables concernant l'appréciation de l'accessibilité, de la continuité, de la globalité, de la réactivité et des résultats de services par les personnes. Les questions et les

échelles de mesure originales utilisées dans les items composant les sept indices d'appréciation de l'expérience de soins issus de l'étude de Pineault et al. et leur opérationnalisation sont présentées dans un tableau en annexe 1 de la section précédente (section 4.1).

**Tableau 4.2.3 :** Définition opérationnelle des variables concernant l'appréciation de l'accessibilité, de la continuité, de la globalité, de la réactivité et des résultats de santé des services

<b>Variables</b>	<b>Catégories</b>	<b>Opérationnalisation</b>
<b>Appréciation de l'accessibilité géographique et organisationnelle des services (indice composé de 5 items)</b>		
1. Emplacement adéquat 2. Heures d'ouvertures adéquates 3. Facilité de parler à un professionnel quand c'est ouvert 4. Facilité de parler à un professionnel quand c'est fermé 5. Facilité d'entrer dans l'édifice.	Score obtenu à partir de l'indice $\geq 8$ *	Appréciation positive de l'accessibilité géographique et organisationnelle des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
	Score obtenu à partir de l'indice $< 8$	Appréciation moins positive de l'accessibilité géographique et organisationnelle des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
<b>Appréciation de l'accessibilité économique des services (indice composé de 3 items)</b>		
1. Payer pour des examens de laboratoire ou de radiologie 2. Payer pour d'autres services non couverts 3. Payer pour des médicaments ou des fournitures.	Score obtenu à partir de l'indice = 10	Appréciation positive de l'accessibilité économique des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
	Score obtenu à partir de l'indice $< 10$	Appréciation moins positive de l'accessibilité économique des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
<b>Appréciation de la continuité d'affiliation des services (indice composé de 4 items)</b>		
1. Voir le même médecin 2. Histoire médicale connue 3. Médicaments prescrits connus 4. Suivi pour un problème de santé chronique.	Score obtenu à partir de l'indice = 10	Appréciation positive de la continuité d'affiliation des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
	Score obtenu à partir de l'indice $< 10$	Appréciation moins positive de la continuité d'affiliation des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
<b>Appréciation de la continuité d'information des services (indice composé de 3 items)</b>		
1. Téléphoner ou fixer une rencontre pour donner les résultats des tests ou des examens 2. Avoir des explications claires sur les résultats des tests ou des examens 3. Médecin discute avec le patient du rapport reçu du spécialiste.	Score obtenu à partir de l'indice = 10	Appréciation positive de la continuité d'information des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
	Score obtenu à partir de l'indice $< 10$	Appréciation moins positive de la continuité d'information des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
<b>Appréciation de la globalité des services (indice composé de 4 items)</b>		

1. Médecin prend le temps de parler de prévention et habitudes de vie 2. Aider le patient à obtenir les soins 3. Tenir compte de l'opinion du patient 4. Aider le patient à évaluer les pour et les contre pour les décisions concernant sa santé.	Score obtenu à partir de l'indice = 10	Appréciation positive la globalité des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
	Score obtenu à partir de l'indice < 10	Appréciation moins positive de la globalité des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
Appréciation de la réactivité des services (indice composé de 5 items)		
1. Sentir le respect 2. Accueil avec courtoisie 3. Respect de l'intimité physique 4. Médecins passent assez de temps avec le patient 5. Locaux agréables.	Score obtenu à partir de l'indice = 10	Appréciation positive de la réactivité des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
	Score obtenu à partir de l'indice < 10	Appréciation moins positive de la réactivité des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
Appréciation des résultats de santé des services (indice composé de 5 items)		
1. Répondre clairement aux questions 2. Motiver à adopter de bonnes habitudes de vie 3. Permettre de mieux comprendre les problèmes de santé 4. Permettre de prévenir certains problèmes de santé 5. Permettre de bien contrôler les problèmes de santé.	Score obtenu à partir de l'indice = 10	Appréciation positive des résultats de santé des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
	Score obtenu à partir de l'indice < 10	Appréciation moins positive des résultats de santé des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête

\* À cause du faible nombre d'effectifs dans la catégorie score = 10 (3,2 %), nous avons décidé de dichotomiser cette variable à partir du score = 8 pour obtenir un nombre minimal suffisant des personnes (27 % des personnes se sont vues attribuer un score  $\geq 8$ ).

### *Source habituelle de soins : variable modératrice*

En plus des cinq variables indépendantes, l'étude inclut une variable modératrice : la source habituelle de soins des personnes. Elle se définit comme l'organisation de santé où la personne se rend habituellement pour consulter un médecin et obtenir des soins médicaux (Institut canadien d'information sur la santé, 2009). Dans cette étude, elle réfère aux trois situations particulières : 1) n'avoir aucune source habituelle de soins; 2) avoir une source habituelle de soins de première ligne représentée par l'un ou l'autre des cinq modèles organisationnels des services (quatre modèles de type professionnel : à prestataire unique, de contact, de coordination et de coordination intégré, et un modèle de type communautaire); et finalement, 3) avoir une source habituelle de soins autre que de première ligne.

Le tableau 4.2.4 ci-dessous présente une définition opérationnelle de la source habituelle de soins des personnes. La question et l'échelle de mesure originale utilisées pour identifier la source habituelle de soins et son opérationnalisation sont présentées au tableau 1 en annexe 1 de la section 4.2. Les variables organisationnelles retenues pour l'analyse par l'équipe de Pineault et al. (2008) sont présentées au tableau 2 de la même annexe.



**Tableau 4.2.4 : Définition opérationnelle de la source habituelle de soins**

<b>Source habituelle de soins</b>	<b>Catégories</b>	<b>Opérationnalisation</b>
Pas de source habituelle de soins		Personne qui n'a identifié aucun endroit habituel ou endroit où il se rend le plus fréquemment depuis les deux dernières années pour voir un médecin pour ses soins médicaux généraux.
Source habituelle de soins de première ligne		Personne qui a identifié une organisation des services de santé de première ligne comportant un ou plusieurs médecins de famille, généralistes ou omnipraticiens comme endroit habituel ou endroit où il se rend le plus fréquemment depuis les deux dernières années pour voir un médecin pour ses soins médicaux généraux (situation représentée par cinq modèles organisationnels des services de première ligne différenciés selon la vision, les ressources, la structure et les pratiques) :
	Modèle organisationnel professionnel à prestataire unique	Vision : Responsabilité de clientèle; Ressources : Peu; Structure : gouverne privée/professionnelle, intégration faible au réseau; Pratiques : Étendue restreinte des services, pratique solo, modalités de consultation sur rendez-vous majoritairement.
	Modèle organisationnel professionnel de contact	Vision : Responsabilité centrée sur les patients individuellement; Ressources : moyen; Structure : gouverne privée/professionnelle, intégration moyenne au réseau; Pratiques : Étendue restreinte des services, pratique de groupe, modalités de consultation sans rendez-vous majoritairement.
	Modèle organisationnel professionnel de coordination	Vision : Responsabilité de clientèle; Ressources : Moyen; Structure : gouverne privée/professionnelle, intégration moyenne au réseau; Pratiques : Étendue moyenne des services, pratique de groupe, modalités de consultation sur rendez-vous majoritairement.
	Modèle organisationnel professionnel de coordination intégrée	Vision : Responsabilité populationnelle et de clientèle; Ressources : Beaucoup; Structure : gouverne privée-professionnelle, intégration élevée au réseau; Pratiques : Grande étendue des services, pratique de groupe, modalités de consultation mixte (sur et sans rendez-vous).
	Modèle organisationnel communautaire	Vision : Approche populationnelle; Ressources : Beaucoup; Structure : gouverne publique, intégration élevée au réseau; Pratiques : Grande étendue des services, pratique de groupe, modalités de consultation mixte (sur et sans rendez-vous).
Source habituelle de soins autre que la première ligne		Personne qui a identifié une clinique externe d'un hôpital, une clinique d'un médecin spécialiste, l'urgence d'un hôpital ou qui a indiqué qu'il reçoit des soins à domicile ou dans des résidences de personnes âgées ou tout autre type de soins comme un endroit habituel ou endroit où il se rend le plus fréquemment depuis les deux dernières années pour voir un médecin pour ses soins médicaux généraux.

Enfin, nous retenons cinq variables de contrôle pour les analyses : la perception de la personne de son état de santé (mauvaise/moyenne versus bonne/excellente)(Elliott et al., 2010; Muggah et al., 2014), le genre (femme versus homme)(Kontopantelis, Roland et Reeves, 2010; Pampalon, Hamel, Gamache et Raymond, 2009), le statut d'emploi (sans emploi versus emploi temps plein ou partiel)(Hiotis et al., 2005; Kontopantelis et al., 2010), la perception de la personne de sa situation financière (très pauvre/pauvre versus revenu suffisant/à l'aise) et finalement, la langue parlée à la maison (autre langue versus français ou anglais)(Elliott et al., 2010). Les questions et les échelles de mesure originales utilisées pour rendre compte des variables de contrôle sont présentées dans un tableau en annexe 1 de la section 4.1. Ces variables peuvent influencer les variables indépendantes et les variables dépendantes. Il faut éliminer leur influence dans l'analyse de la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins.

### *Analyses statistiques*

Le logiciel SPSS est utilisé pour réaliser les analyses statistiques (version 16). La régression logistique avec les données non pondérées est utilisée comme stratégie d'analyse. Notre but est d'apprécier des associations dans la population et non pas d'estimer des paramètres pour l'ensemble de la population (Rothman, Gallacher et Hatch, 2013). Les variables incluses dans la régression logistique sont toutes à deux catégories, sauf la variable de la source habituelle de soins. Cette dernière est à sept catégories lorsqu'on analyse des variations dans l'appréciation de l'expérience de soins en fonction de trois situations de la source habituelle de soins. Elle est à cinq catégories lorsqu'on analyse des variations uniquement en fonction de la source habituelle de soins de première ligne. Selon les variables, les catégories de référence sont les personnes non vulnérables, les personnes affiliées au modèle professionnel de coordination intégré comme source habituelle de soins de première ligne, les personnes déclarant ne pas avoir utilisé des services hospitaliers ou des salles d'urgence, les personnes déclarant ne pas avoir ressenti des besoins non comblés en services et, finalement, les personnes dont les appréciations de l'accessibilité, de la continuité, de la globalité, de la réactivité et des résultats des services sont moins positives. Le seuil de signification des tests statistiques est de 0,05.

La force des associations (tableaux croisés avec tests de Chi2 et test de Cramer's V) ainsi que les résultats des analyses de régression logistique simple (analyse bivariée) entre les variables indépendantes et de contrôle et les variables dépendantes sont présentés en annexe (2, 3 et 4) de la section 4.1. En observant la matrice de corrélation entre les variables (annexe 3), on ne remarque aucune association forte. Les deux plus fortes associations sont entre les deux paires de variables suivantes : la vulnérabilité biologique et le statut d'emploi (test de Cramer's V = 0,580) et la vulnérabilité culturelle et la langue parlée à la maison (test de Cramer's V = 0,551). Ces résultats ne suggèrent aucun problème de multicollinéarité. Par ailleurs, une association multiple pourrait tout de même engendrer ce problème, ce qui provoquerait une augmentation importante de la variance des estimateurs, les rapports de cote (RC). Autrement dit, les intervalles de confiance (IC) deviennent larges. En observant les IC de nos RC, on ne constate aucun problème de multicollinéarité étant donné la largeur des IC. Pour ce qui est des tableaux croisés avec le test de Chi2, on observe certaines associations non significatives entre les variables, et ce malgré la grande puissance statistique (N=9 206).

Pour détecter la force de l'association entre la variable modératrice et les variables indépendantes, de contrôle et dépendantes, nous avons effectué des tableaux croisés avec un test de chi2. Les tableaux regroupant les résultats de ces tests sont présentés en annexe 2. Ils nous indiquent l'existence de certaines associations non significatives. Nous avons aussi effectué une régression simple (analyse bivariée) entre la variable modératrice et chacune des variables dépendantes. Les tableaux présentés en annexe 3 regroupent les RC bruts associant la variable modératrice et les variables dépendantes.

La vérification de l'effet modérateur de la source habituelle de soins sur la relation entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins est faite en tenant en compte uniquement des interactions entre chacune des cinq vulnérabilités et la source habituelle de soins (cinq interactions doubles). Nous ne tenons pas en compte des interactions entre les vulnérabilités elles-mêmes (Haidar et al., 2018), car cela nous amènerait à analyser des termes d'interaction triple et même plus. Notre stratégie de modélisation consiste à concevoir un modèle spécifiant toutes les interactions doubles entre les vulnérabilités et la source habituelle de soins. Les interactions doubles s'avérant significatives sont retenues pour une nouvelle modélisation.

Cette nouvelle modélisation inclut les cinq vulnérabilités, la source habituelle de soins et les interactions doubles significatives en plus des cinq variables de contrôle. Le modèle est raffiné graduellement en retirant les variables non significatives : d'abord les variables de contrôle, ensuite les vulnérabilités et finalement, les interactions doubles. Le raffinement se termine par un modèle ne contenant que des variables significatives. Dans le cas où le modèle final contient plus qu'une interaction double significative, chacune des interactions est étudiée séparément.

Les tableaux 4.2.10 et 4.2.11 présentent les RC ajustés des composantes de l'expérience de soins qui sont significativement modifiées par les interactions entre les vulnérabilités et la source habituelle de soins. Ces RC sont ajustés pour les vulnérabilités et les variables de contrôle retenues dans le modèle final. Une interaction entre la source habituelle de soins et la vulnérabilité est de 14 catégories (2x7) pour l'analyse des variations des besoins non comblés. Elle est de 10 catégories (2x5) pour l'analyse des variations d'autres composantes de l'expérience de soins. La catégorie de référence d'une interaction regroupe toujours les personnes non vulnérables affiliées à un modèle organisationnel professionnel de coordination intégré comme source habituelle de soins de première ligne. Un  $RC > 1$  signifie que les personnes vulnérables utilisant cette source habituelle de soins sont plus nombreuses à exprimer une appréciation positive de cette composante de l'expérience de soins comparativement aux personnes non vulnérables utilisant le modèle professionnel de coordination intégré. Pour la composante des besoins non comblés, c'est un  $RC < 1$  qui désigne une déclaration positive : les personnes vulnérables sont moins nombreuses à exprimer des besoins non comblés comparées aux personnes non vulnérables. Dans les tableaux 4.2.10 et 4.2.11, la couleur bleue désigne une augmentation du nombre des personnes vulnérables qui ont une appréciation positive de leur expérience de soins, alors que la couleur rouge désigne une diminution de ce nombre.

Enfin, un test de chi carré est réalisé pour vérifier l'association entre les vulnérabilités impliquées dans des interactions significatives et la source habituelle de soins (tableau 4.2.12). Ce test permet d'identifier la ou les sources habituelles de soins qui ont des pourcentages plus ou moins élevés de personnes vulnérables comparativement à ce qui est attendu sous l'hypothèse d'une répartition uniforme des vulnérabilités dans les sources habituelles de soins. Ce test de chi carré est réalisé sur le total de l'échantillon (N=9 206). Par contre, l'analyse de l'effet modérateur

de la source habituelle est réalisée sur des échantillons dont le nombre des personnes varie de 4 880 à 9 206. On ne connaît pas le nombre réel des personnes vulnérables qui affichent une appréciation positive de leur expérience de soins pour chacune des sources habituelles de soins. Nous allons donc faire une synthèse des analyses de l'effet modérateur et de test de chi carré pour conclure sur le deuxième sous-objectif. Lorsqu'un effet positif plus fort de la vulnérabilité sur l'appréciation de l'expérience de soins se produit ( $RC > 1$ ) pour une source habituelle de soins qui a un plus grand pourcentage de personnes vulnérables que la proportion attendue, nous concluons que cet effet modérateur de la source habituelle de soins contribue à accroître la proportion des personnes vulnérables qui ont une appréciation positive de leur expérience de soins. À l'inverse, lorsqu'un effet positif plus fort de la vulnérabilité se produit dans une source habituelle de soins qui a un pourcentage plus faible de personnes vulnérables que la proportion attendue, nous concluons que cet effet modérateur diminue la proportion des personnes vulnérables qui ont une appréciation positive de leur expérience de soins. Dans le tableau 4.2.12, la couleur bleue est pour désigner un pourcentage plus élevé à ce qui est attendu, alors que la couleur rouge désigne un pourcentage moins élevé.

## RÉSULTATS

### *Caractéristiques des participants*

**Tableau 4.2.5 :** Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les vulnérabilités (N=9 206)

<b>Vulnérabilités</b>	<b>Catégories</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Sanitaire	Vulnérable	3 844	41,8 %
	Non vulnérable	5 362	58,2 %
Biologique	Vulnérable	1 379	15,0 %
	Non vulnérable	7 827	85,0 %
Matérielle	Vulnérable	4 625	50,2 %
	Non vulnérable	4 581	49,8 %
Relationnelle	Vulnérable	5 690	61,8 %
	Non vulnérable	3 516	38,2 %
Culturelle	Vulnérable	1 580	17,2 %
	Non vulnérable	7 626	82,8 %

Le tableau 4.2.5 présente la répartition des participants (nombre et pourcentage) selon leurs vulnérabilités. Les vulnérabilités qui affectent le plus les participants sont les vulnérabilités relationnelle (61,8 %), matérielle (50,2 %) et sanitaire (41,8 %).

**Tableau 4.2.6 :** Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les composantes de l'utilisation des services et des besoins non comblés de l'expérience de soins (N=9 206)

Composantes de l'expérience de soins	Catégories	Nombre	Pourcentage
Utilisation des services hospitaliers	Oui	1 411	15,3 %
	Non	7 795	84,7 %
Utilisation des services d'urgence	Oui	3 031	32,9 %
	Non	6 175	67,1 %
Besoins non comblés en services	Oui	1 704	18,5 %
	Non	7 502	81,5 %

**Tableau 4.2.7 :** Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les composantes de l'accessibilité, de la continuité, de la globalité, de la réactivité et des résultats de l'expérience de soins

Composante de l'expérience de soins	Catégories	Nombre	Pourcentage
Accessibilité géographique et organisationnelle (N=6 685)	Appréciation positive	1 813	27,1 %
	Appréciation moins positive	4 872	72,9 %
Accessibilité économique N=6 680)	Appréciation positive	3 745	56,1 %
	Appréciation moins positive	2 935	43,9 %
Continuité d'affiliation (N=6 690)	Appréciation positive	2 643	39,5 %
	Appréciation moins positive	4 047	60,5 %
Continuité d'information (N=4 880)	Appréciation positive	2 095	42,9 %
	Appréciation moins positive	2 785	57,1 %
Globalité (N=6 690)	Appréciation positive	3 125	46,7 %
	Appréciation moins positive	3 565	53,3 %
Réactivité (N=6 690)	Appréciation positive	2 942	44,0 %
	Appréciation moins positive	3 748	56,0 %
Résultats (N=6 690)	Appréciation positive	2 744	41,0 %
	Appréciation moins positive	3 946	59,0 %

Le nombre de participants à répartir varie selon les composantes de l'expérience de soins. Il est de 9 206 pour les composantes de l'utilisation des services et des besoins non comblés (tableau 4.2.6) et de 6 690 pour les autres composantes (tableau 4.2.7). L'utilisation des services d'urgence est deux fois plus élevée que celle des services hospitaliers (32,9 % versus 15,3 %) alors que 18,5% des personnes affirment avoir des besoins non comblés. L'appréciation positive de l'accessibilité

géographique et organisationnelle est la moins fréquente. Elle est appréciée positivement par 27,1 % des personnes. Le pourcentage des personnes qui ont une appréciation positive des autres composantes de l'expérience de soins est plus élevé : entre 39,5 % et 56,1 %.

**Tableau 4.2.8** : Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon la source habituelle de soins (N=9 206)

Source habituelle de soins	Catégories	Nombre	Pourcentage
Aucune source de soins		1 272	13,8 %
Source de soins première ligne			
	Modèle professionnel à prestataire unique	844	9,2 %
	Modèle professionnel de contact	1 277	13,9 %
	Modèle professionnel de coordination	1 513	16,4 %
	Modèle professionnel de coordination intégrée	2 343	25,5 %
	Modèle communautaire	653	7,1 %
Sous-total		6 630	72,0 %
Sources de soins autres que de la première ligne		1 304	14,2 %
Total		9 206	100,0 %

Le tableau 4.2.8 révèle que la grande majorité des participants ont une source habituelle soins de première ligne (72,0 %). Un faible pourcentage n'a aucune source habituelle de soins (13,8 %) ou une source habituelle de soins autre que de première ligne (14,2 %). Le modèle de coordination intégré est la source habituelle de soins utilisée par le plus fort pourcentage des personnes (25,5 %) alors que le modèle communautaire et le modèle de prestataire unique le sont par des pourcentages plus faibles (respectivement, 7,1 % et 9,2 %).

Enfin, nous ajoutons que l'échantillon est composé de 57,7 % de femmes et de 70,6 % de personnes qui ont un emploi (voir tableau 4.2.9 ci-dessous). La grande majorité des personnes ont une bonne ou excellente perception de leur état de santé (83,4 %) et de leur situation financière (83,4%).



**Tableau 4.2.9** : Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les variables de contrôle (N=9 206)

<b>Variabiles de contrôle</b>	<b>Catégories</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Genre	Femme	5 311	57,7 %
	Homme	3 895	42,3 %
Perception de l'état de santé	Mauvaise/Moyenne	1 532	16,6 %
	Bonne/Très bonne/Excellente	7 674	83,4 %
Statut d'emploi	Libre	2 703	29,4 %
	Temps partiel/Temps plein	6 503	70,6 %
Perception de la situation financière	Pauvre/Très pauvre	1 531	16,6 %
	Suffisant/Aisé	7 675	83,4 %
Langue parlée à la maison	Autre	713	7,7 %
	Français ou anglais	8 493	92,3 %

*Effet modérateur de la source habituelle de soins sur la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins*

**Tableau 4.2.10 :** Rapports de cote (RC) ajustés et intervalles de confiance (95 %) des besoins non-comblés de l'expérience de soins et des interactions statistiquement significatives entre les vulnérabilités et la source habituelle de soins (N=9 206)

Composantes de l'expérience de soins		Source habituelle de soins						Autre que de première ligne
		Aucune	De première ligne				Modèle communautaire	
			Modèles professionnels					
			A prestataire unique	De contact	De coordination	De coordination intégré		
Personnes vulnérables								
Besoins non comblés	Sanitairement *	1,729 1,215-2,460	0,798 0,583-1,093	1,157 0,889-1,505	0,81 0,626-1,048	0,948 0,758-1,185	1,162 0,821-1,646	1,336 1,018-1,752
	Matériellement **	0,568 0,428-0,754	0,574 0,416-0,792	0,664 0,501-0,880	0,67 0,516-0,871	0,689 0,554-0,857	0,662 0,457-0,959	0,919 0,714-1,182
Personnes non vulnérables								
Besoins non comblés	Sanitairement *	0,761 0,606-0,955	0,791 0,582-1,075	1,26 1,008-1,574	0,96 0,762-1,210	1,0	1,093 0,824-1,451	0,991 0,791-1,243
	Matériellement **	1,021 0,793-1,314	0,79 0,582-1,072	1,447 1,158-1,807	0,869 0,688-1,099	1,0	1,271 0,961-1,681	0,996 0,782-1,269

\* RC ajusté pour les vulnérabilité biologique, matérielle et relationnelle, le genre, la perception de l'état de santé, le statut d'emploi et la perception de la situation financière.

\*\* RC ajusté pour les vulnérabilités sanitaire, biologique et relationnelle, le genre, la perception de l'état de santé, le statut d'emploi et la perception de la situation financière.

**Tableau 4.2.11** : Rapports de cote (RC) ajustés et intervalles de confiance (95 %) de l'accessibilité géographique et organisationnelle, la continuité d'affiliation, la globalité, la réactivité et des résultats de l'expérience de soins et des interactions statistiquement significatives entre les vulnérabilités et la source habituelle de soins

Composantes de l'expérience de soins		Source habituelle de soins de première ligne				
		Modèles professionnels				Modèle communautaire
		À prestataire Unique	De contact	De coordination	De coordination intégré	
<b>Personnes vulnérables</b>						
Accessibilité géographique/ organisationnelle (N=6 612)	Matériellement *	2,125 1,673-2,700	0,964 0,752-1,236	1,269 1,018-1,581	1,369 1,131-1,657	2,236 1,688-2,962
	Relationnellement **	2,193 1,729-2,783	0,918 0,726-1,161	1,001 0,804-1,245	1,193 0,980-1,452	1,643 1,266-2,133
Continuité d'affiliation (N=6 622)	Relationnellement ***	5,683 4,433-7,285	1,291 1,032-1,615	2,544 2,070-3,125	1,563 1,288-1,895	1,518 1,168-1,973
Globalité (N=6 622)	Matériellement ****	1,760 1,406-2,202	0,959 0,777-1,183	1,461 1,205-1,772	1,185 1,003-1,401	1,365 1,045-1,782
Réactivité (N=6 622)	Matériellement *****	2,097 1,668-2,636	1,094 0,884-1,353	1,661 1,365-2,020	1,284 1,084-1,521	1,234 0,942-1,618
Résultats (N=6 622)	Relationnellement*** ***	2,040 1,624-2,564	0,949 0,770-1,170	1,373 1,131-1,667	1,235 1,033-1,475	1,062 0,872-1,364
<b>Personnes non vulnérables</b>						
Accessibilité géographique/ organisationnelle (N=6 612)	Matériellement *	2,984 2,327-3,828	0,719 0,565-0,915	0,79 0,627-0,995	1,0	1,639 1,258-2,135
	Relationnellement **	2,557 1,950-3,353	0,613 0,462-0,813	0,890 0,688-1,151	1,0	2,130 1,571-2,889
Continuité d'affiliation (N=6 622)	Relationnellement ***	6,375 4,808-8,451	0,906 0,695-1,182	2,168 1,718-2,735	1,0	1,096 0,781-1,539
Globalité (N=6 622)	Matériellement ****	2,060 1,618-2,623	0,770 0,633-0,938	0,951 0,788-1,148	1,0	0,990 0,776-1,263
Réactivité (N=6 622)	Matériellement *****	2,025 1,592-2,575	0,654 0,532-0,804	0,939 0,775-1,138	1,0	0,767 0,594-0,990
Résultats (N=6 622)	Relationnellement *****	2,447 1,878-3,189	0,74 0,581-0,942	1,371 1,100-1,710	1,0	1,238 0,917-1,673

\* RC ajusté pour les vulnérabilités biologique et relationnelle, le genre, la perception de l'état de santé, le statut d'emploi et la perception de la situation financière.

\*\* RC ajusté pour les vulnérabilité biologique et matérielle, le genre, la perception de l'état de santé, le statut d'emploi et la perception de la situation financière.

\*\*\* RC ajusté pour les vulnérabilité sanitaire, biologique et culturelle, la perception de l'état de santé, le statut d'emploi et la perception de la situation financière.

\*\*\*\* RC ajusté pour la vulnérabilité culturelle, la perception de l'état de santé, le statut d'emploi et la perception de la situation financière.

\*\*\*\*\* RC ajusté pour les vulnérabilités sanitaire, biologique et culturelle, la perception de l'état de santé et le statut d'emploi.

\*\*\*\*\* RC ajusté pour les vulnérabilités sanitaire, biologique, matérielle et culturelle, le genre, la perception de l'état de santé, le statut d'emploi et la perception de la situation financière.

Les analyses démontrent que la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de leur expérience de soins est généralement modifiée par la source habituelle de soins utilisée. Leurs vulnérabilités sanitaire, matérielle et relationnelle interagissent avec la source habituelle de soins pour influencer l'appréciation de l'expérience de soins. L'utilisation des services hospitaliers et des salles d'urgences et les appréciations de l'accessibilité économique et la continuité d'information ne sont pas modifiées par cette interaction. Comparées aux personnes non vulnérables affiliées au modèle professionnel de coordination intégré, les personnes vulnérables sont plus nombreuses à exprimer une appréciation positive de leur expérience de soins lorsqu'elles utilisent certaines sources habituelles de soins et moins nombreuses lorsqu'elles en utilisent d'autres.

Le tableau 4.2.10 présente les RC et IC (95 %) des besoins non comblés de l'expérience de soins et des interactions statistiquement significatives entre les vulnérabilités et la source habituelle de soins. Il révèle que la source habituelle de soins modifie la relation entre les vulnérabilités sanitaire et matérielle et la déclaration des besoins non comblés. N'avoir aucune source habituelle de soins ou avoir une source habituelle de soins autre que de première ligne sont associés à une augmentation du nombre de personnes vulnérables sanitaire qui déclarent avoir des besoins non comblés (respectivement,  $RC=1,729$  et  $RC=1,336$ ). Les besoins non comblés sont moins

fréquents chez les personnes vulnérables matériellement lorsqu'elles n'ont aucune source habituelle de soins (RC=0,568) ou une source habituelle de soins de première ligne, et ce, peu importe le modèle organisationnel (RC variant de 0,574 pour le modèle professionnel de prestataire unique à 0,689 pour le modèle professionnel de coordination intégré).

Il révèle aussi que l'effet modérateur de la source habituelle de soins est moins présent chez les personnes non vulnérables. Les personnes non vulnérables sanitaire ont moins de besoins non comblés lorsqu'elles n'ont aucune source habituelle de soins (RC=0,761). Les personnes non vulnérables sur les plans sanitaire et matériel déclarent avoir plus de besoins non comblés lorsque leur source habituelle de soins est du type modèle professionnel de contact (respectivement, RC=1,26 et RC=1,447).

Le tableau 4.2.11 présente les RC et intervalles de confiance (95 %) d'autres composantes de l'expérience de soins ainsi que des interactions statistiquement significatives entre les vulnérabilités et la source habituelle de soins de première. Il révèle que la source habituelle de soins modifie la relation entre les vulnérabilités matérielle et relationnelle et les appréciations de l'accessibilité géographique et organisationnelle, de la continuité d'affiliation, de la globalité, de la réactivité et des résultats des services. Avoir une source habituelle de soins de première ligne est généralement associée à une augmentation du nombre des personnes vulnérables qui ont une appréciation positive de ces composantes de l'expérience de soins. Toutefois, ce tableau fait ressortir que les modèles organisationnels de première ligne assurent, à différents degrés, plus fréquemment une telle appréciation de ces composantes. Le modèle professionnel de prestataire unique est celui qui est associé le plus fréquemment à une augmentation du nombre des personnes vulnérables qui ont une appréciation positive de ces composantes de leur expérience de soins (les 6 RC sont tous > 1). Le modèle professionnel de contact est celui qui est le moins fréquemment associé à une telle appréciation. Il ne procure une appréciation positive plus fréquente que pour la continuité d'affiliation chez les personnes vulnérables relationnellement. Nous soulignons que dans le cas de l'appréciation de la continuité d'affiliation chez les personnes vulnérables relationnellement, les cinq modèles organisationnels augmentent l'appréciation positive de cette composante (RC variant de 1,291 pour le modèle professionnel de contact à 5,683 pour le modèle professionnel de prestataire unique).

Le modèle communautaire assure des appréciations positives plus fréquentes justement pour l'accessibilité géographique et organisationnelle, la continuité d'affiliation et la globalité chez les personnes vulnérables sur les plans matériel et relationnel (seulement 4 RC sont  $> 1$ ). Les deux modèles professionnels de coordination produisent une appréciation positive plus fréquente pour toutes les composantes, sauf pour l'accessibilité géographique et organisationnelle chez les personnes vulnérables sur le plan relationnel (seulement 5 RC sont  $> 1$ ).

Ce tableau laisse aussi entrevoir que l'appréciation de l'expérience de soins des personnes non vulnérables sur les plans matériel et relationnel diffère selon le modèle organisationnel de leur source habituelle de soins. Le modèle professionnel de prestataire unique est celui qui est associé le plus fréquemment à une augmentation du nombre de personnes non vulnérables qui ont une appréciation positive de leur expérience de soins (les 6 RC sont tous  $> 1$ ). Le modèle professionnel de contact est associé le plus fréquemment à une diminution du nombre de personnes non vulnérables qui ont une appréciation positive de leur expérience de soins (5 RC sont  $< 1$ ). Le modèle professionnel de coordination et le modèle communautaire augmentent l'appréciation positive de certaines composantes de l'expérience de soins et diminuent une telle appréciation pour d'autres chez les personnes non vulnérables.

### ***Effet modérateur de la source habituelle de soins et proportion des personnes vulnérables qui ont une appréciation positive de leur expérience de soins***

Le deuxième objectif de cette étude est d'examiner si les effets modérateurs des sources habituelles de soins influencent la proportion des personnes vulnérables qui expriment une appréciation positive de leur expérience de soins.

La section précédente révèle que le modèle professionnel de prestataire unique est la source habituelle de soins qui est associée à un plus grand nombre de personnes vulnérables sur les plans matériel et relationnel qui ont une appréciation positive de leur expérience de soins (tableaux 4.2.10 et 4.2.11). Cet effet modérateur est moins fréquent chez les personnes qui ont le modèle professionnel de contact comme source habituelle de soins. La répartition des personnes vulnérables dans les différentes sources habituelles de soins permet de voir si l'effet modérateur se produit dans la source habituelle de soins qui est utilisée par le plus fort pourcentage de personnes vulnérables. Le tableau 4.2.12 présente cette répartition.

Les tests de Chi2 indiquent que les différentes sources habituelles de soins n'attirent pas également les personnes vulnérables. Le modèle professionnel de prestataire unique est celui dont la clientèle est composée d'un pourcentage plus élevé de personnes vulnérables sur les plans sanitaire, matériel et relationnel, comparativement à celle de toutes les sources habituelles de soins confondues. Le modèle professionnel de contact est la source habituelle de soins dont la clientèle est composée proportionnellement de moins de personnes vulnérables sur les plans matériel et relationnel.

L'effet modérateur de la source habituelle de soins de première ligne contribue donc à accroître la proportion des personnes vulnérables, notamment sur les plans matériel et relationnel, qui ont une appréciation positive de leur expérience de soins. Les effets modérateurs de n'avoir aucune source habituelle de soins et d'avoir une source habituelle de soins autre que de première ligne sur les besoins non comblés des personnes vulnérables sanitaires se produisent là où ces personnes sont effectivement les moins nombreuses. Il contribue également à ce qu'une proportion plus élevée de personnes vulnérables exprime une appréciation positive de l'expérience de soins.

**Tableau 4.2.12** : Répartition (nombre et pourcentage) des participants vulnérables et non vulnérables selon la source habituelle de soins par rapport à la population en général (N=9 206)

Vulnérabilités des personnes	Source habituelle de soins							Ensemble des participants toutes sources habituelles de soins confondues	P de Chi2
	Aucune	De première ligne					Autre que de première ligne		
		Modèles professionnels			Modèle communautaire				
		À prestataire unique	De contact	De coordination		De coordination intégré			
Vulnérables sanitairement	246 19,3%	451 53,4%	546 42,8%	752 49,7%	1075 45,9%	275 42,1%	499 38,3%	3844 41,8%	<0,001
Non vulnérables sanitairement	1026 80,7%	393 46,6%	731 57,2%	761 50,3%	1268 54,1%	378 57,9%	805 61,7%	5362 58,2%	
Vulnérables matériellement	677 53,2%	466 55,2%	556 43,5%	730 48,2%	1260 53,8%	285 43,6%	651 49,9%	4625 50,2%	<0,001
Non vulnérables matériellement	595 46,8%	378 44,8%	721 56,5%	783 51,8%	1083 46,2%	368 56,4%	653 50,1%	4581 49,8%	
Vulnérables relationnellement	796 62,6%	525 62,2%	746 58,4%	958 63,3%	1416 60,4%	411 62,9%	838 64,3%	5690 61,8%	0,034
Non vulnérables relationnellement	476 37,4%	319 37,8%	531 41,6%	555 36,7%	927 39,6%	242 37,1%	466 35,7%	3516 38,2%	
Total	1272 100,0%	844 100,0%	1277 100,0%	1513 100,0%	2343 100,0%	653 100,0%	1304 100,0%	9206 100,0%	



## DISCUSSION

Cette étude révèle, dans le contexte d'un système universel de soins, que la relation entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins de première ligne est modifiée par la source habituelle de soins.

Les personnes vulnérables, particulièrement sur le plan sanitaire, qui n'ont pas une source habituelle de soins ou qui ont une source habituelle de soins autre que de première ligne ont une appréciation positive moins fréquente de leur expérience de soins, notamment en ce qui a trait aux besoins non comblés. Les personnes vulnérables sur les plans matériel et relationnel ont une appréciation positive plus fréquente de leur expérience de soins lorsqu'elles utilisent une source habituelle de soins de première ligne. Mais les modèles organisationnels produisent à différents degrés, des appréciations positives plus fréquentes de l'expérience de soins de ces personnes vulnérables. Le modèle professionnel de prestataire unique est le plus fréquemment associé au renforcement de l'appréciation de l'expérience de soins des personnes vulnérables. Le modèle professionnel de contact y est le moins fréquemment associé. Ce résultat corrobore le résultat de l'étude de Pineault et al. (2008) qui se penche sur l'appréciation de l'expérience de soins de la population en général en fonction de la taxonomie des sources habituelles de soins de première ligne qu'on a utilisées. C'est au plus grand nombre de personnes vulnérables matériellement et relationnellement que l'effet modérateur des sources habituelles de soins de première ligne procure une appréciation positive de l'expérience de soins. Les pourcentages de ces personnes vulnérables sont plus élevés dans la source habituelle de soins associée à des appréciations positives les plus fréquentes.

La pratique solo en première ligne est généralement étudiée sous l'angle de sa taille, mesurée par le nombre de médecins qu'elle comprend. Nos résultats sont semblables aux résultats des études antérieures qui ont examiné la relation entre la taille de la pratique et l'utilisation des services, la satisfaction de la qualité de soins et l'appréciation de l'expérience de soins de la population en général. Globalement, ces études rapportent une utilisation plus appropriée des services (Casalino et al., 2014), un degré de satisfaction plus élevé (Kontopantelis et al., 2010; Rivet, Ryan et Stewart, 2007; Wensing et al., 2002) et une meilleure appréciation de l'expérience

de soins (Kontopantelis et al., 2010; Pineault et al., 2008; Rubin et al., 1993) chez les patients traités par des médecins solos (prestataires uniques). Or, que ce soit en Europe ou en Amérique du Nord, les réformes récentes des services de santé de première ligne semblent favoriser le regroupement des médecins dans des pratiques de groupe (Kontopantelis et al., 2010; Pineault, Da Silva et Provost, 2014). Nous pensons donc qu'il est nécessaire d'en savoir plus sur la manière dont les organisations de pratique solo influencent la perception des patients en regard de leur expérience de soins. Autrement dit, quels sont les avantages liés à la pratique solo, du point de vue des patients vulnérables, dont il faut tenir compte lorsque les services de première ligne sont reconfigurés?

Dans une première étude (Haidar et al., 2018), nous avons montré, dans le contexte d'un système universel de soins, que les personnes vulnérables culturellement ont les appréciations positives les moins fréquentes de l'expérience de soins. Or, des résultats provenant de différents contextes indiquent que les inégalités en appréciation de l'expérience de soins entre les patients des communautés ethniques ou culturelles et le reste de la population ne sont pas les mêmes dans les différents établissements de santé (Elliott, Haviland, Orr, Hambarsoomian et Cleary, 2011; Lurie, Zhan, Sangl, Bierman et Sekscenski, 2003; Lyratzopoulos et al., 2012). Ces inégalités peuvent être plus larges dans certains établissements que d'autres. Il est même possible, dans certains cas, que les patients des communautés ethniques aient une meilleure appréciation de leur expérience de soins que le reste de la population. Nos résultats s'opposent à ces conclusions. Dans la présente étude, nous constatons que cette appréciation positive moins fréquente de l'expérience de soins chez les personnes vulnérables culturellement ne change pas, peu importe la source habituelle de soins. Une question se pose : est-ce que ce résultat pourrait être dû à une caractéristique non mesurée, le contexte local? Nous avons l'intention de mener une étude primaire sur les variations dans l'appréciation de l'expérience de soins des personnes vulnérables en tenant compte simultanément des facteurs organisationnel et contextuel.

Des études antérieures indiquent que la concentration de certains sous-groupes de patients vulnérables, surtout sur le plan culturel et matériel, dans des organisations de première ligne associées généralement à des appréciations moins positives de l'expérience de soins par les patients est responsable, en partie, des inégalités en appréciation de l'expérience de soins

(Lyrtzopoulos et al., 2012; Price et al., 2015; Rodriguez et al., 2008). À l'inverse, dans cette étude, nous avons constaté la présence plus élevée de personnes vulnérables dans les sources habituelles de soins associées à de meilleures appréciations de l'expérience de soins, ce qui contribue alors à augmenter la proportion des personnes vulnérables qui apprécient positivement leur expérience de soins. Les différences peuvent aussi être dues à des différences dans les soins réellement reçus ou bien à des tendances de réponse différentes des différents groupes de la population (Kontopantelis et al., 2010; Lyrtzopoulos et al., 2012). Des études futures sont nécessaires pour mieux comprendre les facteurs contribuant aux différences positives en appréciation de l'expérience de soins entre les personnes vulnérables et le reste de la population.

Un certain nombre d'implications ressortent de l'analyse. La première est que de n'avoir aucune source habituelle de soins ou d'avoir une source habituelle de soins autre que de première ligne est à déconseiller, particulièrement pour les personnes vulnérables sanitaires. L'affiliation à une source habituelle de soins de première ligne est à privilégier pour améliorer l'appréciation de l'expérience de soins de ces personnes. La deuxième est que parmi les sources habituelles de soins de première ligne, le modèle professionnel à prestataire unique est à recommander et le modèle professionnel de contact est à déconseiller. Une question se pose : Comment peut-on faire pour obtenir un modèle professionnel de type à prestataire unique ? En d'autres mots, existe-t-il partout au Québec ce type à prestataire unique ? Au Québec, il existe des évidences stipulant que la présence de différents modèles organisationnels des services de première ligne varie selon les contextes locaux (Lamarche, 2006; Pineault et al., 2008). Par exemple, l'étude de Pineault et al. (2008) note l'absence du modèle professionnel de contact dans le contexte équilibré-coordonnée. Donc, il faut prendre en considération cette interaction modèle-contexte. Toutefois, nous soulignons ici l'importance d'un nouveau modèle de soins, le modèle de soins de première ligne avec des infirmières praticiennes spécialisées (les cliniques privées coordonnées par des IPS). Ces modèles encore très récents au Québec ont plus les caractéristiques d'un modèle de type à prestataire unique. Ce type de modèle de soins de première ligne pourrait être un bon choix pour améliorer le problème de continuité de soins qui caractérise le système de soins québécois. En plus de ses activités professionnelles, l'IPS peut faire une demande de services professionnels auprès d'un autre professionnel de la santé. Elle peut aussi faire une demande de consultation à un médecin spécialiste à certaines conditions. Donc, ce modèle de soins avec un IPS

pourrait renverser cette tendance constatée dans nos résultats, soit la faible continuité des services offerts par les modèles de groupe (Beaulieu et al., 2013). Les modèles professionnels de coordination et de coordination intégré et le modèle communautaire sont moins associés à une appréciation positive de l'expérience de soins des personnes vulnérables. Les raisons à la base de leurs effets ne sont pas connues. Toutefois, une explication peut être formulée. Ces trois modèles organisationnels incarnent une pratique de groupe, alors que le modèle de prestataire unique incarne une pratique solo. Selon Safran (2003), il y a deux types de pratique de groupe, visible et invisible, qui ont une influence différente sur l'appréciation de l'expérience de soins. L'appréciation de la pratique visible est plus grande que celle de la pratique invisible. La raison semble être la suivante. Dans les groupes de pratiques visibles, le rôle de chacun des membres est connu à l'avance par les patients. Le fait de rencontrer un membre de l'équipe autre que le médecin n'est pas perçu comme un obstacle à la rencontre de « son » médecin. Dans les pratiques de groupe invisible, les rôles des autres cliniciens impliqués dans la prestation des soins ne sont pas clairs pour les patients. Une rencontre avec un membre de l'équipe autre qu'un médecin peut être perçue comme un obstacle et un délai à la rencontre de « son » médecin. En est-il ainsi dans le contexte de cette étude? Impossible de le dire pour le moment.

La quatrième et dernière implication est que l'appréciation de l'expérience de soins des personnes vulnérables est mieux comprise en considérant simultanément les vulnérabilités des personnes et leurs sources habituelles de soins. De nombreuses études confirment l'existence d'une variation dans l'appréciation de l'expérience de soins en fonction soit des caractéristiques des utilisateurs (Morales, Elliott, Weech-Maldonado, Spritzer et Hays, 2001) (Elliott et al., 2010) (Goldstein, Elliott, Lehrman, Hambarsoomian et Giordano, 2010) (Price et al., 2015) ou des modèles organisationnels des services de première ligne (Haggerty et al., 2008; Muggah et al., 2014; Safran et al., 2006; Tuominen et al., 2012). Les résultats de ces études peuvent être biaisés et même erronés, car ils ne tiennent pas compte de l'effet de l'interaction entre les caractéristiques des personnes et celles des modèles organisationnels offrant les services.

Une force de cette étude est sa grande couverture organisationnelle et populationnelle. En plus, les 473 sources habituelles de soins de première ligne étudiées représentent la population des cliniques médicales disponibles dans les deux régions de l'étude et non pas un échantillon. Cela a

permis de mesurer les appréciations de l'expérience de soins en fonction d'un ensemble de cinq vulnérabilités des personnes dont la prévalence dans la population n'est pas égale. Par exemple, nous avons réussi à préciser que les personnes vulnérables sur les plans biologique et culturel ont les mêmes appréciations de leur expérience de soins, et ce, quel que soit le modèle organisationnel de leur source habituelle de soins. Une autre force de cette étude réside dans son contexte québécois où il y a un accès universel aux soins, de sorte que nos résultats indiquent que l'organisation des services de première ligne pourraient améliorer les appréciations des personnes vulnérables de leur expérience de soins.

Cette étude présente quelques limites. La première reflète un problème potentiel de biais de sélection. Il est possible que les différences observées entre les sources habituelles de soins soient dues à un biais d'attrition. L'étude de Coyle et al. (2014) a démontré qu'il y avait un effet de sélection au niveau des médecins qui choisissent de pratiquer en groupe. Selon cette étude, ces médecins ont moins tendance à être installés dans des régions urbaines, ont moins d'années de pratique, voient plus de patients à l'hôpital et leurs patients ont moins de morbidité (Coyle, Strumpf, Fiset-Laniel, Tousignant et Roy, 2014). Il y a donc lieu de penser que l'effet observé des sources habituelles de soins sur la relation entre les vulnérabilités et l'appréciation de l'expérience de soins est également dû à un effet de composition des médecins qui y pratiquent.

Une deuxième limite est que cette étude consiste en un examen transversal de l'appréciation de l'expérience de soins. Elle postule que si c'est la même personne qui est exposée, son appréciation de son expérience de soins change si la source habituelle de soins utilisée est modifiée. Or, il est possible que cela ne soit pas le cas. Nous soulignons ici que certaines études indiquent que la perception que les utilisateurs des services ont de leur expérience de soins reflète bien ce qu'ils ont vécu (Doyle, Lennox et Bell, 2013; Price et al., 2014). En d'autres mots, les différences dans l'appréciation de l'expérience de soins par les patients reflètent des différences dans l'expérience vécue de soins. Cependant, il est opportun, dans une recherche future, de mener une étude de cohorte qui suit la personne dans le temps où la source habituelle de soins peut changer avec le temps.

La troisième limite réside dans l'opérationnalisation faite de la composante « n'avoir aucune source de soins » de la source habituelle de soins qui peut comporter une faiblesse. Cette

composante est opérationnalisée par le fait de n'avoir identifié aucun endroit habituel ou endroit où la personne se rend le plus fréquemment depuis les deux dernières années pour voir un médecin pour ses soins médicaux généraux. Or, certains de ces individus peuvent avoir une source habituelle de soins et ne pas l'avoir utilisée au cours des deux dernières années. Avoir une source habituelle de soins (qu'elle soit l'urgence d'un hôpital, une clinique spécialisée ou de première ligne), signifie qu'on l'utilise au besoin. Cela peut résulter en un biais de mesure : ils sont considérés comme n'ayant aucune source de soins habituelle alors qu'ils en ont une. Toutefois, ces personnes représentent 13,8 % des participants à l'étude, ce qui n'est pas énorme. Ainsi, une mauvaise classification minimise plutôt que d'accentuer les différences actuelles (Cassady et al., 2000).

La dernière limite concerne le phénomène d'imbrication des observations. Au total, nous avons 9 206 patients nichés dans sept sources habituelles de soins. Une analyse multiniveau qui prend en compte les interactions entre les niveaux d'analyse pourrait être envisagée. Ce type d'analyse est adaptée pour des données structurées selon plusieurs niveaux, spécifiquement dans le cas où des individus partagent le même milieu (par exemple, les patients d'une même clinique, les élèves d'une même école, etc.). On l'utilise quand il n'y a pas d'indépendance entre les niveaux (notamment l'individu et son milieu). Dans notre cas, la liaison faite entre les participants de l'enquête populationnelle et l'enquête organisationnelle de l'étude de Pineault et al. (2008). On a donc décidé de ne pas faire une analyse multiniveau car on jugeait que la dépendance entre les observations n'est pas si importante. Dans une perspective d'analyse multiniveau, les patients auraient dû être sélectionnés à partir de leurs sources habituelles de soins.

Malgré ces limites, on a pu trouver des associations assez intéressantes entre les sources habituelles de soins et les vulnérabilités et l'appréciation de l'expérience de soins. Ces associations doivent ainsi être appliquées à d'autres populations.

## **CONCLUSION**

Les appréciations des personnes vulnérables de leur expérience de soins sont modifiées par les sources habituelles de soins utilisées. Dans un contexte de croissance continue des populations vulnérables au Québec, et ailleurs dans le monde, avoir une source habituelle de soins de première

ligne est essentiel pour une meilleure appréciation des personnes vulnérables de leur expérience de soins.

## BIBLIOGRAPHIE

- Aday, L. A. (1993). *At risk in America: the health and health care needs of vulnerable populations in the United States*. (1<sup>e</sup> éd.). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Aday, L. A. (1994). Health status of vulnerable populations. *Annu Rev Public Health*, 15, 487-509. doi: 10.1146/annurev.pu.15.050194.002415
- Aday, L. A. (2001). *At risk in America: The health and health care needs of vulnerable populations in the United States* (2<sup>e</sup> éd.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Adler, N. E. et Newman, k. (2002). Socioeconomic Disparities in Health: Pathways and Policies *Health Affairs*, 21(2), 60-76.
- Andersen, R. et Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*, 51(1), 95-124.
- Asada, Y. et Kephart, G. (2007). Equity in health services use and intensity of use in Canada. *BMC Health Serv Res*, 7, 41. doi: 10.1186/1472-6963-7-41
- Blumenthal, D., Mort, E. et Edwards, J. (1995). The efficacy of primary care for vulnerable population groups. *Health Serv Res*, 30(1, Part 2), 253-273.
- Borgès Da Silva, R. (2010). *La pratique médicale des omnipraticiens : influence des contextes organisationnel et géographique*. (Thèse de doctorat, Université de Montréal). Repéré à [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/3924/Borges-Da-Silva\\_Roxane\\_2010\\_these.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/3924/Borges-Da-Silva_Roxane_2010_these.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Casalino, L. P., Pesko, M. F., Ryan, A. M., Mendelsohn, J. L., Copeland, K. R., Ramsay, P. P., . . . Shortell, S. M. (2014). Small primary care physician practices have low rates of preventable hospital admissions. *Health Aff (Millwood)*, 33(9), 1680-1688. doi: 10.1377/hlthaff.2014.0434
- Cassady, C. E., Starfield, B., Hurtado, M. P., Berk, R. A., Nanda, J. P. et Friedenber, L. A. (2000). Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*, 105(4 ), 998-1003.
- Coyle, N., Strumpf, E., Fiset-Laniel, J., Tousignant, P. et Roy, Y. (2014). Characteristics of physicians and patients who join team-based primary care practices: Evidence from Quebec's Family Medicine Groups. *Health Policy*, 116(2), 264-272. doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.02.010>
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of medical care administration: Specifying requirements for health care*. Cambridge: Harvard University Press.



- Economou, A., Nikolaou, A. et Theodossiou, I. (2008). Socioeconomic status and health-care utilization: A study of the effects of low income, unemployment and hours of work on the demand for health care in the European Union. *Health Services Management Research*, 21(1), 40-59. doi: 10.1258/hsmr.2007.007013
- Elliott, M., Haviland, A., Orr, N., Hambarsoomian, K. et Cleary, P. (2011). How do the experiences of Medicare beneficiary subgroups differ between managed care and original Medicare? *Health Services Research*, 46(4), 1039-1058. doi: 10.1111/j.1475-6773.2011.01245.x
- Elliott, M. N., Lehrman, W. G., Goldstein, E., Hambarsoomian, K., Beckett, M. K. et Giordano, L. A. (2010). Do hospitals rank differently on HCAHPS for different patient subgroups? *Med Care Res Rev*, 67(1), 56-73. doi: 10.1177/1077558709339066
- Geneau, R. (2004). *Le processus de structuration de la pratique de première ligne des médecins généralistes : une étude qualitative sur le caractère contraignant et habilitant des modes d'organisation*. (Thèse de doctorat, Université de Montréal). Repéré à [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/15070/Geneau\\_Robert\\_2004\\_these.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/15070/Geneau_Robert_2004_these.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Glazier, R., Tepper, J., Agha, M., Moineddin, R. et Institute for Clinical Evaluative Sciences. (2006). Primary care in disadvantaged populations. In: Primary care in Ontario: ICES Atlas. Repéré à [http://www.jcb.utoronto.ca/people/publications/PC\\_atlas\\_complete.pdf](http://www.jcb.utoronto.ca/people/publications/PC_atlas_complete.pdf)
- Goldstein, E., Elliott, M. N., Lehrman, W. G., Hambarsoomian, K. et Giordano, L. A. (2010). Racial/ethnic differences in patients' perceptions of inpatient care using the HCAHPS survey. *Med Care Res Rev*, 67(1), 74-92. doi: 10.1177/1077558709341066
- Grabovschi, C., Loignon, C. et Fortin, M. (2013). Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 13, 94-94. doi: 10.1186/1472-6963-13-94
- Grady, C. (2009). Vulnerability in Research: Individuals with Limited Financial and/or Social Resources. *journal of law, medicine & ethics, Vulnerability in biomedical research, spring 2009*, 19-27.
- 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), 1056-1057.
- 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. *Ann Fam Med*, 6(2), 116-123. doi: 10.1370/afm.802

- Haidar, O. M., Lamarche, P. A., Levesque, J.-F. et Pampalon, R. (2018). The Influence of Individuals' Vulnerabilities and Their Interactions on the Assessment of a Primary Care Experience. *International Journal of Health Services*, 48(4), 798-819. doi: 10.1177/0020731418768186
- Hamel, M., Pineault, R., Levesque, J. F., Roberge, D., Lozier-Sergerie, A., Simard, B., . . . Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoine. (2007). L'organisation des services de santé de première ligne : portrait des services médicaux de première ligne à Montréal et en Montérégie. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/726-OrganisationServices.pdf>
- Hiotis, K., Ye, W., Sposto, R., Goldberg, J., Mukhi, V. et Skinner, K. (2005). The importance of location in determining breast conservation rates. *The American Journal of Surgery*, 190(1), 18-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2004.12.002>
- Houle, C., Sanmartin, C., Berthelot, J. M., Tremblay, S. et Statistique Canada. (2002). Rapports sur la santé - Besoins non satisfaits de soins de santé : évolution. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2001003/article/6101-fra.pdf>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2009). Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada. Repéré à [https://secure.cihi.ca/free\\_products/cse\\_phc\\_aib\\_fr.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/cse_phc_aib_fr.pdf)
- Kontopantelis, E., Roland, M. et Reeves, D. (2010). Patient experience of access to primary care: Identification of predictors in a national patient survey *BMC Family Practice*, 11, 61. doi: 10.1186/1471-2296-11-61
- Lamarche, P. (2006). PHC Mix of models, performance and contexte, Confrence at the PHC Cost-Effectiveness Research Project *Think Tank 2*. Toronto.
- Lamarche, P., Beaulieu, M.-D., Pineault, R., Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Haggerty, J., . . . Santé Canada. (2003). Sur la voie du changement : pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada. Repéré à [http://www.getoss.enap.ca/GETOSS/Publications/Lists/Publications/Attachments/420/Sur\\_la\\_voie\\_2003.pdf](http://www.getoss.enap.ca/GETOSS/Publications/Lists/Publications/Attachments/420/Sur_la_voie_2003.pdf)
- Levesque, J. F., Pineault, R., Hamel, M., Roberge, D., Kapetanakis, C., Simard, B., . . . Centre de recherche de l'hôpital LeMoine. (2007). Les besoins non comblés de services médicaux : un reflet de l'accessibilité des services de première ligne. Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/709\\_cahier\\_thematique\\_bnc.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/709_cahier_thematique_bnc.pdf)
- Levesque, J. F., Pineault, R., Kapetanakis, C., Hamel, M., Roberge, D., Robert, L. et Simard, B. (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., Simard, B., Roberge, D., Hamel, M., Kapetanakis, C., . . . Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoine. (2007). L'expérience de soins de la population : portrait des variations intra-régionales à Montréal et en Montérégie. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/628-ExperienceDeSoinsDeLaPopulation-Resume.pdf>
- Loeb, D. F., Binswanger, I. A., Candrian, C. et Bayliss, E. A. (2015). Primary care physician insights into a typology of the complex patient in primary care. *Ann Fam Med*, 13(5), 451-455. doi: 10.1370/afm.1840
- Lurie, N., Zhan, C., Sangl, J., Bierman, A. S. et Sekscenski, E. S. (2003). Variation in racial and ethnic differences in consumer assessments of health care. *American Journal of Managed Care*, 9(7), 502-509 508p.
- Lyratzopoulos, G., Elliott, M., Barbieri, J. M., Henderson, A., Staetsky, L., Paddison, C., . . . Roland, M. (2012). Understanding ethnic and other socio-demographic differences in patient experience of primary care: evidence from the English General Practice Patient Survey. *BMJ Qual Saf*, 21(1), 21-29. doi: 10.1136/bmjqs-2011-000088
- Martsof, G. R., Elliott, M. N., M. Haviland, A., Burkhart, Q., Orr, N., Gaillot, S. et Saliba, D. (2018). Care Experiences Among Medicare Beneficiaries With and Without a Personal Physician. *Medical Care, Publish Ahead of Print*. doi: 10.1097/mlr.0000000000000886
- Mechanic, D. et Tanner, J. (2007). Vulnerable people, groups, and populations: Societal View. *Health Aff (Millwood)*, 26(5), 1220-1230. doi: 10.1377/hlthaff.26.5.1220
- Morales, L. S., Elliott, M. N., Weech-Maldonado, R., Spritzer, K. L. et Hays, R. D. (2001). Differences in CAHPS adult survey reports and ratings by race and ethnicity: an analysis of the National CAHPS benchmarking data 1.0. *Health Serv Res*, 36(3), 595-617.
- 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. *Canadian Family Physician Médecin De Famille Canadien*, 60(1), e24-e31.
- Nyamathi, A. (1998). Vulnerable populations: a continuing nursing focus. *Nurs Res*, 47(2), 65-66.
- Organisation mondiale de la Santé (2008). *Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*. Genève, Suisse: OMS.
- Pampalon, R., Hamel, D., Gamache, P. et Raymond, G. (2009). Un indice de défavorisation pour la planification de la santé au Canada. *Maladies chroniques au Canada*, 29(4), 199-213.
- Penchansky, R. et Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140.

- Pineault, R., Da Silva, R. B. et Provost, S. (2014). Primary healthcare solo practices : Homogeneous or heterogeneous? . *International Journal for Family Medicine*, 2014:1-10.
- Pineault, R. et Daveluy, C. (1996). *La planification de la santé : concepts, méthodes et stratégies*. Montréal, Québec: Éditions Nouvelles.
- Pineault, R., Levesque, J. F., Roberge, D., Hamel, M., Lamarche, P., Haggerty, J., . . . Centre de recherche Hôpital Charles LeMoine. (2008). L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec : rapport de recherche. Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/777\\_ServicesPremLignes.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/777_ServicesPremLignes.pdf)
- Price, R. A., Haviland, A. M., Hambarsoomian, K., Dembosky, J. W., Gaillot, S., Weech-Maldonado, R., . . . Elliott, M. N. (2015). Do experiences with Medicare managed care vary according to the proportion of same-race/ethnicity/language individuals enrolled in one's contract? *Health Services Research*, 50(5), 1649-1687. doi: 10.1111/1475-6773.12292
- Purdy, I. B. (2004). Vulnerable: A concept analysis. *Nurs Forum*, 39(4), 25-33.
- Quesnel-Vallée, A., Luchenski, S. et Lynch, J. (2008). Differences between women's and men's socioeconomic inequalities in health: longitudinal analysis of the canadian population, 1994-2003 *J Epidemiol Community Health*, 62(12), 1036-1044. doi: 10.1136/jech.2007.068908
- Reid, R. J., Mckendry, R., Haggerty, J. et Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2002). Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins : rapport final. Repéré à [http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr\\_contcare\\_f.pdf](http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_f.pdf)
- Riverin, B. D., Li, P., Naimi, A. I., Diop, M., Provost, S. et Strumpf, E. (2017). Team-based innovations in primary care delivery in Quebec and timely physician follow-up after hospital discharge: a population-based cohort study. *CMAJ Open*, 5(1), E28-E35. doi: 10.9778/cmajo.20160059
- Rivet, C., Ryan, B. et Stewart, M. (2007). Hands on: is there an association between doing procedures and job satisfaction? *Canadian Family Physician Médecin De Famille Canadien*, 53(1), e.1-92.
- Rodriguez, H. P., von Glahn, T., Grembowski, D. E., Rogers, W. H. et Safran, D. G. (2008). Physician Effects on Racial and Ethnic Disparities in Patients' Experiences of Primary Care. *Journal of General Internal Medicine*, 23(10), 1666-1672. doi: 10.1007/s11606-008-0732-8

- Rodriguez, H. P. P. M. P. H., Scoggins, J. F. P. M. S., von Glahn, T. M. S., Zaslavsky, A. M. P. et Safran, D. G. S. (2009). Attributing Sources of Variation in Patients' Experiences of Ambulatory Care. *Medical Care*, 47(8), 835-841.
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 65-72.
- Rothman, K. J., Gallacher, J. E. J. et Hatch, E. E. (2013). Why representativeness should be avoided. *International Journal of Epidemiology*, 42(4), 1012-1014. doi: 10.1093/ije/dys223
- Rubin, H. R., Gandek, B., Rogers, W. H., Kosinski, M., McHorney, C. A. et Ware, J. E., Jr. (1993). Patients' ratings of outpatient visits in different practice settings. Results from the Medical Outcomes Study. *Jama*, 270(7), 835-840.
- Safran, D. G., Karp, M., Coltin, K., Chang, H., Li, A., Ogren, J. et Rogers, W. H. (2006). Measuring Patients' Experiences with Individual Primary Care Physicians: Results of a Statewide Demonstration Project. *Journal of General Internal Medicine*, 21(1), 13-21. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.00311.x
- Shi, L. et Stevens, G. D. (2010). *Vulnerable populations in the United States*. (2<sup>e</sup> éd.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Starfield, B. (1998). *Primary care: Balancing health needs, services and technology*. New York, NY: Oxford University Press.
- Tremblay, D., Roberge, D. et Berbiche, D. (2015). Determinants of patient-reported experience of cancer services responsiveness. *BMC Health Serv Res*, 15(1), 425. doi: 10.1186/s12913-015-1104-9
- Tuominen, M., Kaljonen, A., Ahonen, P. et Rautava, P. (2012). Does the organizational model of the maternity health clinic have an influence on women's and their partners' experiences? A service evaluation survey in Southwest Finland. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 12, 96-96. doi: 10.1186/1471-2393-12-96
- Valderas, J. M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C. et Roland, M. (2009). Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med*, 7(4), 357-363. doi: 10.1370/afm.983
- Vladeck, B. C. (2007). How useful is vulnerable as a concept? *Health Aff (Millwood)*, 26(5), 1231-1234. doi: 10.1377/hlthaff.26.5.1231
- Wensing, M., Vedsted, P., Kersnik, J., Peersman, W., Klingenberg, A., Hearnshaw, H., . . . Grol, R. (2002). Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. *Int J Qual Health Care*, 14(2), 111-118.

## ANNEXE 1 : QUESTIONS ET ÉCHELLES DE MESURE ORIGINALES

Tableau 1 : Question et échelle de mesure originales utilisées pour identifier la source habituelle de soins des personnes et leur opérationnalisation

Libellé original de la question	Échelle originale de réponse	Opérationnalisation
<p>Depuis les deux dernières années, à quel endroit allez-vous habituellement pour voir un médecin pour vos soins médicaux généraux, en excluant les soins reçus par un spécialiste ?</p> <p>(Si le répondant indique qu'il n'a pas d'endroit habituel, posez la question suivante) :</p> <p>Depuis les deux dernières années, pouvez-vous m'indiquer le nom de l'endroit où vous vous êtes rendu(e) le plus fréquemment ? (Au moins 1 fois) Si plusieurs, prendre le plus important pour le répondant. En dernier recours, prendre le plus récent.</p>	<p>À une clinique ou un bureau de médecin (hors CLSC) : (incluant les GMF « Groupes de médecine de famille », polyclinique, UMF « unité de médecine familiale », CMF « clinique de médecine familiale », clinique dans universités/identification de la clinique ;</p> <p>Au CLSC/identification du CLSC ;</p> <p>Urgence d'un hôpital/identification de l'hôpital/urgence;</p> <p>Médecin ou clinique dans une résidence de personnes âgées autonomes/identification de la résidence ;</p> <p>Soins à domicile ;</p> <p>Clinique externe d'un hôpital/identification de l'hôpital/clinique ;</p> <p>Répondant affirmant n'être suivi que par un spécialiste et qui n'a pas de médecin de famille ;</p> <p>Extérieur de Montréal ou Montérégie ;</p> <p>Autre/précisez ;</p> <p>Ne sait pas/ne se souvient pas ;</p> <p>Refus catégorique.</p>	<p>Source habituelle de soins de première ligne (représentée par la taxonomie de 5 modèles organisationnels issue de l'étude de Pineault et col.) : à une clinique ou un bureau de médecin (hors CLSC); au CLSC. (6630; 72%)</p> <p>Source habituelle de soins autre que de première ligne : Urgence d'un hôpital; Médecin ou clinique dans une résidence de personnes âgées autonomes; Soins à domicile; Clinique externe d'un hôpital; Répondant affirmant n'être suivi que par un spécialiste et qui n'a pas de médecin de famille; Extérieur de Montréal ou Montérégie; Clinique spécialisée; Autre/précisez; Ne sait pas/ ne se souvient pas; Refus catégorique. (1304; 14,2%)</p> <p>Pas de source habituelle de soins : participant qui n'a pas identifié d'endroit habituel ou fréquenté le plus fréquemment (au moins 1 fois) au cours de 2 dernières années. (Case résiduelle : 9206-6630-1304 = 1272; 13,8%).</p>

Tableau 2 : Variables organisationnelles retenues pour l'analyse par l'équipe de Pineault et al. (2008)

Libellé de la variable	Catégories (%; n= 473 organisations)			
<b>Vision (9 variables)</b>				
Étendue de la responsabilité médicale	1. + socio environnementale (63,2)	2. - socio environnementale (36,8)		
Niveau de responsabilité	1. Population (12,5)	2. Clientèle (75,1)	3. Individu (12,5)	
Priorité organisationnelle	1. Continuité des soins (79,7)	2. Accessibilité des services (20,3)		
Importance accordée à l'expérience de soins	1. + élevé (33,2)	2. Moyennement élevé (35,3)	3. - élevé (31,5)	
Responsabilité à l'égard de la santé et droit d'accès aux services	1. + sociale (44,2)	2. = sociale (36,8)	3. - sociale (19,0)	
Rentabilité de l'entreprise	1. + important (47,6)	2. - important (52,4)		
Valorisation du travail d'équipe	1. + important (48,6)	2. - important (51,4)		
Responsabilité envers les gestionnaires et les collègues	1. + important (48,4)	2. - important (51,6)		
Responsabilité envers la RAMQ et CMQ	1. + important (68,9)	2. - important (31,1)		
<b>Ressources (7 variables)</b>				
Nombre de médecins ETP	1. > 6 ETP (19,5)	2. 4-6 ETP (20,5)	3. 2-3 ETP (23,5)	4. < ou = 1 ETP (36,6)
Présence d'une infirmière	1. Oui (36,6)	2. Non (63,4)		
Présence d'autres professionnels/médecins spécialistes	1. Spécialiste avec/sans professionnel de la santé (52,2)	2. Professionnels de la santé seulement (26,2)	3. Aucun (21,6)	
Source de financement des dépenses de fonctionnement	1. Budget public (11,4)	2. Médecin + budget public (7,4)	3. Médecin seul (81,2)	
Contribution financière du patient/entreprises	1. Non (87,9)	2. Oui (12,1)		

Technologie de l'information	1. 3 technologies et + (18,0)	2. 2 technologies (24,9)	3. 1 technologie (27,3)	4. Aucune (29,8)
Disponibilité d'un plateau technique sur place	1. Radiologie avec/sans prélèvements (10,4)	2. Prélèvement seulement (39,5)	3. Aucun plateau technique (50,1)	
<b>Structure organisationnelle (10 variables)</b>				
Gouverne	1. Public (11,6)	2. Privée (88,4)		
Gestion médico-administrative	1. Gestionnaire administratif et médecin(s) (13,5)	2. Médecin responsable et groupe de médecin (42,7)	3. Gouverne non explicite (solo et aucune) (43,8)	
Ancienneté des médecins	1. > 5 ans (77,0)	2. < ou = 5 ans (23,0)		
Temps de présence des médecins dans la clinique	1. Élevé (58,6)	2. Faible (41,4)		
Mode de rémunération	1. Acte (88,4)	2. En fonction du temps/mixte (11,6)		
Partage des ressources administratives	1. Beaucoup (31,1)	2. Moyen (31,5)	3. Aucun (37,4)	
Mécanisme de coordination des soins entre les professionnels	1. Formel (27,7)	2. Informel (30,0)	3. Aucun (42,3)	
Entente de collaboration/1 <sup>ère</sup> ligne (cliniques et CLSC)	1. Oui (49,7)	2. Non (50,3)		
Entente de collaboration/2 <sup>ème</sup> ligne (CH)	1. Oui (48,8)	2. Non (51,2)		
Participation des médecins à des comités régionaux	1. Oui (40,2)	2. Non (59,8)		
<b>Pratiques organisationnelles (17 variables)</b>				
Couverture temporelle (fin de semaine et soirée)	1. Élevé (16,1)	2. Moyen (24,5)	3. Faible (59,4)	
Disponibilité pour situations urgentes (patients réguliers)	1. Élevé (11,4)	2. Moyen (55,2)	3. Faible (33,4)	
Participation à un réseau d'accessibilité médicale	1. Oui (9,3)	2. Non (90,7)		



Mode de consultation	1. + RDV (61,7)	2. Mixte (15,6)	3. + sans RDV (22,6)	
Consultation à : domicile; CH; CA	1. 2-3 lieux (21,6)	2. 1 lieu (23,0)	3. Aucun lieu (55,4)	
Durée des consultations	1. Long (30,4)	2. Moyen (31,9)	3. Court (37,6)	
Continuum des services (diagnostics/prévention)	1. Très étendu (27,3)	2. Étendu (30,2)	3. Restreint (42,5)	
Procédures diagnostiques et thérapeutiques (nombre)	1. Beaucoup (7-10) (27,9)	2. Moyen (4-6) (31,3)	3. Peu (0-3) (40,8)	
Prise en charge des maladies chroniques	1. + prise en charge (33,8)	2. - prise en charge (66,2)		
Soutien pour la prise des RDV auprès des spécialistes	1. + soutien (35,7)	2. - soutien (64,3)		
Rôle des infirmières	1. Rôle élargi novateur (22,4)	2. Rôle limité traditionnel (14,2)	3. Pas d'infirmière (63,4)	
Partage des activités cliniques entre les médecins	1. + partage (49,9)	2. - partage (50,1)		
Réseau de référence : 1 <sup>ère</sup> ligne	1. Élevé 1 <sup>ère</sup> ligne (70,6)	2. Faible 1 <sup>ère</sup> ligne (29,4)		
Réseau de référence : 2 <sup>ème</sup> ligne	1. Élevé 2 <sup>ème</sup> ligne (55,2)	2. Faible 2 <sup>ème</sup> ligne (44,8)		
Réseau de référence privé	1. Élevé réseau privé (76,1)	2. Faible réseau privé (23,9)		
Affiliations organisationnelles des médecins (1 <sup>ère</sup> ligne et 2 <sup>ème</sup> ligne)	1. Affiliation double (44,6)	2. Affiliation simple (40,0)	3. Aucune affiliation (15,4)	
Maintien et évaluation de la compétence/modalités	1. + de mécanismes (20,5)	2. +/- de mécanismes (33,8)	3. - de mécanismes (45,7)	

## ANNEXE 2 : DISTRIBUTIONS ET TESTS DE CHI CARRÉ

Tableau 1 : Distribution des vulnérabilités des personnes selon les différentes catégories de la source habituelle de soins (N=9 206)

Vulnérabilités des personnes		Source habituelle de soins							Total	P de Chi2
		Aucune	De première ligne					Autre que de première ligne		
			Modèle professionnel				Modèle Communautaire			
			À Prestataire Unique	De Contact	De Coordination	De Coordination intégré				
Sanitaire	Vulnérable	246 19,3 %	451 53,4 %	546 42,8 %	752 49,7 %	1075 45,9 %	275 42,1 %	499 38,4 %	3844 41,8 %	<0,001
	Non-vulnérable	1026 80,7 %	393 46,6 %	731 57,2 %	761 50,3 %	1268 54,1 %	378 57,9 %	805 61,7 %	5362 58,2 %	
Biologique	Vulnérable	158 12,4 %	168 19,9 %	165 12,9 %	263 17,4 %	350 14,9 %	92 14,1 %	183 14,0 %	1379 15,0 %	<0,001
	Non-vulnérable	1114 87,6 %	676 80,1 %	1112 87,1 %	1250 82,6 %	1993 85,1 %	561 85,9 %	1121 86,0 %	7827 85,0 %	
Matérielle	Vulnérable	677 53,2 %	466 55,2 %	556 43,5 %	730 48,2 %	1260 53,8 %	285 43,6 %	651 49,9 %	4625 50,2 %	<0,001
	Non-vulnérable	595 46,8 %	378 44,8 %	721 56,5 %	783 51,8 %	1083 46,2 %	368 56,4 %	653 50,1 %	4581 49,8 %	
Relationnelle	Vulnérable	796 62,6 %	525 62,2 %	746 58,4 %	958 63,3 %	1416 60,4 %	411 62,9 %	838 64,3 %	5690 61,8 %	0,034
	Non-vulnérable	476 37,4 %	319 37,8 %	531 41,6 %	555 36,7 %	927 39,6 %	242 37,1 %	466 35,7 %	3516 38,2 %	
Culturelle	Vulnérable	289 22,7 %	153 18,1 %	293 22,9 %	250 16,5 %	217 9,3 %	130 19,9 %	248 19,0 %	1580 17,2 %	<0,001
	Non-vulnérable	983 77,3 %	691 81,9 %	984 77,1 %	1263 83,5 %	2126 90,7 %	523 80,1 %	1056 81,0 %	7626 82,8 %	
Total		1272 13,8 %	844 9,2 %	1277 13,9 %	1513 16,4 %	2343 25,5 %	653 7,1 %	1304 14,2 %	9206 100,0 %	

Tableau 2 : Distribution des variables de contrôle selon les différentes catégories de la source habituelle de soins (N=9 206)

Variables de contrôle	Source habituelle de soins							Total	P de Chi2
	Aucune	De première ligne					Autre que de première ligne		
		Modèle professionnel				Modèle Communautaire			
		À Prestataire unique	De Contact	De Coordination	De Coordination Intégré				
<b>Genre</b>									
Femme	500 39,9 %	521 61,7 %	755 59,1 %	978 64,6 %	1468 62,7 %	416 63,7 %	673 51,6 %	5311 57,7 %	<0,001
Homme	772 60,7 %	323 38,3 %	522 40,9 %	535 35,4 %	875 37,3 %	237 36,6 %	631 48,4 %	3895 42,3 %	
<b>Perception de l'état de santé</b>									
Mauvaise/Moyenne	98 7,7 %	168 19,9 %	222 17,4 %	267 17,6 %	406 17,4 %	122 18,7 %	248 19,0 %	1532 16,6 %	<0,001
Bonne/Très bonne/ Excellente	1174 92,3 %	676 80,1 %	1055 82,6 %	1246 82,4 %	1936 82,6 %	531 81,3 %	1056 81,0 %	7674 83,4 %	
<b>Statut d'emploi</b>									
Libre	300 23,6 %	293 34,7 %	335 26,2 %	500 33,0 %	709 30,3 %	204 31,2 %	362 27,8 %	2703 29,4 %	<0,001
Temps partiel/ Temps plein	972 76,4 %	551 65,3 %	942 73,8 %	1013 67,0 %	1634 69,7 %	449 68,8 %	942 72,2 %	6503 70,6 %	
<b>Perception de la situation financière</b>									
Pauvre/Très pauvre	219 17,2 %	151 17,9 %	205 16,1 %	239 15,8 %	357 15,2 %	120 18,4 %	240 18,4 %	1531 16,6 %	0,123
Suffisant/Aisé	1053 82,8 %	693 82,1 %	1072 83,9 %	1274 84,2 %	1986 84,8 %	533 81,6 %	1064 81,6 %	7675 83,4 %	
<b>Langue parlée à la maison</b>									
Autre	140 11,0 %	77 9,1%	140 11,0 %	112 7,4 %	77 3,3 %	51 7,8 %	116 8,9 5	713 7,7 %	<0,001
Français ou anglais	1132 89,0 %	767 90,9 %	1137 89,0 %	1401 92,6 %	2266 96,7 %	602 92,2 %	1188 91,1 %	8493 92,3 %	
Total	1272 13,8 %	844 9,2 %	1277 13,9 %	1513 16,4 %	2343 25,5 %	653 7,1 %	1304 14,2 %	9206 100,0 %	

Tableau 3 : Distribution de la source habituelle de soins selon les différentes catégories des appréciations de l'expérience de soins

Appréciation de l'expérience de soins		Source habituelle de soins							Total	P de Chi2
		Aucune	De première ligne					Autre que de première ligne		
			Modèle professionnel				Modèle Communautaire			
			À Prestataire unique	De Contact	De Coordination	De Coordination intégré				
Besoins non comblés en services (N=9 206)	Oui	204 16,0 %	127 15,0 %	291 22,8 %	254 16,8 %	423 18,1 %	138 21,1 %	267 20,5 %	1704 18,5 %	<0,001
	Non	1068 84,0 %	717 85,0 %	986 77,2 %	1259 83,2 %	1920 81,9 %	515 85,0 %	1037 79,5 %	7502 81,5 %	
Utilisation des services hospitaliers (N=6 630)	Oui		143 16,9 %	169 13,2 %	256 16,9 %	372 15,9 %	124 19,0 %		1064 16,0 %	0,011
	Non		701 83,1 %	1108 86,8 %	1257 83,1 %	1971 84,1 %	529 81,0 %		5566 84,0 %	
Utilisation des services d'urgence (N=6 630)	Oui		299 35,4 %	412 32,3 %	501 33,1 %	893 38,1 %	248 38,0 %		2353 35,5 %	0,001
	Non		545 64,6 %	865 67,7 %	1012 66,9 %	1450 61,9 %	405 62,0 %		4277 64,5 %	
Accessibilité géographique et organisationnelle (N=6 617)	Score ≥ 8		357 42,3 %	248 19,4 %	349 23,1 %	608 26,0 %	228 35,3 %		1790 27,1 %	<0,001
	Score < 8		468 57,7 %	1028 80,6 %	1162 76,9 %	1733 74,0 %	418 64,7 %		4827 72,9 %	
Accessibilité économique (N=6 612)	Score = 10		522 61,9 %	638 50,1 %	799 53,0 %	1257 53,7 %	488 75,3 %		3704 56,0 %	<0,001
	Score < 10		321 38,1 %	636 49,9 %	709 47,0 %	1082 46,3 %	160 24,7 %		2908 44,0 %	
Continuité d'affiliation (N=6 622)	Score = 10		569 67,4 %	355 27,8%	704 46,5 %	778 33,2 %	207 32,0 %		2613 39,5 %	<0,001
	Score < 10		275 32,6 %	921 72,2 %	809 53,5 %	1565 66,8 %	439 68,0 %		4009 60,5 %	

Continuité d'information (N=4 839)	Score = 10		337 52,2 %	346 38,4 %	484 43,0 %	719 41,5 %	188 43,3 %		2074 42,9 %	<0,001
	Score < 10		308 47,8 %	556 61,6 %	641 57,0 %	1014 58,5 %	246 56,7 %		2765 57,1 %	
Globalité (N=6 622)	Score = 10		495 58,6 %	491 38,5 %	718 47,5 %	1092 46,6 %	297 46,0 %		3093 46,7 %	<0,001
	Score < 10		349 41,4 %	785 61,5 %	795 52,5 %	1251 53,4 %	349 54,0 %		3529 53,3 %	
Réactivité (N=6 622)	Score = 10		494 58,5 %	445 34,9 %	696 46,0 %	1028 43,9 %	249 38,5 %		2912 44,0 %	<0,001
	Score < 10		350 41,5 %	831 65,1 %	817 54,0 %	1315 56,1 %	397 61,5 %		3710 56,0 %	
Résultats (N=6 622)	Score = 10		471 55,8 %	402 31,5 %	663 43,8 %	940 40,1 %	242 37,5 %		2718 41,0 %	<0,001
	Score < 10		373 44,2 %	874 68,5 %	850 56,2 %	1403 59,9 %	404 62,5 %		3904 59,0 %	

### ANNEXE 3 : ANALYSE BIVARIÉE

Tableau 1 : Rapports de cote (RC) bruts et intervalles de confiance (95 %) associant la source habituelle de soins et l'appréciation de l'expérience de soins

Composantes de l'expérience de soins	Source habituelle de soins						
	Aucune	De première ligne					Autre que de première ligne
		Modèle professionnel				Modèle Communautaire	
		À Prestataire Unique	De Contact	De Coordination	De Coordination intégré		
Utilisation des services hospitaliers (N=6 630)		1,081 0,875-1,335	0,808 0,664-0,983	1,079 0,907-1,284	1,0	1,242 0,992-1,555	
Utilisation des services d'urgence (N=6 630)		0,891 0,756-1,049	0,773 0,631-0,883	0,804 0,702-0,921	1,0	0,994 0,832-1,189	
Besoins non-comblés (N=9 206)	0,867 0,722-1,041	0,804 0,648-0,998	1,340 1,133-1,584	0,916 0,772-1,087	1,0	1,216 0,981-1,509	1,169 0,985-1,386
Accessibilité géographique/organisationnelle (N=6 617)		2,094 1,775-2,469	0,688 0,582-0,812	0,856 0,736-0,996	1,0	1,555 1,291-1,872	
Accessibilité économique (N=6 612)		1,400 1,192-1,644	0,863 0,753-0,990	0,970 0,852-1,104	1,0	2,625 2,158-3,194	
Continuité d'affiliation (N=6 622)		4,162 3,520-4,922	0,775 0,668-0,900	1,750 1,533-1,999	1,0	0,949 0,787-1,143	
Continuité d'information (N=4 839)		1,543 1,287-1,850	0,878 0,744-1,035	1,065 0,915-1,240	1,0	1,078 0,871-1,333	
Globalité (N=6 622)		1,625 1,386-1,905	0,717 0,624-0,823	1,035 0,909-1,178	1,0	0,975 0,819-1,161	
Réactivité (N=6 622)		1,805 1,539-2,117	0,685 0,595-0,789	1,090 0,957-1,241	1,0	0,802 0,671-0,959	
Résultats (N=6 622)		1,885 1,608-2,209	0,687 0,594-0,793	1,164 1,021-1,327	1,0	0,894 0,747-1,070	

### 4.3 ARTICLE 3

## L'EFFET MODÉRATEUR DES CONTEXTES LOCAUX SUR LA RELATION ENTRE LES VULNÉRABILITÉS DES PERSONNES ET LEUR APPRÉCIATION DE L'EXPÉRIENCE DE SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

Ola M. Haïdar<sup>1</sup>, Paul A. Lamarche<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Université de Montréal, École de santé publique, Département de gestion, d'évaluation et  
de politique de santé

## RÉSUMÉ

**Objectifs :** L'objectif principal de cette étude est d'examiner la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins compte tenu des contextes locaux. **Méthodes :** L'expérience de soins de première ligne a été appréciée auprès de 9 206 personnes. Leurs vulnérabilités sanitaire, biologique, matérielle, relationnelle et culturelle sont prises en compte. Une taxonomie de quatre contextes locaux est utilisée : le pourvu-indépendant, l'équilibré-coordonné, le dépourvu-dépendant et l'affluent-commerçant. La régression logistique multiple est utilisée comme stratégie d'analyse. **Résultats :** Le contexte local modifie la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins, sauf pour la vulnérabilité culturelle. Généralement, les contextes locaux sont associés à une augmentation du nombre de personnes vulnérables qui ont des appréciations positives de leur expérience de soins. Les appréciations positives des personnes vulnérables de l'expérience de soins sont les plus fréquentes lorsque le soin est obtenu dans le contexte équilibré-coordonné. Cet effet modérateur du contexte local contribue à accroître la proportion des personnes vulnérables qui ont une appréciation positive de l'expérience de soins. **Conclusion :** Il faut considérer l'interaction entre le contexte local et les vulnérabilités des personnes pour mieux comprendre les variations dans l'appréciation de l'expérience de soins.

**Mots Clés :** contexte local, vulnérabilités des personnes, appréciation de l'expérience de soins de première ligne, interaction, effet modérateur.



## INTRODUCTION

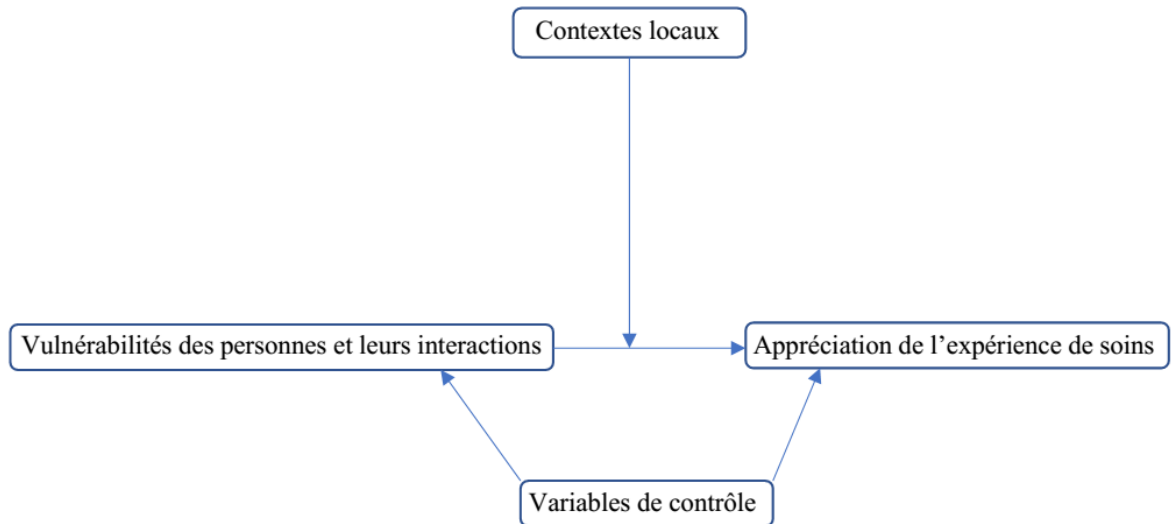
Il est démontré, dans le contexte d'un système universel de soins, que la vulnérabilité des personnes est associée positivement à l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne (Haidar, Lamarche, Levesque et Pampalon, 2018). Sur presque toutes les composantes de l'expérience de soins, les personnes vulnérables expriment plus fréquemment une appréciation positive de leur expérience de soins que les personnes non vulnérables, à l'exception des personnes vulnérables culturellement. Le facteur qui peut expliquer cela, au moins partiellement, est le contexte local au sein duquel le soin est obtenu.

Des résultats scientifiques démontrent que l'appréciation de l'expérience de soins de la population en général varie selon le contexte local du soin obtenu (Borgès Da Silva, 2010; Kontopantelis, Roland et Reeves, 2010; Lamarche, Pineault, Haggerty, et al., 2010; Levesque, Pineault, Simard, et al., 2007; Rodriguez, Scoggins, von Glahn, Zaslavsky et Safran, 2009; Saloner et Gresenz, 2016; Tremblay, Roberge et Berbiche, 2015). Pourtant, on ne sait pas si la relation entre les vulnérabilités et l'appréciation de l'expérience de soins est modifiée par le contexte local. Il est possible que les personnes vulnérables soient plus nombreuses à exprimer une appréciation positive de leur expérience de soins dans certains contextes locaux et moins dans d'autres.

D'autres résultats notent que les personnes vulnérables, surtout sur le plan culturel, sont concentrées dans des contextes locaux procurant des appréciations moins bonnes de l'expérience de soins aux utilisateurs (Mobley, May Kuo, Driscoll, Clayton et Anselin, 2008; Virnig, Scholle, Chou et Shih, 2007). Il est donc probable que les personnes vulnérables soient proportionnellement plus ou moins nombreuses à vivre dans des contextes locaux associés à des appréciations positives plus fréquentes de l'expérience de soins. Ainsi, on ne sait pas si l'effet modérateur du contexte local produit une augmentation ou une diminution de la proportion des personnes vulnérables qui ont une appréciation positive plus fréquente de l'expérience de soins que les personnes non vulnérables.

## CADRE CONCEPTUEL ET OBJECTIFS

**Figure 4.3.1 :** Cadre conceptuel de l'analyse de la relation entre les vulnérabilités et l'appréciation de l'expérience de soins compte tenu des contextes locaux



Le cadre représenté à la Figure 4.3.1 ci-dessus, propose que le contexte local modifie la relation entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de leur expérience de soins de première ligne. Nous croyons que les vulnérabilités n'agissent pas d'une façon indépendante, mais en interaction avec le contexte local pour influencer l'appréciation de l'expérience de soins. Certains contextes locaux sont associés à des appréciations positives plus fréquentes de l'expérience de soins chez les personnes vulnérables et d'autres sont associés à des appréciations positives moins fréquentes. Nous croyons aussi que les vulnérabilités sont plus présentes dans certains contextes locaux et moins dans d'autres. L'effet modérateur du contexte local peut donc augmenter ou diminuer la proportion des personnes vulnérables qui ont une appréciation positive de l'expérience de soins.

L'objectif principal de cette étude est d'examiner la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins compte tenu des contextes locaux. Deux sous objectifs sont visés :

1) examiner l'effet modérateur du contexte local sur la relation entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins de première ligne ;

2) déterminer si cet effet modérateur influence la proportion des personnes vulnérables qui ont une appréciation positive de leur expérience de soins.

## MÉTHODE

### *Source de données*

La présente étude s'appuie sur des données provenant de deux volets d'une recherche réalisée en 2005 sur l'organisation des services de santé de première ligne dans les deux régions les plus peuplées du Québec : Montréal et la Montérégie (Hamel et al., 2007; Levesque, Pineault, Simard, et al., 2007; Pineault et al., 2008). Le premier volet est une enquête téléphonique réalisée auprès d'un échantillon de 9 206 personnes, âgées de 18 ans et plus, résidant sur les territoires des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) de Montréal et de la Montérégie. Cette enquête a cerné l'appréciation de plusieurs composantes de l'expérience de soins de première ligne des personnes, à savoir : l'utilisation des services, les besoins non comblés en services, l'accessibilité, la continuité, la globalité, la réactivité et les résultats de santé des services. Seules les personnes déclarant avoir une source habituelle de soins de première ligne ont donné leur appréciation de l'accessibilité, la continuité, la globalité, la réactivité et des résultats de santé des services reçus auprès de leur source habituelle de soins, soit un sous-groupe de 6 690 personnes. Les analyses ont produit sept indices constitués des scores allant de 0 à 10 sur l'ensemble des items composant les indices d'appréciation de l'expérience de soins. Nous retenons ces indices. Ils se rapportent aux appréciations de l'accessibilité géographique et organisationnelle, l'accessibilité économique, la continuité d'affiliation, la continuité d'information, la globalité, la réactivité et des résultats de santé. Plus le score est élevé, plus l'appréciation est positive. Des scores relatifs aux indices ont été attribués uniquement aux personnes qui ont donné leur appréciation de tous les items utilisés dans la construction de chacun des sept indices. En conséquence, la taille de l'échantillon pour les sept indices n'est pas la même. À titre d'exemple, sur 6 690 personnes, un score d'appréciation de la continuité d'information a été attribué à 4 880 d'entre elles. Cependant, un score a été attribué aux 6 690 personnes pour l'appréciation de la continuité d'affiliation. La méthode utilisée pour construire les sept indices est présentée dans le rapport *L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec : rapport de recherche* (Pineault et al., 2008).

L'enquête a également mesuré les caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé des 9 206 personnes sélectionnées, ce qui a servi à apprécier les vulnérabilités de ces personnes.

Le plan d'échantillonnage est stratifié et non proportionnel à deux niveaux (Pineault et al., 2008). Le premier représente les 23 territoires de CSSS dont 12 à Montréal et 11 en Montérégie. Au deuxième niveau, un individu par ménage a été sélectionné de façon aléatoire en utilisant la méthode de génération de numéros de téléphone aléatoire (*random digit dialing*). L'échantillonnage est non proportionnel, car un nombre de 400 répondants était visé par territoire, et ce, malgré des tailles de population différentes. Le nombre final de répondants par territoire varie entre 379 et 415, ce qui représente entre 4,1 % et 4,5 % de l'échantillon total de l'étude.

Le deuxième volet consiste en une description de caractéristiques jugées importantes des 23 unités administratives des CSSS des régions de Montréal et de la Montérégie (Pineault et al., 2008; Roberge et al., 2007). Près d'une vingtaine de variables ont été prises en compte pour caractériser les territoires de CSSS. Ainsi, plusieurs stratégies de collecte de données ont été utilisées pour recueillir de l'information pertinente pour les variables retenues. Les analyses ont permis d'élaborer une taxonomie regroupant les 23 territoires de CSSS en quatre groupes distincts des contextes locaux. Nous retenons cette taxonomie contextuelle. Une description de chacun de ces groupes est faite dans la section suivante. La méthode utilisée pour construire cette taxonomie est présentée en détail dans le *Rapport méthodologique de l'analyse des contextes* (Roberge et al., 2007).

La présente étude vise à relier les vulnérabilités des personnes, les contextes locaux et l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne de 9 206 participants à l'étude. Pour cette fin, l'un ou l'autre des quatre contextes locaux issus de l'enquête contextuelle décrivant le territoire de CSSS dans lequel est localisée la source habituelle de soins est attribué à un total de 6 630 personnes parmi celles déclarant avoir une source habituelle de soins de première ligne d'après l'enquête populationnelle sur un total de 6 690 personnes. Un contexte local de la source habituelle de soins n'a pas été attribué à 60 personnes, car elles ont identifié une source habituelle de soins de première ligne soit localisée hors Montréal ou la Montérégie, soit qui a fermé ses portes ou soit qui n'a pas pu être identifiée. À ces 60 personnes et à tous les autres 2516 participants, on a attribué le contexte local décrivant le CSSS de leur résidence. Ceci nous permet d'examiner les variations

dans les diverses composantes de l'expérience de soins en tenant en compte les deux situations du contexte local. L'examen des variations dans l'utilisation des services et des besoins non comblés des services de l'expérience de soins cerne l'échantillon total de l'étude. Cependant, l'examen des variations dans l'accessibilité, la continuité, la globalité, la réactivité et les résultats se limite aux personnes à qui on a attribué des scores relatifs aux sept indices issus de l'enquête populationnelle sur un total de 6 690 personnes.

### ***Définition et opérationnalisation des variables***

#### *Vulnérabilités des personnes : variables indépendantes*

Les vulnérabilités des personnes constituent les variables indépendantes de cette étude. La vulnérabilité est définie par la présence d'un facteur chez une personne qui est généralement associé à un risque d'effets indésirables sur sa santé (Aday, 1993; Aday, 1994; Grabovschi, Loignon et Fortin, 2013; Mechanic et Tanner, 2007; Purdy, 2004; Rogers, 1997; Shi et Stevens, 2010; Vladeck, 2007). Plusieurs facteurs peuvent être associés à des effets indésirables sur la santé. Nous en retenons cinq qui sont reliés aux vulnérabilités des personnes (Adler et Newman, 2002; Andersen et Newman, 1973; Asada et Kephart, 2007; Blumenthal, Mort et Edwards, 1995; Economou, Nikolaou et Theodossiou, 2008; Glazier, Tepper, Agha, Moineddin et Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2006; Grabovschi et al., 2013; Grady, 2009; Loeb, Binswanger, Candrian et Bayliss, 2015; Nyamathi, 1998; Quesnel-Vallée, Luchenski et Lynch, 2008; Shi et Stevens, 2010; Valderas, Starfield, Sibbald, Salisbury et Roland, 2009; Vladeck, 2007): sanitaire, biologique, matérielle, relationnelle et culturelle. La vulnérabilité sanitaire fait référence aux incapacités ou aux limitations physiques et cognitives (Loeb et al., 2015; Quesnel-Vallée et al., 2008; Valderas et al., 2009; Vladeck, 2007). Dans cette étude, la vulnérabilité sanitaire est reliée à la présence d'une maladie chronique (Vladeck, 2007). La vulnérabilité biologique est reliée à l'âge de la personne (Aday, 1993; Aday, 2001). Les prématurés, les très jeunes enfants et les personnes plus âgées sont plus vulnérables comparés aux autres groupes d'âge. Dans notre étude, une personne âgée de 65 ans et plus est considérée comme vulnérable biologiquement. La vulnérabilité matérielle réfère au statut socioéconomique (Adler et Newman, 2002; Asada et Kephart, 2007; Economou et al., 2008; Glazier et al., 2006; Quesnel-Vallée et al., 2008; Vladeck, 2007). Trois indicateurs sont généralement utilisés pour apprécier ce statut : l'éducation, l'emploi et le revenu

(Adler et Newman, 2002). Les personnes avec un faible niveau d'éducation, les personnes au chômage ou sans emploi et les personnes avec un faible revenu sont considérées comme plus vulnérables sur le plan matériel. Nous n'avons pu construire un indice de vulnérabilité matérielle combinant les trois indicateurs socioéconomiques à cause du problème de faibles effectifs dans diverses combinaisons. On a alors retenu le niveau d'éducation comme mesure de la vulnérabilité matérielle. D'une part, l'éducation est considérée comme la composante socioéconomique la plus importante (Adler et Newman, 2002). D'autre part, elle nous permet de diviser les répondants en deux groupes de taille relativement égale, ce qui n'est pas le cas avec l'emploi et le revenu. La vulnérabilité relationnelle fait référence à l'intensité des relations que la personne entretient avec son entourage (Aday, 1993; Grady, 2009). La structure familiale et les réseaux sociaux sont des indicateurs des ressources sociales de la personne. Les personnes vivant seules et qui n'ont pas de ressources familiales, les veuves et les veufs et les personnes ne possédant aucun réseau social, sont donc plus vulnérables que les autres sur le plan relationnel. Dans cette étude, nous retenons la taille du ménage comme l'indice de la vulnérabilité relationnelle. Une personne vivant seule ou avec une autre personne est considérée comme vulnérable comparée à une personne vivant avec plus qu'une personne. Quant à la vulnérabilité culturelle, elle est reliée à l'écart qui existe entre la culture de la personne et celle de la population ou du groupe d'intégration (Glazier et al., 2006; Vladeck, 2007). Dans notre étude, la vulnérabilité culturelle est déterminée par le lieu de naissance : à l'extérieur du Canada.

Le tableau 4.3.1 ci-dessous présente la définition opérationnelle des variables indépendantes. Nous avons étudié soigneusement les distributions des variables choisies. Les variables sont opérationnalisées en deux catégories, les personnes vulnérables versus les personnes non vulnérables. Les questions et les échelles de mesure originales utilisées pour apprécier les vulnérabilités des personnes et leur opérationnalisation sont présentées dans un tableau en annexe 1 de la section 4.1.

**Tableau 4.3.1 : Définition opérationnelle des vulnérabilités des personnes**

<b>Variabes</b>	<b>Catégories</b>	<b>Opérationnalisation</b>
Vulnérabilité sanitaire	Vulnérable	Atteint d'au moins une maladie chronique : hypertension artérielle, diabète, cholestérol élevé, problème cardiaque, problèmes respiratoires, rhumatisme, arthrite, arthrose.
	Non vulnérable	Aucune maladie chronique :
Vulnérabilité biologique	Vulnérable	Âgé de 65 ans et plus
	Non vulnérable	Âgé de 18 à 64 ans
Vulnérabilité matérielle	Vulnérable	Avoir terminé des études primaires ou secondaires
	Non vulnérable	Avoir terminé des études collégiales ou universitaires
Vulnérabilité relationnelle	Vulnérable	Vivre seul ou avec une autre personne
	Non vulnérable	Vivre avec deux personnes et plus
Vulnérabilité culturelle	Vulnérable	Ne pas être né au Canada
	Non vulnérable	Être né au Canada

*Appréciation de l'expérience de soins de première ligne : variable dépendante*

L'appréciation de l'expérience de soins de première ligne des personnes est la variable dépendante de l'étude. Elle réfère à la déclaration des personnes de leur utilisation des services et de leurs besoins non comblés en services de santé ainsi qu'à leur appréciation de l'accessibilité, de la continuité, de la globalité, de la réactivité et des résultats de santé des services de première ligne reçus auprès de la source habituelle de soins. Dix composantes cernent l'expérience de soins de première ligne.

L'utilisation des services rend compte de l'utilisation déclarée des personnes des services hospitaliers ainsi que des salles d'urgence. La déclaration des besoins non-comblés réfère à la consultation d'un médecin lorsqu'elle est jugée nécessaire, mais sans l'avoir fait (Houle, Sanmartin, Berthelot, Tremblay et Statistique Canada, 2002 ; Levesque, Pineault, Hamel, et al., 2007; Levesque et al., 2012). Le tableau 4.3.2 ci-dessous présente la définition opérationnelle des variables concernant l'utilisation et les besoins non comblés en services déclarés par les personnes. Les questions et les échelles de mesure originales utilisées pour apprécier l'utilisation et les besoins non comblés et leur opérationnalisation sont présentées dans un tableau en annexe 1 de la section 4.1.

**Tableau 4.3.2** : Définition opérationnelle des variables concernant la déclaration de l'utilisation des services et des besoins non comblés en services

Variables	Catégories	Opérationnalisation
Utilisation des services déclarée		
Utilisation déclarée des services hospitaliers	Oui	Utilisation des services hospitaliers au cours des deux années précédant l'enquête
	Non	Non-utilisation des services hospitaliers au cours des deux années précédant l'enquête
Utilisation déclarée des services d'urgence	Oui	Utilisation des services d'urgence au cours des deux années précédant l'enquête
	Non	Non-utilisation des services d'urgence au cours des deux années précédant l'enquête
Besoins non comblés en services déclarés		
Ressentir le besoin de consulter un médecin sans l'avoir fait	Oui	Ressentir un besoin non comblé en services au cours des six mois précédant l'enquête
	Non	Ne pas ressentir un besoin non comblé en services au cours des six mois précédant l'enquête

L'accessibilité fait référence à l'appréciation des personnes de la facilité d'utiliser les services selon les barrières à l'accès (Levesque, Pineault, Simard, et al., 2007). Dans cette étude, une attention particulière est portée à la perception des personnes quant à l'accessibilité géographique, organisationnelle et économique. L'accessibilité géographique est relative à la facilité d'utiliser les services selon leur emplacement (Donabedian, 1973). Elle est fonction de la distance, du temps de transport ou de l'effort pour se rendre d'un endroit à l'autre (Pineault et Daveluy, 1996). L'accessibilité organisationnelle fait référence à l'appréciation du système d'accueil (ex. système de rendez-vous, heures d'ouverture, etc.) et à la facilité d'entrer en contact avec le personnel (Pineault et Daveluy, 1996). L'accessibilité économique exprime l'appréciation par la personne de sa capacité à payer les services (Penchansky et Thomas, 1981). La continuité est déterminée par la façon avec laquelle les soins sont perçus comme cohérents et reliés dans le temps par une personne (Reid, Mckendry, Haggerty et Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2002). Nous retenons deux composantes de la continuité. La première est la continuité d'affiliation qui désigne une relation thérapeutique patient-soignant qui perdure dans le temps ainsi que l'appréciation par la personne de l'étendue de cette relation (Lamarche et al., 2003). La deuxième est la continuité d'information qui réfère au transfert de l'information sur des événements antérieurs ou de l'information d'un patient traité par plusieurs professionnels simultanément (Lamarche et al., 2003). La globalité correspond à l'appréciation des personnes de



la contribution des soins reçus à régler l'ensemble des besoins de santé requis pour eux (Starfield, 1998). Elle peut être générée par la disponibilité dans une institution de tous les services nécessaires pour le patient ou par l'assurance d'avoir accès à d'autres services dans d'autres institutions. La réactivité consiste en la réponse aux attentes légitimes des utilisateurs en ce qui a trait aux aspects non techniques des traitements (Organisation mondiale de la Santé, 2008). Elle présente deux composantes principales que sont le respect des personnes et l'attention accordée au patient. Finalement, les résultats de santé des services font référence à l'appréciation par les personnes de l'aptitude des services à produire les résultats escomptés au niveau de la santé et de la prise en charge des problèmes de santé (Lamarche et al., 2003). Dans cette étude, l'accent est mis sur la prise en charge des problèmes de santé des personnes. Le tableau 4.3.3 ci-dessous présente la définition opérationnelle des variables concernant l'appréciation de l'accessibilité, de la continuité, de la globalité, de la réactivité et des résultats de services par les personnes. Les questions et les échelles de mesure originales utilisées dans les items composant les sept indices d'appréciation de l'expérience de soins issus de l'étude de Pineault et al. et leur opérationnalisation sont présentées dans un tableau en annexe 1 de la section 4.1.

**Tableau 4.3.3 :** Définition opérationnelle des variables concernant l'appréciation de l'accessibilité, de la continuité, de la globalité, de la réactivité et des résultats de santé des services

<b>Variables</b>	<b>Catégories</b>	<b>Opérationnalisation</b>
<b>Appréciation de l'accessibilité géographique et organisationnelle des services (indice composé de 5 items)</b>		
1. Emplacement adéquat 2. Heures d'ouvertures adéquates 3. Facilité de parler à un professionnel quand c'est ouvert 4. Facilité de parler à un professionnel quand c'est fermé 5. Facilité d'entrer dans l'édifice.	Score obtenu à partir de l'indice $\geq 8$ *	Appréciation positive de l'accessibilité géographique et organisationnelle des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
	Score obtenu à partir de l'indice $< 8$	Appréciation moins positive de l'accessibilité géographique et organisationnelle des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
<b>Appréciation de l'accessibilité économique des services (indice composé de 3 items)</b>		
1. Payer pour des examens de laboratoire ou de radiologie 2. Payer pour d'autres services non couverts 3. Payer pour des médicaments ou des fournitures.	Score obtenu à partir de l'indice = 10	Appréciation positive de l'accessibilité économique des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
	Score obtenu à partir de l'indice $< 10$	Appréciation moins positive de l'accessibilité économique des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
<b>Appréciation de la continuité d'affiliation des services (indice composé de 4 items)</b>		
1. Voir le même médecin 2. Histoire médicale connue 3. Médicaments prescrits connus 4. Suivi pour un problème de santé chronique.	Score obtenu à partir de l'indice = 10	Appréciation positive de la continuité d'affiliation des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
	Score obtenu à partir de l'indice $< 10$	Appréciation moins positive de la continuité d'affiliation des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
<b>Appréciation de la continuité d'information des services (indice composé de 3 items)</b>		
1. Téléphoner ou fixer une rencontre pour donner les résultats des tests ou des examens 2. Avoir des explications claires sur les résultats des tests ou des examens 3. Médecin discute avec le patient du rapport reçu du spécialiste.	Score obtenu à partir de l'indice = 10	Appréciation positive de la continuité d'information des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
	Score obtenu à partir de l'indice $< 10$	Appréciation moins positive de la continuité d'information des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
<b>Appréciation de la globalité des services (indice composé de 4 items)</b>		

1. Médecin prend le temps de parler de prévention et habitudes de vie 2. Aider le patient à obtenir les soins 3. Tenir compte de l'opinion du patient ;4. Aider le patient à évaluer les pour et les contre pour les décisions concernant sa santé.	Score obtenu à partir de l'indice = 10	Appréciation positive la globalité des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
	Score obtenu à partir de l'indice < 10	Appréciation moins positive de la globalité des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
Appréciation de la réactivité des services (indice composé de 5 items)		
1. Sentir le respect 2. Accueil avec courtoisie 3. Respect de l'intimité physique 4. Médecins passent assez de temps avec le patient 5. Locaux agréables.	Score obtenu à partir de l'indice = 10	Appréciation positive de la réactivité des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
	Score obtenu à partir de l'indice < 10	Appréciation moins positive de la réactivité des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
Appréciation des résultats de santé des services (indice composé de 5 items)		
1. Répondre clairement aux questions 2. Motiver à adopter de bonnes habitudes de vie 3. Permettre de mieux comprendre les problèmes de santé 4. Permettre de prévenir certains problèmes de santé 5. Permettre de bien contrôler les problèmes de santé.	Score obtenu à partir de l'indice = 10	Appréciation positive des résultats de santé des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
	Score obtenu à partir de l'indice < 10	Appréciation moins positive des résultats de santé des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête

\* À cause du faible nombre d'effectifs dans la catégorie score = 10 (3,2 %), nous avons décidé de dichotomiser cette variable à partir du score = 8 pour obtenir un nombre minimal suffisant des personnes (27 % des personnes se sont vues attribuer un score  $\geq 8$ ).

### *Contexte local : variable modératrice*

En plus des cinq variables indépendantes, l'étude inclut une variable modératrice : le contexte local. L'intérêt porté aux contextes locaux repose sur l'hypothèse qu'ils procurent des circonstances influençant les valeurs, attitudes et comportements des personnes qui y habitent ou qui y travaillent (Macintyre, Ellaway et Cummins, 2002; Macintyre et Ellaway, 2000; Matthews, 1988). Cependant, le contexte local de l'établissement de santé fréquenté régulièrement par la personne est plus déterminant que celui de sa résidence (Roberge et al., 2007). Les contextes locaux étudiés sont les territoires des CSSS de Montréal (n=12) et de la Montérégie (n=11). Ces territoires sont différenciés en quatre catégories : l'affluent-commerçant, le dépourvu-dépendant, le pourvu-indépendant et l'équilibré-coordonné. Ces catégories sont reliées à la place que les territoires occupent sur trois indicateurs. Le premier indicateur fait référence à l'écart entre les besoins de leur population et les ressources disponibles sur leur territoire. Le deuxième indicateur détermine si les ressources de première ligne d'un territoire de CSSS donné desservent des personnes résidant sur d'autres territoires de CSSS (exportation des services de première ligne) ou si la population d'un territoire de CSSS obtient des services de première ligne d'organisations localisées à l'extérieur du territoire de CSSS de résidence (importation des services). Le troisième et dernier indicateur réfère au niveau de collaboration prévalant entre les organisations de santé du territoire.

Le tableau 4.3.4 ci-dessous présente une définition opérationnelle du contexte local de soins obtenus. La liste des variables contextuelles considérées par l'équipe de Pineault et al. (2008) pour construire la taxonomie des contextes locaux est présentée au tableau 4.3.1 en annexe 1 de la section 4.3. Les variables retenues pour l'analyse sont présentées au tableau 4.3.2 de la même annexe.

**Tableau 4.3.4 : Définition opérationnelle du contexte local des soins**

Contexte local	Opérationnalisation
Affluent-commerçant	Territoires de CSSS caractérisés par : ressources disponibles > besoins de santé; marché ouvert (importe et exporte des services); faible collaboration clinique entre les organisations de santé.
Dépourvu-dépendant	Territoires de CSSS caractérisés par : ressources disponibles < besoins de santé; marché mixte (importe des services); faible collaboration clinique entre les organisations de santé.
Équilibré-coordonné	Territoires de CSSS caractérisés par : ressources disponibles = besoins de santé; marché fermé (importe et exporte peu des services); grande collaboration clinique entre les organisations de santé.
Pourvu-indépendant	Territoires de CSSS caractérisés par : ressources disponibles > besoins de santé; marché fermé (importe et exporte peu des services); faible collaboration clinique entre les organisations de santé.

Enfin, nous retenons cinq variables de contrôle pour les analyses : la perception de la personne de son état de santé (mauvaise/moyenne versus bonne/excellente)(Elliott et al., 2010; Muggah et al., 2014), le genre (femme versus homme)(Kontopantelis et al., 2010; Pampalon, Hamel, Gamache et Raymond, 2009), le statut d'emploi (sans emploi versus emploi temps plein ou partiel)(Hiotis et al., 2005; Kontopantelis et al., 2010), la perception de la personne de sa situation financière (très pauvre/pauvre versus revenu suffisant/à l'aise) et finalement, la langue parlée à la maison (autre langue versus français ou anglais)(Elliott et al., 2010). Les questions et les échelles de mesure originales utilisées pour rendre compte des variables de contrôle sont présentées dans un tableau en annexe 1 de la section 4.1. Ces variables peuvent influencer les variables indépendantes et les variables dépendantes. Il faut éliminer leur influence dans l'analyse de la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins.

### *Analyses statistiques*

Le logiciel SPSS est utilisé pour réaliser les analyses statistiques (version 16). La régression logistique multiple avec les données non pondérées est utilisée comme stratégie d'analyse. Notre but est d'apprécier des associations dans la population et non pas d'estimer des paramètres pour l'ensemble de la population (Rothman, Gallacher et Hatch, 2013). Les variables incluses dans la régression logistique sont toutes à deux catégories, à l'exception de la variable modératrice qui est à quatre catégories. Selon les variables, les catégories de référence sont les personnes non

vulnérables, les personnes affiliées au contexte local pourvu-indépendant, celles déclarant ne pas avoir utilisé de services hospitaliers ou de services d'urgence, les personnes déclarant ne pas avoir ressenti des besoins non comblés en services et, finalement, celles dont les appréciations de l'accessibilité, de la continuité, de la globalité, de la réactivité et des résultats des services sont moins positives. Le seuil de signification des tests statistiques est de 0,05.

La force des associations (tableaux croisés avec tests de Chi2 et test de Cramer's V) ainsi que les résultats des analyses de régression logistique simple (analyse bivariée) entre les variables indépendantes et de contrôle et les variables dépendantes sont présentés en annexe (2, 3 et 4) de la section 4.1. En observant la matrice de corrélation entre les variables (annexe 3), on ne remarque aucune association forte. Les deux plus fortes associations sont entre les deux paires de variables suivantes : la vulnérabilité biologique et le statut d'emploi (test de Cramer's V = 0,580) et la vulnérabilité culturelle et la langue parlée à la maison (test de Cramer's V = 0,551). Ces résultats ne suggèrent aucun problème de multicollinéarité. Par ailleurs, une association multiple pourrait tout de même engendrer ce problème, ce qui provoquerait une augmentation importante de la variance des estimateurs, les rapports de cote (RC). Autrement dit, les intervalles de confiance (IC) deviennent larges. En observant les IC de nos RC, on ne constate aucun problème de multicollinéarité étant donné la largeur des IC. Pour ce qui est des tableaux croisés avec le test de Chi2, on observe certaines associations non significatives entre les variables, et ce malgré la grande puissance statistique (N=9 206).

Pour détecter la force de l'association entre la variable modératrice et les variables indépendantes, de contrôle et dépendantes, nous avons effectué des tableaux croisés avec un test de chi2. Les tableaux regroupant les résultats de ces tests sont présentés en annexe 2. Ils nous indiquent l'existence de quelques associations non significatives. Nous avons aussi effectué une régression logistique simple (analyse bivariée) entre la variable modératrice et chacune des variables dépendantes. Les tableaux présentés en annexe 3 regroupent les rapports de cote (RC) bruts associant la variable modératrice et les variables dépendantes.

L'effet modérateur des contextes locaux sur la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins est vérifié en tenant en compte seulement les interactions entre chacune des cinq vulnérabilités et le contexte local (cinq interactions doubles). Nous ne

considérons pas les interactions entre les vulnérabilités elles-mêmes (Haidar et al., 2018) (Haidar, Lamarche, Levesque et Pampalon). Ceci impliquerait l'introduction de termes d'interaction triple et même plus. La première modélisation consiste en un modèle spécifiant toutes les interactions doubles entre les vulnérabilités et le contexte local en plus de cinq variables de contrôle. Les interactions doubles s'avérant significatives sont retenues pour une nouvelle modélisation. Cette dernière inclut les cinq vulnérabilités, le contexte local et les interactions doubles significatives en plus des cinq variables de contrôle. Le modèle est raffiné graduellement en retirant les variables non significatives : d'abord les variables de contrôle, ensuite les vulnérabilités et finalement, les interactions doubles. Le raffinement se termine par un modèle ne contenant que des variables significatives. Dans le cas où le modèle final contient plus qu'une interaction double significative, chacune des interactions est étudiée séparément.

Les tableaux 4.3.10 et 4.3.11 présentent les RC ajustés et les IC (95 %) des composantes de l'expérience de soins qui sont significativement modifiées par les interactions entre les vulnérabilités et le contexte local. Ces RC sont ajustés pour les vulnérabilités et les variables de contrôle retenues dans le modèle final. Une interaction entre le contexte local et la vulnérabilité est de huit catégories (2x4). La catégorie de référence d'une interaction est les personnes non vulnérables affiliées au contexte local pourvu-indépendant. Un  $RC > 1$  pour une relation entre les personnes vulnérables affiliées à un contexte local et leur appréciation d'une composante de l'expérience de soins signifie que les personnes vulnérables obtenant leurs soins dans ce contexte local sont plus nombreuses à exprimer une appréciation positive de cette composante que les personnes non vulnérables obtenant des soins dans le contexte pourvu-indépendant. Pour la composante des besoins non comblés, un  $RC < 1$  désigne une déclaration positive : les personnes vulnérables sont moins nombreuses à exprimer des besoins non comblés comparées aux personnes non vulnérables. Dans les tableaux 4.3.10 et 4.3.11, la couleur bleue désigne une augmentation du nombre des personnes vulnérables qui ont une appréciation positive de leur expérience de soins, alors que la couleur rouge désigne une diminution de ce nombre.

Finalement, un test de chi carré est réalisé pour vérifier l'association entre les vulnérabilités impliquées dans des interactions significatives et le contexte local (tableau 4.3.12). Ce test permet d'identifier le ou les contextes locaux qui ont des pourcentages plus et moins élevés de personnes

vulnérables par rapport à l'ensemble des participants tous contextes locaux confondus. Ce test de chi carré est réalisé sur le total de l'échantillon (N=9206). Par contre, l'analyse de l'effet modérateur du contexte local est réalisée sur des échantillons dont le nombre des personnes varie de 4 880 à 9 206. On ne connaît pas le nombre réel des personnes vulnérables qui affichent une appréciation positive de leur expérience de soins pour chacun des contextes locaux. Nous allons donc faire une synthèse des analyses de l'effet modérateur et de test de chi carré pour conclure sur le deuxième sous-objectif. Lorsqu'un effet positif renforcé de la vulnérabilité sur l'appréciation de l'expérience de soins pour un contexte local est observé ( $RC > 1$ ) et qu'il y a un plus grand pourcentage de personnes vulnérables dans ce contexte local que dans l'ensemble des contextes, nous concluons que l'effet modérateur du contexte local contribue à accroître la proportion des personnes vulnérables dont l'appréciation de l'expérience de soins est positive. En revanche, lorsqu'un effet positif moins fort de la vulnérabilité ( $RC < 1$ ) se produit pour ce contexte local, nous concluons que cet effet modérateur diminue la proportion de personnes vulnérables dont l'appréciation de l'expérience de soins est positive. Dans le tableau 4.3.12, la couleur bleue est pour désigner un pourcentage plus élevé de personnes vulnérables par rapport à l'ensemble des participants, alors que la couleur rouge désigne un pourcentage moins élevé.

## RÉSULTATS

### *Caractéristiques des participants*

**Tableau 4.3.5 :** Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les vulnérabilités (N=9 206)

<b>Vulnérabilités</b>	<b>Catégories</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Sanitaire	Vulnérable	3 844	41,8 %
	Non vulnérable	5 362	58,2 %
Biologique	Vulnérable	1 379	15,0 %
	Non vulnérable	7 827	85,0 %
Matérielle	Vulnérable	4 625	50,2 %
	Non vulnérable	4 581	49,8 %
Relationnelle	Vulnérable	5 690	61,8 %
	Non vulnérable	3 516	38,2 %
Culturelle	Vulnérable	1 580	17,2 %
	Non vulnérable	7 626	82,8 %



Le tableau 4.3.5 présente la répartition des participants (nombre et pourcentage) selon leurs vulnérabilités. Les vulnérabilités qui affectent le plus les participants sont les vulnérabilités relationnelle (61,8 %), matérielle (50,2 %) et sanitaire (41,8 %).

**Tableau 4.3.6 :** Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les composantes de l'utilisation des services et des besoins non comblés de l'expérience de soins (N=9 206)

Composantes de l'expérience de soins	Catégories	Nombre	Pourcentage
Utilisation des services hospitaliers	Oui	1411	15,3%
	Non	7795	84,7%
Utilisation des services d'urgence	Oui	3031	32,9%
	Non	6175	67,1%
Besoins non-comblés en services	Oui	1704	18,5%
	Non	7502	81,5%

**Tableau 4.3.7 :** Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les composantes de l'accessibilité, de la continuité, de la globalité, de la réactivité et des résultats de l'expérience de soins

Composante de l'expérience de soins	Catégories	Nombre	Pourcentage
Accessibilité géographique et organisationnelle (N=6 685)	Appréciation positive	1 813	27,1 %
	Appréciation moins positive	4 872	72,9 %
Accessibilité économique N=6 680)	Appréciation positive	3 745	56,1 %
	Appréciation moins positive	2 935	43,9 %
Continuité d'affiliation (N=6 690)	Appréciation positive	2 643	39,5 %
	Appréciation moins positive	4 047	60,5 %
Continuité d'information (N=4 880)	Appréciation positive	2 095	42,9 %
	Appréciation moins positive	2 785	57,1 %
Globalité (N=6 690)	Appréciation positive	3 125	46,7 %
	Appréciation moins positive	3 565	53,3 %
Réactivité (N=6 690)	Appréciation positive	2 942	44,0 %
	Appréciation moins positive	3 748	56,0 %
Résultats (N=6 690)	Appréciation positive	2 744	41,0 %
	Appréciation moins positive	3 946	59,0 %

Le nombre de participants à répartir varie selon les composantes de l'expérience de soins. Il est de 9 206 pour les composantes de l'utilisation des services et des besoins non-comblés (tableau 4.3.6) et de 6 690 pour les autres composantes (tableau 4.3.7). L'utilisation des salles d'urgence est deux fois plus élevée que celle des services hospitaliers (32,9 % versus 15,3 %) alors que 18,5

% des personnes affirment avoir des besoins non comblés. L'appréciation positive de l'accessibilité géographique et organisationnelle est la moins fréquente. Elle est appréciée positivement par 27,1 % des personnes. Le pourcentage des personnes qui ont une appréciation positive des autres composantes de l'expérience de soins est plus élevé : entre 39,5 % et 56,1 %.

**Tableau 4.3.8 :** Répartition (nombre et pourcentage des participants selon le contexte local (N=9 206)

Contexte local	Nombre	Pourcentage
Pourvu-indépendant	3 141	34,1 %
Équilibré-coordonné	1 539	16,7 %
Dépourvu-dépendant	2 420	26,3 %
Affluent-commerçant	2 160	22,9 %

Le tableau 4.3.8 présente la répartition des participants selon les contextes locaux. Il révèle qu'ils sont proportionnellement plus nombreux à vivre dans le contexte local pourvu-indépendant (34,1 %) et moins nombreux dans celui d'équilibré-coordonné (16,7 %).

**Tableau 4.3.9 :** Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les variables de contrôle (N=9206)

Variabiles de contrôle	Catégories	Nombre	Pourcentage
Genre	Femme	5 311	57,7 %
	Homme	3 895	42,3 %
Perception de l'état de santé	Mauvaise/Moyenne	1 532	16,6 %
	Bonne/Très bonne/Excellente	7 674	83,4 %
Statut d'emploi	Libre	2 703	29,4 %
	Temps partiel/Temps plein	6 503	70,6 %
Perception de la situation financière	Pauvre/Très pauvre	1 531	16,6 %
	Suffisant/Aisé	7 675	83,4 %
Langue parlée à la maison	Autre	713	7,7 %
	Français ou anglais	8 493	92,3 %

L'échantillon est composé de 57,7 % de femmes et de 70,6 % de personnes qui ont un emploi (tableau 4.3.9). La grande majorité des personnes ont une bonne ou excellente perception de leur état de santé (83,4 %) et de leur situation financière (83,4 %).

***Effet modérateur du contexte local sur la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins***

**Tableau 4.3.10** : Rapports de cote (RC) et intervalles de confiance (95 %) des besoins non-comblés et

Composantes de l'expérience de soins		Contexte local			
		Affluent-commerçant	Dépourvu-dépendant	Équilibré-coordonné	Pourvu-indépendant
Personnes vulnérables					
Besoins non comblés	Sanitairement *	1,07 0,850-1,347	1,206 0,970-1,498	0,876 0,671-1,144	1,258 1,038-1,524
	Relationnellement **	0,985 0,819-1,184	0,814 0,671-0,987	0,676 0,531-0,860	0,784 0,650-0,946
Personnes non vulnérables					
Besoins non comblés	Sanitairement *	1,241 1,033-1,491	1,075 0,896-1,290	0,948 0,759-1,184	1,0
	Relationnellement **	0,81 0,636-1,030	1,018 0,829-1,250	0,812 0,635-1,038	1,0

des interactions statistiquement significatives entre les vulnérabilités et le contexte local (N=9206)

\* RC ajusté pour les vulnérabilité biologique, matérielle et relationnelle, le genre, la perception de l'état de santé, le statut d'emploi et la perception de la situation financière.

\*\* RC ajusté pour les vulnérabilité sanitaire, biologique et matérielle, le genre, la perception de l'état de santé et le statut d'emploi et la perception de la situation financière.

**Tableau 4.3.11** : Rapports de cote (RC) et intervalles de confiance (95 %) de l'accessibilité, la continuité, la globalité et des résultats de l'expérience de soins et des interactions statistiquement significatives entre les vulnérabilités et le contexte local

Composantes de l'expérience de soins	Vulnérabilités	Contexte local			
		Affluent-commerçant	Dépourvu-dépendant	Équilibré-coordonné	Pourvu-indépendant
Personnes vulnérables					
Accessibilité géographique/organisationnelle (N=6 685)	Relationnellement *	1,442 1,176-1,768	1,366 1,104-1,690	1,936 1,554-2,413	1,196 0,981-1,459
Accessibilité économique (N=6 680)	Biologiquement **	1,639 1,189-2,258	2,265 1,669-3,073	1,400 1,027-1,909	1,415 1,093-1,833
Continuité d'affiliation (N=6 690)	Sanitairement ***	2,178 1,774-2,674	1,973 1,618-2,406	1,454 1,178-1,793	1,455 1,222-1,732
	Relationnellement ****	1,534 1,273-1,848	1,648 1,355-2,003	1,296 1,051-1,597	1,519 1,271-1,815
Continuité d'information (N=4 880)	Matériellement *****	1,741 1,362-2,224	1,342 1,074-1,676	1,259 1,012-1,567	1,21 0,999-1,466
	Relationnellement *****	1,232 0,996-1,523	1,327 1,066-1,652	1,442 1,144-1,818	1,247 1,022-1,521
Globalité (N=6 690)	Sanitairement *****	1,176 0,965-1,433	1,045 0,863-1,264	1,417 1,156-1,738	0,954 0,808-1,128
	Relationnellement *****	1,095 0,919-1,304	1,109 0,924-1,332	1,494 1,226-1,820	1,15 0,974-1,359
Résultats (N=6 690)	Relationnellement *****	1,018 0,849-1,222	1,133 0,937-1,369	1,368 1,118-1,674	1,104 0,929-1,311
Personnes non vulnérables					
Accessibilité géographique/organisationnelle (N=6 685)	Relationnellement *	1,843 1,441-2,358	1,184 0,930-1,507	1,541 1,198-1,982	1,0
Accessibilité économique (N=6 680)	Biologiquement **	1,127 0,980-1,297	1,331 1,155-1,534	1,626 1,386-1,906	1,0

Continuité d'affiliation (N=6 690)	Sanitairement ***	0,958 0,792-1,160	0,941 0,772-1,148	0,858 0,691-1,065	1,0
	Relationnellement ****	1,663 1,312-2,108	1,219 0,973-1,527	1,039 0,816-1,324	1,0
Continuité d'information (N=4 880)	Matériellement *****	0,949 0,770-1,169	1,128 0,904-1,407	1,161 0,892-1,512	1,0
	Relationnellement *****	1,506 1,146-1,980	1,233 0,955-1,592	0,929 0,706-1,223	1,0
Globalité (N=6 690)	Sanitairement *****	0,92 0,769-1,100	0,862 0,717-1,037	1,08 0,885-1,317	1,0
	Relationnellement *****	1,306 1,044-1,634	0,974 0,790-1,201	1,197 0,959-1,494	1,0
Résultats (N=6 690)	Relationnellement *****	1,21 0,961-1,525	0,892 0,717-1,109	1,088 0,867-1,366	1,0

\* RC ajusté pour les vulnérabilités biologique et matérielle, le genre, la perception de l'état de santé, le statut d'emploi et la perception de la situation financière.

\*\* RC ajusté pour les vulnérabilité matérielle et relationnelle, le genre, la perception de l'état de santé et le statut d'emploi.

\*\*\* RC ajusté pour les vulnérabilité biologique, relationnelle et culturelle, la perception de l'état de santé, le statut d'emploi et la perception de la situation financière.

\*\*\*\* RC ajusté pour les vulnérabilité sanitaire, biologique et culturelle, la perception de l'état de santé, le statut d'emploi et la perception de la situation financière.

\*\*\*\*\* RC ajusté pour les vulnérabilité relationnelle et culturelle, la perception de l'état de santé, le statut d'emploi et la perception de la situation financière.

\*\*\*\*\* RC ajusté pour les vulnérabilité matérielle et culturelle, la perception de l'état de santé, le statut d'emploi et la perception de la situation financière.

\*\*\*\*\* RC ajusté pour les vulnérabilités matérielle, relationnelle et culturelle, la perception de l'état de santé, le statut d'emploi et la perception situation financière ;

\*\*\*\*\* RC ajusté pour les vulnérabilités sanitaire, matérielle et culturelle, la perception de l'état de santé, le statut d'emploi et la perception de la situation financière.

\*\*\*\*\* RC ajusté pour les vulnérabilités sanitaire, biologique, matérielle et culturelle, le genre, la perception de l'état de santé, le statut d'emploi et la perception de la situation financière.

Les analyses révèlent que l'appréciation des personnes vulnérables de leur expérience de soins est généralement modifiée par le contexte local au sein duquel les soins sont obtenus. Seule la vulnérabilité culturelle n'est pas influencée par le contexte local dans son effet sur l'appréciation de l'expérience de soins.

Les tableaux 4.3.10 et 4.3.11 regroupent les RC ajustés des composantes de l'expérience de soins qui sont significativement modifiées par les interactions entre les vulnérabilités et les contextes locaux. Deux composantes ne sont pas modifiées par cette interaction : l'utilisation des services hospitaliers et des salles d'urgence. Les interactions significatives modifient davantage les appréciations de l'expérience de soins des personnes vulnérables que des personnes non vulnérables. Sur un total de 36 RC significatifs, 28 RC concernent des relations touchant les personnes vulnérables. Ces deux tableaux combinés laissent entrevoir que les personnes vulnérables sont plus nombreuses à exprimer une appréciation positive de leur expérience de soins, et ce, quel que soit le contexte local au sein duquel ils obtiennent leurs soins, comparées aux personnes non vulnérables consommant des soins dans le contexte pourvu-indépendant.

Le tableau 4.3.10 révèle une exception. Cette dernière concerne la déclaration des besoins non comblés des personnes vulnérables sur le plan sanitaire. Malgré les ressources disponibles, le contexte local pourvu-indépendant est associé à une augmentation du nombre des personnes vulnérables sur le plan sanitaire qui déclarent avoir des besoins non comblés (RC=1,258). Avoir des besoins non comblés est moins fréquent chez les personnes vulnérables sur le plan relationnel, et ce, dans tous les contextes locaux, sauf l'affluent-commerçant (RC variant de 0,676 à 0,814).

C'est le contexte équilibré-coordonné qui est associé le plus fréquemment à une augmentation du nombre de personnes vulnérables exprimant une appréciation positive de leur expérience de soins (les 10 RC sont tous > 1). En revanche, les contextes dépourvus dépendant et affluent-commerçant sont ceux qui sont associés le moins fréquemment à une augmentation du nombre de personnes vulnérables qui ont une telle appréciation (seulement 5 RC sont > 1 pour chaque contexte). Dans le contexte équilibré-coordonné, ce sont les personnes vulnérables sur le plan relationnel qui donnent une appréciation positive plus fréquente de la grande majorité des composantes de leur expérience de soins : les besoins non comblés, l'accessibilité géographique

et organisationnelle, la continuité d'affiliation, la continuité d'information, la globalité et les résultats des services.

Le contexte local a aussi un effet modérateur dans les relations touchant les personnes non vulnérables. Le contexte affluent-commerçant est associé à une augmentation du nombre des personnes non vulnérables sur le plan sanitaire déclarant avoir des besoins non comblés (RC=1,241) comparées aux personnes non vulnérables consommant des soins dans le contexte pourvu-indépendant. En revanche, le contexte affluent-commerçant est celui qui est associé le plus fréquemment à une augmentation du nombre de personnes non vulnérables, notamment sur le plan relationnel, qui ont une appréciation positive de plusieurs composantes de leur expérience de soins. Ces composantes sont : l'accessibilité géographique et organisationnelle, la continuité d'affiliation, la continuité d'information et la globalité (tableau 4.3.11). Le contexte dépourvu-dépendant est celui qui est associé le moins fréquemment à une appréciation positive de l'expérience de soins des personnes non vulnérables

***Effet modérateur du contexte local et proportion de personnes vulnérables qui ont une appréciation positive de leur expérience de soins***

Le deuxième objectif de cette étude est d'examiner si l'effet modérateur des contextes locaux influence la proportion des personnes vulnérables qui expriment une appréciation positive de leur expérience de soins. La section précédente révèle que c'est le contexte équilibré-coordonné qui est associé le plus fréquemment à un nombre supérieur de personnes vulnérables exprimant une appréciation positive de leur expérience de soins. C'est le contexte affluent-commerçant qui y est associé le moins fréquemment. La répartition des personnes vulnérables dans les différents contextes locaux permet de voir si l'effet modérateur se produit dans le contexte où vivent le plus fort pourcentage de personnes vulnérables et inversement. Le tableau 4.3.12 présente cette répartition.

Il révèle que les pourcentages plus élevés de personnes vulnérables sur les plans sanitaire, biologique et matériel sont observés dans le contexte où les personnes vulnérables sont plus nombreuses à exprimer une appréciation positive de leur expérience de soins : contexte équilibré-coordonné. Inversement, les pourcentages les moins élevés des personnes vulnérables sur ces trois plans sont observés dans le contexte où elles sont moins nombreuses à exprimer une appréciation positive de leur expérience de soins : contexte affluent-commerçant. L'effet modérateur du contexte dépourvu-dépendant sur les besoins non comblés des personnes vulnérables sanitaires se produit là où ces personnes sont effectivement les plus nombreuses. Tout semble donc concourir à une appréciation le plus fréquemment positive de l'expérience de soins des personnes vulnérables dans le contexte équilibré-coordonné.



**Tableau 4.3.12** : Répartition (nombre et pourcentage) des participants vulnérables et non vulnérables selon le contexte local par rapport à la population en général (N=9 206)

Vulnérabilités		Contexte local				Ensemble des participants tous contextes locaux confondus	P de chi2
		Pourvu-indépendant	Équilibré-coordonné	Dépourvu-dépendant	Affluent-commerçant		
Sanitaire	Vulnérable	1363 43,4%	675 43,9%	996 41,2%	810 38,5%	3844 41,8%	0,001
	Non vulnérable	1778 56,6%	864 56,1%	1424 58,8%	1296 61,5%	5362 58,2%	
Biologique	Vulnérable	441 14,0%	263 17,1%	410 16,9%	265 12,6%	1379 15,0%	<0,001
	Non vulnérable	2700 86,0%	1276 82,9%	2010 83,1%	1841 87,4%	7827 85,0%	
Matérielle	Vulnérable	1663 52,9%	1030 66,9%	1212 50,1%	720 34,2%	4625 50,2%	<0,001
	Non vulnérable	1478 47,1	509 33,1%	1208 49,9%	1386 65,8%	4581 49,8%	
Relationnelle	Vulnérable	1762 56,1%	920 59,8%	1508 62,3%	1500 71,2%	5690 61,8%	<0,001
	Non vulnérable	1379 43,9%	619 40,2%	912 37,7%	606 28,8%	3516 38,2%	
Total		3141 100,0%	1539 100,0%	2420 100,0%	2106 100,0%	9206 100,0%	

## DISCUSSION

La présente étude révèle, dans le contexte d'un système universel de soins, un effet modérateur considérable du contexte local sur la relation entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins de première ligne. À l'exception de la vulnérabilité culturelle, l'influence des vulnérabilités est modifiée par tous les contextes locaux, et ce, sur la grande majorité des composantes de l'expérience de soins.

Le contexte local est associé à des appréciations positives généralement plus fréquentes de l'expérience de soins de la part des personnes vulnérables. Cependant, l'utilisation des services des personnes vulnérables n'est pas modifiée par le contexte local où les soins sont obtenus. Le contexte équilibré-coordonné est celui qui est associé le plus fréquemment au renforcement de l'appréciation positive de l'expérience de soins des personnes vulnérables, contrairement aux contextes pourvu-indépendant et affluent-commerçant. Ce constat corrobore les résultats de l'étude de Pineault et al. (2008) qui a étudié l'appréciation de l'expérience de soins de la population en fonction de la taxonomie utilisée de quatre contextes locaux (Pineault et al., 2008). L'effet modérateur du contexte local contribue à accroître la proportion des personnes vulnérables qui ont une appréciation positive de leur expérience de soins. Les pourcentages des personnes vulnérables sont souvent plus élevés dans les contextes locaux associés à des appréciations positives plus fréquentes de l'expérience de soins des personnes vulnérables.

Cette étude corrobore également des résultats observés dans deux études précédentes. Dans la première étude (Haidar et al., 2018), nous avons constaté une association négative entre la vulnérabilité culturelle et l'appréciation de l'expérience de soins chez les personnes vulnérables culturellement. Dans la deuxième étude (article 2), nous avons constaté que cette association négative n'est pas modifiée par la source habituelle de soins. La présente étude soutient donc que les personnes vulnérables culturellement ont toujours une faible chance d'exprimer une appréciation positive de leur expérience de soins, et ce, quelle que soit la source habituelle de soins utilisée ou le contexte local au sein duquel le soin est obtenu. Dans la deuxième étude (article 2), nos résultats indiquent que l'utilisation des services telle que déclarée

par les personnes vulnérables n'est pas influencée par la source habituelle de soins utilisée. Cette étude soutient aussi que l'utilisation déclarée des services en fonction des vulnérabilités des personnes n'est pas modifiée par la source habituelle de soins ni par le contexte local, et ce, quelle que soit leur vulnérabilité.

Nos analyses indiquent que les personnes vulnérables sont proportionnellement plus nombreuses dans les contextes locaux associés à des appréciations positives plus fréquentes de la part des personnes vulnérables, ce qui renforce une telle appréciation. Cela va à l'encontre des résultats des études antérieures aux États-Unis sur le lien entre la concentration géographique de certains sous-groupes vulnérables, surtout sur les plans matériel et culturel, dans des milieux locaux et les appréciations fréquemment moins bonnes de l'expérience de soins chez la population en général pour expliquer les inégalités en appréciation de l'expérience de soins (Virnig et al., 2007) (Mobley et al., 2008) (Baicker, Chandra et Skinner, 2005). Notre constat que les personnes vulnérables culturellement ont la même appréciation de leur expérience de soins, peu importe le contexte local, s'oppose également aux résultats de ces études suggérant que les appréciations des personnes vulnérables sur le plan ethnique ou culturel peuvent être meilleures dans certains contextes locaux que d'autres (Virnig et al., 2007) (Mobley et al., 2008) (Baicker et al., 2005). Cette recherche ouvre la porte à une piste de réflexion importante : est-ce que l'influence de la vulnérabilité culturelle sur l'appréciation de l'expérience de soins passe particulièrement par l'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local? La littérature nous indique que le contexte local peut modifier la relation entre le modèle organisationnel des services de santé et l'appréciation positive de l'expérience de soins dans la population (Lamarche, Pineault, Gauthier, et al., 2010) (Lamarche et Maillet, 2016; Lamarche et al., 2012)

Plusieurs implications découlent de cette analyse. La première est la nécessité de tenir compte du contexte local dans les stratégies d'amélioration de l'appréciation de l'expérience de soins des clientèles vulnérables. La deuxième est que pour améliorer la capacité du système de soins à satisfaire les attentes et mieux répondre aux besoins des clientèles vulnérables, il faut mettre l'accent sur une meilleure organisation de l'offre des services à l'échelle locale et non uniquement sur l'injection des ressources. Un contexte local ayant un niveau moyen de

ressources, mais une meilleure collaboration entre les ressources, est susceptible de mener à une amélioration de l'appréciation des différentes composantes de l'expérience de soins de la clientèle vulnérable. C'est le cas du contexte équilibré-coordonné. L'abondance de ressources à l'échelle locale n'est pas garante d'une appréciation positive de l'expérience de soins incluant les besoins en services non comblés. Avoir des besoins non comblés est plus fréquent chez les personnes non vulnérables sur le plan sanitaire qui consomment des services dans le contexte affluent-commerçant. Cette observation corrobore les résultats d'une rare étude sur le lien entre la disponibilité des ressources et l'appréciation de l'expérience de soins de la population en général (Lamarche, Pineault, Gauthier, Hamel et Haggerty, 2011). D'après cette étude, la disponibilité élevée de ressources de proximité n'a pas un effet positif sur l'appréciation de l'expérience de soins de la population. Au contraire, l'appréciation positive de l'expérience de soins est plus fréquente lorsque la disponibilité des ressources de proximité est faible ou moyenne (Lamarche et al., 2011). Cette observation se retrouve aussi dans les résultats d'une autre rare étude sur le lien entre la collaboration entre les établissements de soins de santé de première ligne et les organisations communautaires, sociales et juridiques dans les milieux locaux sur la prestation des services de première ligne pour la santé mentale (Meredith et al., 2009). D'après cette étude, les établissements de soins de première ligne qui ont de meilleurs liens avec les organisations communautaires, sociales et juridiques signalent plus d'offre de soins pour la santé mentale (Meredith et al., 2009). Encore une fois, cette observation se retrouve aussi dans des études de différents contextes qui soulèvent que les appréciations de l'expérience de soins des utilisateurs sont plus fréquemment positives dans les milieux ruraux par rapport aux milieux urbains (Tremblay et al., 2015) (Kontopantelis et al., 2010) (Lamarche, 2006). Dans cette étude, les contextes qualifiés de pourvus-indépendants et d'équilibrés-coordonnés se caractérisent par une grande diversité sur le plan de la ruralité et de l'urbanité. En revanche, les contextes qualifiés d'affluents-commerçants et de dépourvus-dépendants se retrouvent essentiellement dans les milieux urbains. Une troisième implication est qu'on ne peut considérer l'influence des vulnérabilités des personnes sur l'appréciation de l'expérience de soins sans tenir en compte du contexte local. L'originalité de cette étude est d'avoir démontré l'existence d'une interaction entre les vulnérabilités des personnes et les contextes locaux qui modifie la relation entre l'appréciation de l'expérience de soins et les vulnérabilités des personnes.

### *Forces et limites*

Les résultats de cette étude sont originaux et révélateurs. Dans une étude antérieure (article 2), Haidar et collaborateurs ont révélé un effet modérateur de la source habituelle de soins sur la relation entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins de première ligne. Selon les auteurs, les modèles organisationnels des sources habituelles de soins de première ligne sont associés, à différents degrés, à des appréciations positives plus fréquentes de l'expérience de soins des personnes vulnérables. Le modèle professionnel de prestataire unique comme source habituelle de soins de première ligne est celui qui est associé le plus fréquemment à des appréciations positives plus fréquentes de l'expérience de soins des personnes vulnérables. En revanche, le modèle professionnel du contact comme source habituelle de soins de première ligne l'est le moins fréquemment. D'autres études suggèrent que l'importance relative de différents modèles organisationnels des sources habituelles de soins de première ligne diffère selon les contextes locaux (Lamarche, 2006; Pineault et al., 2008). Il y a donc lieu de penser que les variations observées selon les contextes locaux sont dues également à un effet de composition des modèles organisationnels des sources habituelles de soins qui y existent. Une force particulière de cette étude est qu'elle révèle un paradoxe. D'une part, le contexte local dans lequel le modèle de prestataire unique est relativement plus utilisé est l'affluent-commerçant. Or, tel mentionné auparavant, dans le contexte affluent-commerçant, l'appréciation positive de l'expérience de soins chez les personnes vulnérables est la moins fréquente. D'autre part, dans le contexte équilibré-coordonné, c'est le modèle de coordination-intégré qui est relativement le plus utilisé et non le modèle de prestataire unique. Or, le modèle de coordination-intégré n'est pas celui pour lequel les personnes vulnérables ont le plus fréquemment une appréciation positive de l'expérience de soins. Ce paradoxe laisse entrevoir l'existence d'une interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local qui influence la relation entre les vulnérabilités et l'appréciation de l'expérience de soins. Dans une prochaine étude, nous allons examiner l'effet des contextes locaux sur la relation entre l'appréciation et l'expérience de soins en tenant compte sources habituelles de soins localisées dans les contextes locaux.

Cette étude présente quelques limites. Premièrement, elle postule que si la personne change le contexte local au sein duquel elle consomme des services, son appréciation de l'expérience de soins va être différente, ce qui n'est pas nécessairement le cas. Nous soulignons ici que certaines études indiquent que la perception que les utilisateurs des services ont de leur expérience de soins reflète bien ce qu'ils ont vécu (Doyle et al., 2013; Price et al., 2014). En d'autres mots, les différences dans l'appréciation de l'expérience de soins par les patients reflètent des différences dans l'expérience vécue de soins. Cependant, il est opportun, dans les recherches futures, de réaliser des études de cohorte qui suivent les personnes où le contexte local de leurs soins peut changer dans le temps.

Deuxièmement, il est possible pour quelques personnes à qui on a attribué le contexte local de leur résidence que leur source habituelle de soins soit localisée dans un contexte local différent. En fait, il s'agit d'un nombre minime de personnes (notamment, les 60 personnes qui ont identifié une source habituelle de soins de première ligne soit localisée hors Montréal ou la Montérégie, soit qui a fermé ses portes ou soit qui n'a pas pu être identifiée et ont été donc attribué le contexte local décrivant le CSSS de leur résidence). Donc, il y a lieu de penser que ceci n'a pas un grand impact. Ainsi, le fait que nos résultats soient similaires aux résultats de l'étude de Pineault et al. (2008) suggère que le contexte local de la résidence comme mesure alternative du contexte local de la source habituelle de soins est probablement valide. Sinon, une mauvaise classification fait minimiser plus qu'accentuer les différences (Starfield, Cassady, Nanda, Forrest et Berk, 1998).

Troisièmement, cette étude n'a pas contrôlé les interactions entre les vulnérabilités des personnes elles-mêmes (article 1). Il faut donc garder à l'esprit que l'effet attribué à l'interaction entre les vulnérabilités des personnes et le contexte local sur l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne puisse également être touché par ces interactions. Toutefois, le fait d'avoir focalisé cette étude sur l'ensemble des vulnérabilités des personnes, les cinq vulnérabilités, et le contexte local représente aussi l'une de ses forces et a permis d'atténuer cette limite.

Quatrièmement, nous aurions aimé fournir une mesure de la dimension institutionnelle des contextes locaux (normes et valeurs et système de gouvernance) (Scott, Mendel et Pollack, 2004), mais une telle mesure n'est pas disponible. Il est donc possible que la variation observée entre les contextes locaux soit également due à des facteurs sociétaux non considérés dans l'étude. Toutefois, il faut souligner que nous avons choisi d'opérationnaliser le contexte local d'une façon multidimensionnelle qui met l'accent sur les circonstances contextuelles des individus aussi que des organisations, ce qui est aussi un point fort de l'étude.

Cinquièmement, l'étude a cerné une population de 23 CSSS de tailles de population différentes. Il est possible que la représentativité de l'échantillon soit affectée par le plan d'échantillonnage qui a surreprésenté les répondants résidant des CSSS qui ont une petite taille de population, et ce, dans le but de garantir un minimum de réponses de tous les CSSS. Toutefois, nous soulignons que le territoire d'un CSSS est tellement vaste. Il est fort probable que les sujets sélectionnés ne se soient pas identiques. Ainsi, notre but était de détecter des relations potentielles pour chacun de 23 CSSS et non pas d'arriver à des estimations précises pour chaque CSSS.

La dernière limite concerne le phénomène d'imbrication des observations. Au total, nous avons 9 206 patients nichés dans quatre contextes locaux. Une analyse multiniveau qui prend en compte les interactions entre les niveaux d'analyse pourrait être envisagée. Ce type d'analyse est adaptée pour des données structurées selon plusieurs niveaux, spécifiquement dans le cas où des individus partagent le même milieu (par exemple, les élèves d'une même école, les employés d'une même entreprise, etc.). On l'utilise quand il n'y a pas indépendance entre les niveaux (notamment l'individu et son milieu). Dans notre cas, il est peu probable que des répondants qui se trouvent sur le même territoire qu'ils soient identiques car le territoire d'un CSSS est tellement vaste. On a donc décidé de ne pas faire une analyse multiniveau.

Malgré toutes les limites, on a pu trouver des associations significatives entre la vulnérabilité et le contexte local qui influencent l'appréciation des personnes de leur expérience de soins, ce qui pourrait également être une force de l'étude.

## **CONCLUSION**

Il faut considérer l'interaction entre les vulnérabilités des personnes et les contextes locaux pour mieux comprendre les variations dans l'appréciation de leur expérience de soins. Un contexte local ayant un niveau moyen de ressources, mais une meilleure collaboration entre les ressources est susceptible de mener à une amélioration de l'appréciation des personnes vulnérables de leur expérience de soins



## BIBLIOGRAPHIE

- Aday, L. A. (1993). *At risk in America: the health and health care needs of vulnerable populations in the United States*. (1<sup>e</sup> éd.). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Aday, L. A. (1994). Health status of vulnerable populations. *Annu Rev Public Health*, 15, 487-509. doi: 10.1146/annurev.pu.15.050194.002415
- Aday, L. A. (2001). *At risk in America: The health and health care needs of vulnerable populations in the United States* (2<sup>e</sup> éd.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Adler, N. E. et Newman, k. (2002). Socioeconomic Disparities in Health: Pathways and Policies *Health Affairs*, 21(2), 60-76.
- Andersen, R. et Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*, 51(1), 95-124.
- Asada, Y. et Kephart, G. (2007). Equity in health services use and intensity of use in Canada. *BMC Health Serv Res*, 7, 41. doi: 10.1186/1472-6963-7-41
- Baicker, K., Chandra, A. et Skinner, J. S. (2005). Geographic variation in health care and the problem of measuring racial disparities. *Perspect Biol Med*, 48(1 Suppl), S42-53.
- Blumenthal, D., Mort, E. et Edwards, J. (1995). The efficacy of primary care for vulnerable population groups. *Health Serv Res*, 30(1, Part 2), 253-273.
- Borgès Da Silva, R. (2010). *La pratique médicale des omnipraticiens : influence des contextes organisationnel et géographique*. (Thèse de doctorat, Université de Montréal). Repéré à [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/3924/Borges-Da-Silva\\_Roxane\\_2010\\_these.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/3924/Borges-Da-Silva_Roxane_2010_these.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of medical care administration: Specifying requirements for health care*. Cambridge: Harvard University Press.
- Economou, A., Nikolaou, A. et Theodossiou, I. (2008). Socioeconomic status and health-care utilization: A study of the effects of low income, unemployment and hours of work on the demand for health care in the European Union. *Health Services Management Research*, 21(1), 40-59. doi: 10.1258/hsmr.2007.007013
- Elliott, M. N., Lehrman, W. G., Goldstein, E., Hambarsoomian, K., Beckett, M. K. et Giordano, L. A. (2010). Do hospitals rank differently on HCAHPS for different patient subgroups? *Med Care Res Rev*, 67(1), 56-73. doi: 10.1177/1077558709339066

- Glazier, R., Tepper, J., Agha, M., Moineddin, R. et Institute for Clinical Evaluative Sciences. (2006). Primary care in disadvantaged populations. In: Primary care in Ontario: ICES Atlas. Repéré à [http://www.jcb.utoronto.ca/people/publications/PC\\_atlas\\_complete.pdf](http://www.jcb.utoronto.ca/people/publications/PC_atlas_complete.pdf)
- Grabovschi, C., Loignon, C. et Fortin, M. (2013). Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 13, 94-94. doi: 10.1186/1472-6963-13-94
- Grady, C. (2009). Vulnerability in Research: Individuals with Limited Financial and/or Social Resources. *journal of law, medicine & ethics, Vulnerability in biomedical research, spring 2009*, 19-27.
- Haidar, O. M., Lamarche, P. A., Levesque, J.-F. et Pampalon, R. (2018). The Influence of Individuals' Vulnerabilities and Their Interactions on the Assessment of a Primary Care Experience. *International Journal of Health Services*, 48(4), 798-819. doi: 10.1177/0020731418768186
- Haidar, O. M., Lamarche, P. A., Levesque, J.-F. et Pampalon, R. (May 2018). The Influence of Individuals' Vulnerabilities and Their Interactions on the Assessment of a Primary Care Experience. *International Journal of Health Services*, 0(0). doi: 10.1177/0020731418768186
- Hamel, M., Pineault, R., Levesque, J. F., Roberge, D., Lozier-Sergerie, A., Simard, B., . . . Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoine. (2007). L'organisation des services de santé de première ligne : portrait des services médicaux de première ligne à Montréal et en Montérégie. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/726-OrganisationServices.pdf>
- Hiotis, K., Ye, W., Sposto, R., Goldberg, J., Mukhi, V. et Skinner, K. (2005). The importance of location in determining breast conservation rates. *The American Journal of Surgery*, 190(1), 18-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2004.12.002>
- Houle, C., Sanmartin, C., Berthelot, J. M., Tremblay, S. et Statistique Canada. (2002). Rapports sur la santé - Besoins non satisfaits de soins de santé : évolution. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2001003/article/6101-fra.pdf>
- Kontopantelis, E., Roland, M. et Reeves, D. (2010). Patient experience of access to primary care: Identification of predictors in a national patient survey *BMC Family Practice*, 11, 61. doi: 10.1186/1471-2296-11-61
- Lamarche, P. (2006). PHC Mix of models, performance and contexte, Confrence at the PHC Cost-Effectiveness Research Project *Think Tank 2*. Toronto.
- Lamarche, P., Beaulieu, M.-D., Pineault, R., Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Haggerty, J., . . . Santé Canada. (2003). Sur la voie du changement : pistes à suivre pour restructurer

les services de santé de première ligne au Canada. Repéré à [http://www.getoss.ena.ca/GETOSS/Publications/Lists/Publications/Attachments/420/Sur\\_la\\_voie\\_2003.pdf](http://www.getoss.ena.ca/GETOSS/Publications/Lists/Publications/Attachments/420/Sur_la_voie_2003.pdf)

- Lamarche, P. et Maillet, L. (2016). The performance of primary health care organizations depends on interdependences with the local environment. *Journal of Health Organization and Management*, 30(6), 836-854. doi: 10.1108/jhom-09-2015-0150
- Lamarche, P., Pineault, R., Gauthier, J., Hamel, M. et Haggerty, J. (2011). Availability of healthcare resources, positive ratings of the care experience and extent of service use: an unexpected relationship. *Healthc Policy*, 6(3), 46-56.
- Lamarche, P., Pineault, R., Gauthier, J., Hamel, M., Haggerty, J. et Levesque, J.-F. (2010). [Does the organization of primary health care vary according to geographical settings?]. Communication personnelle.
- Lamarche, P., Pineault, R., Haggerty, J., Gauthier, J., Hamel, M. et Levesque, J.-F. (2012). [Une explication du paradoxe rural-urbain : L'organisation des services de santé de première ligne?]. Communication personnelle.
- Lamarche, P., Pineault, R., Haggerty, J., Hamel, M., Levesque, J.-F. et Gauthier, J. (2010). The experience of primary health care users: a rural-urban paradox. *Can J Rural Med*, 15(2), 61-66.
- Levesque, J. F., Pineault, R., Hamel, M., Roberge, D., Kapetanakis, C., Simard, B., . . . Centre de recherche de l'hôpital LeMoyné. (2007). Les besoins non comblés de services médicaux : un reflet de l'accessibilité des services de première ligne. Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/709\\_cahier\\_thematique\\_bnc.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/709_cahier_thematique_bnc.pdf)
- Levesque, J. F., Pineault, R., Kapetanakis, C., Hamel, M., Roberge, D., Robert, L. et Simard, B. (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., Simard, B., Roberge, D., Hamel, M., Kapetanakis, C., . . . Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoyné. (2007). L'expérience de soins de la population : portrait des variations intra-régionales à Montréal et en Montérégie. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/628-ExperienceDeSoinsDeLaPopulation-Resume.pdf>
- Loeb, D. F., Binswanger, I. A., Candrian, C. et Bayliss, E. A. (2015). Primary care physician insights into a typology of the complex patient in primary care. *Ann Fam Med*, 13(5), 451-455. doi: 10.1370/afm.1840

- Macintyre, S., Ellaway, A. et Cummins, S. (2002). Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social Science & Medicine*, 55(1), 125-139.
- Macintyre, S. et Ellaway, S. (2000). Ecological Approaches: Rediscovering the Role of the Physical and Social Environment. In: Berkman LF, Kawachi I, editors. *Social epidemiology*. New York (NY): Oxford University Press; 2000. p. 332-48. (*Social Epidemiology* (p. 332-348): Oxford, University Press.
- Matthews, A. M. (1988). Variations in the conceptualization and measurement of rurality: Conflicting findings on the elderly widowed. *Journal of Rural Studies*, 4(2), 141-150.
- Mead, N. et Roland, M. (2009). Understanding why some ethnic minority patients evaluate medical care more negatively than white patients: A cross sectional analysis of a routine patient survey in English general practices. *BMJ*, 339. doi: 10.1136/bmj.b3450
- Mechanic, D. et Tanner, J. (2007). Vulnerable people, groups, and populations: Societal View. *Health Aff (Millwood)*, 26(5), 1220-1230. doi: 10.1377/hlthaff.26.5.1220
- Meredith, L. S. P., Eisenman, D. P. M. D. M., Green, B. L. P., Basurto-Davila, R. M. S. M. A., Cassells, A. M. P. H. et Tobin, J. P. (2009). System Factors Affect the Recognition and Management of Posttraumatic Stress Disorder by Primary Care Clinicians. *Medical Care*, 47(6), 686-694.
- Mobley, L., May Kuo, T.-M., Driscoll, D., Clayton, L. et Anselin, L. (2008). *Heterogeneity in mammography use across the nation: Separating evidence of disparities from the disproportionate effects of geography*.
- 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. *Canadian Family Physician Médecin De Famille Canadien*, 60(1), e24-e31.
- Nyamathi, A. (1998). Vulnerable populations: a continuing nursing focus. *Nurs Res*, 47(2), 65-66.
- Organisation mondiale de la Santé (2008). *Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*. Genève, Suisse: OMS.
- Pampalon, R., Hamel, D., Gamache, P. et Raymond, G. (2009). Un indice de défavorisation pour la planification de la santé au Canada. *Maladies chroniques au Canada*, 29(4), 199-213.
- Penchansky, R. et Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140.

- Pineault, R. et Daveluy, C. (1996). *La planification de la santé : concepts, méthodes et stratégies*. Montréal, Québec: Éditions Nouvelles.
- Pineault, R., Levesque, J. F., Roberge, D., Hamel, M., Lamarche, P., Haggerty, J., . . . Centre de recherche Hôpital Charles LeMoyné. (2008). L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec : rapport de recherche. Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/777\\_ServicesPremLignes.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/777_ServicesPremLignes.pdf)
- Purdy, I. B. (2004). Vulnerable: A concept analysis. *Nurs Forum*, 39(4), 25-33.
- Quesnel-Vallée, A., Luchenski, S. et Lynch, J. (2008). Differences between women's and men's socioeconomic inequalities in health: longitudinal analysis of the canadian population, 1994-2003 *J Epidemiol Community Health*, 62(12), 1036-1044. doi: 10.1136/jech.2007.068908
- Reid, R. J., Mckendry, R., Haggerty, J. et Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2002). Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins : rapport final. Repéré à [http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr\\_contcare\\_f.pdf](http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_f.pdf)
- Roberge, D., Pineault, R., Hamel, D., Borgès Da Silva, R., Cazale, L., Lévesque, J.-F. et Ouellet, D. (2007). Rapport méthodologique de l'analyse des contextes *L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec*: Centre de recherche de l'hôpital Charles Lemoyne, agence de la santé et des services sociaux de Montréal-Direction de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.
- Rodriguez, H. P. P. M. P. H., Scoggins, J. F. P. M. S., von Glahn, T. M. S., Zaslavsky, A. M. P. et Safran, D. G. S. (2009). Attributing Sources of Variation in Patients' Experiences of Ambulatory Care. *Medical Care*, 47(8), 835-841.
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 65-72.
- Rothman, K. J., Gallacher, J. E. J. et Hatch, E. E. (2013). Why representativeness should be avoided. *International Journal of Epidemiology*, 42(4), 1012-1014. doi: 10.1093/ije/dys223
- Saloner, B. et Gresenz, C. R. (2016). Health Care Experiences of Latino Children in Emerging and Traditional Destinations. *Medical Care*, 54(5), 442-448. doi: 10.1097/mlr.0000000000000504
- Scott, W. R., Mendel, P. et Pollack, S. (2004). Environments and fields: studying the evolution of a field of medical care organizations (In Jones, DL (eds). *How Institutions Change*: University of Chicago Press.

- Shi, L. et Stevens, G. D. (2010). *Vulnerable populations in the United States*. (2<sup>e</sup> éd.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Starfield, B. (1998). *Primary care: Balancing health needs, services and technology*. New York, NY: Oxford University Press.
- Starfield, B., Cassady, C. E., Nanda, J., Forrest, C. et Berk, R. (1998). Consumer Experiences and Provider Perceptions of the Quality of Primary Care: Implications for Managed Care. *the journal of family practice*, 46(3), 216-226.
- Tremblay, D., Roberge, D. et Berbiche, D. (2015). Determinants of patient-reported experience of cancer services responsiveness. *BMC Health Serv Res*, 15(1), 425. doi: 10.1186/s12913-015-1104-9
- Valderas, J. M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C. et Roland, M. (2009). Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med*, 7(4), 357-363. doi: 10.1370/afm.983
- Virnig, B. A., Scholle, S. H., Chou, A. F. et Shih, S. (2007). Efforts to reduce racial disparities in Medicare managed care must consider the disproportionate effects of geography. *American Journal of Managed Care*, 13(1), 51-56 56p.
- Vladeck, B. C. (2007). How useful is vulnerable as a concept ? *Health Aff (Millwood)*, 26(5), 1231-1234. doi: 10.1377/hlthaff.26.5.1231

## ANNEXE 1 : VARIABLES CONTEXTUELLES RETENUES POUR L'ANALYSE

Tableau 1 : Liste des variables contextuelles considérées par l'équipe de Pineault et al. (2008) pour construire la taxonomie des contextes locaux

Dimensions et variables	Définition et période de référence	Source de données
Caractéristiques de la population		
1-Population âgée de 65 ans et plus	Proportion de la population âgée de 65 ans et plus par rapport à la population totale par territoire de CSSS en 2001	Institut de la statistique du Québec (ISQ)
2-Population âgée de 0 à 14 ans	Proportion de la population âgée de 0 à moins de 15 ans par rapport à la population totale par territoire de CSSS en 2001	Institut de la statistique du Québec (ISQ)
3-Densité de population (nombre habitants/Km <sup>2</sup> )	Nombre d'habitants au km <sup>2</sup> pour chaque territoire de CSSS en 2001	Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
4-Espérance de vie à la naissance	Nombre moyen d'années à vivre à la naissance dans l'hypothèse où les taux de mortalité par âge observés durant une année ou une période déterminée demeurent stables dans le temps, et ce, pour chaque territoire de CSSS	Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS)
5 et 6-Indice de défavorisation : - dimension matérielle - dimension sociale	L'indice de défavorisation matérielle est composé des dimensions suivantes : scolarité, emploi et revenu. L'indice de défavorisation sociale est composé des dimensions suivantes : état matrimonial, vivre seul et famille monoparentale. Ces indices par territoire de CSSS prennent des valeurs comprises entre 0 (très favorisé) et 100 (très défavorisé) et ont été estimés à partir des données du recensement de 2001.	Pampalon et al. (2004), INSPQ

7 et 8-Variabilité de l'indice de défavorisation : - dimension matérielle - dimension sociale	La variabilité de chaque indice de défavorisation a été calculée à l'aide du coefficient de variation (écart-type/moyenne). Pour chaque territoire de CSSS, le coefficient de variation est une mesure de dispersion standardisée qui permet de comparer les CSSS entre eux	Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
Ressources		
1. Disponibilité de centres hospitaliers par catégories	Nombre de centres hospitaliers de soins de courte durée par territoire de CSSS par catégorie en 2003-04 : centres hospitaliers spécialisés et centres hospitaliers non spécialisés	Haggerty et al.
2. Disponibilité et ratio de lits de soins de courte durée	Nombre et ratio par 1000 habitants des lits de soins de courte durée dressés dans les CHSGS par territoire de CSSS en 2003-04	Les Agences, les rapports financiers (as-471) et statistiques (as-478)
3. Disponibilité de cliniques de 1 <sup>ère</sup> ligne et ratio par km2	Nombre de cliniques médicales par territoire de CSSS en 2005 et ration par km2 des cliniques par territoire de CSSS	Enquête organisationnelle
4. Disponibilité des médecins omnipraticiens ETP	Nombre et ratio par 1000 habitants de médecins omnipraticiens ETP (équivalent temps plein clinique) dans un territoire de CSSS quel que soit le lieu de pratique (CH, cabinet, CLSC et autres) en 2004	Banque CONSOM
5. Disponibilité des médecins spécialistes ETP	Nombre et ratio par 1000 habitants de médecins spécialistes ETP dans un territoire de CSSS quel que soit le lieu de pratique (CH, cabinet, CLSC et autres) en 2004	Banque CONSOM
6. Indice de dépendance de la population (IDP) pour les services médicaux de 1 <sup>ère</sup> ligne	Rapport entre : Services médicaux de 1 <sup>ère</sup> ligne (en coûts normalisés) utilisés sur un territoire donné par les résidents de ce territoire/Total des services médicaux de 1 <sup>ère</sup> ligne (en coûts normalisés) consommés	Banque CONSOM



	par l'ensemble des résidents du territoire indépendamment du territoire de consommation en 2004	
7-Indice de dépendance de la ressource (IDR) pour les services médicaux de 1ère ligne	Rapport entre : Services médicaux de 1ère ligne (en coûts normalisés) utilisés sur un territoire donné par les résidents de ce territoire/Total des services médicaux de 1ère ligne (en coûts normalisés) produits dans ce même territoire en 2004	Banque CONSOM
Collaborations cliniques		
1-Degré de collaboration entre les services médicaux de 1ère ligne d'un même territoire de CSSS	Appréciation pour l'an 2004 du niveau de collaboration clinique entre les services de 1ère ligne localisés sur un même territoire de CSSS	Enquête auprès des CSSS
2-Degré de collaboration entre les services médicaux de 1ère ligne et les hôpitaux d'un territoire	Appréciation pour l'an 2004 du niveau de collaboration clinique entre les services de 1ère ligne et les hôpitaux du territoire localisés sur un même territoire de CSSS le cas échéant	Enquête auprès des CSSS
3-Degré de collaboration entre les services médicaux de 1ère ligne d'un territoire et les hôpitaux de l'extérieur du territoire	Appréciation pour l'an 2004 du niveau de collaboration clinique entre les services de 1ère ligne d'un territoire de CSSS et les hôpitaux situés à l'extérieur de ce territoire de CSSS le cas échéant	Enquête auprès des CSSS

**Tableau 2 :** Variables contextuelles retenues pour l'analyse par l'équipe de Pineault et al.( 2008)

Dimensions et variables	Modalités et effectifs de CSSS par modalités (n=23)	Valeurs-seuil
1-Caractéristiques de la population		
1-Population âgée de 65 ans et plus	1. En deçà de la moyenne (n=4) 2. Autour de la moyenne (n=15) 3. Au-delà de la moyenne (n=4)	1. $\mu - \sigma$ ( $X < 11,3$ ) 2. $\mu$ ( $11,3 \leq X \leq 16,2$ ) 3. $\mu + \sigma$ ( $X > 16,2$ )
2-Population âgée de 0 à 14 ans	1. En deçà de la moyenne (n=3) 2. Autour de la moyenne (n=16) 3. Au-delà de la moyenne (n=4)	1. $\mu - \sigma$ ( $X < 14,3$ ) 2. $\mu$ ( $14,3 \leq X \leq 19,8$ ) 3. $\mu + \sigma$ ( $X > 19,8$ )
3-Densité de population (nombre habitants/Km2)	1. Très faible (n=9) 2. Faible (n=6) 3. Élevée (n=6) 4. Très élevée (n=2)	1. $X < 150$ 2. $500 < X < 2520$ 3. $4000 > X < 6600$ 4. $X > 9350$
4-Espérance de vie à la naissance	1. Inférieure à la moyenne et à la médiane (n=4) 2. Autour de la moyenne et de la médiane (n=13) 3. Supérieure à la moyenne et à la médiane (n=6)	1. EVN < 78 ans 2. EVN = 78 ou 79 ans 3. EVN = 80 ans et plus
5-Indice de défavorisation matérielle et sociale	1. Les favorisés (n=8) 2. Les favorisés matériellement (n=4) 3. Les favorisés socialement (n=4) 4. Les défavorisés (n=7)	1. <u>Favorisés</u> : valeur des indices matériels et social inférieur ou égal à la médiane 2. <u>Favorisés matériellement</u> : valeur de l'indice matériel inférieur ou égal la médiane 3. <u>Favorisés socialement</u> : valeur de l'indice social inférieure ou égal à la médiane 4. <u>Défavorisés</u> : valeur des indices matériel et social supérieur à la médiane
6-Variabilité de l'indice de défavorisation matérielle et sociale	1. Les homogènes (n=6) 2. Les homogènes matériellement (n=5) 3. Les homogènes socialement (n=5) 4. Les hétérogènes (n=7)	1. <u>Homogènes</u> : coefficients de variation des indices matériel et social inférieurs ou égaux à la médiane 2. <u>Homogènes socialement</u> : coefficients de variation de l'indice social inférieurs ou égaux à la médiane

		<p>3. <u>Homogènes matériellement</u> : coefficients de variation de l'indice matériel inférieurs ou égaux à la médiane</p> <p>4. <u>Hétérogènes</u> : coefficients de variation des indices matériel et social supérieurs à la médiane</p>
<b>2-Ressources</b>		
7-Disponibilité des ressources hospitalières et spécialisées	<p>1. Faible (n=5)</p> <p>2. Moyenne (n=13)</p> <p>3. Élevée (n=5)</p>	<p>1. Score = 4 ou 5</p> <p>2. Score = 6 ou 7</p> <p>3. Score = 8 ou plus</p>
8-Disponibilité de médecins omnipraticiens ETP (Ratio omnipraticiens par 1000 habitant)	<p>1. Faible (n=8)</p> <p>2. Moyenne (n=7)</p> <p>3. Élevée (n=8)</p>	<p>1. <math>X &lt; 0,80</math></p> <p>2. <math>0,80 \leq X \leq 0,90</math></p> <p>3. <math>X &gt; 0,90</math></p>
9-Disponibilité des cliniques (nombre de cliniques par Km <sup>2</sup> )	<p>1. Faible (n=10)</p> <p>2. Moyenne (n=6)</p> <p>3. Élevée (n=7)</p>	<p>1. <math>X &lt; 0,22</math></p> <p>2. <math>0,22 \leq X \leq 0,71</math></p> <p>3. <math>X &gt; 0,71</math></p>
10-IDP-IDR pour les services médicaux omnipraticiens en cabinets privés	<p>1. Marché fermé (n=12)</p> <p>2. Marché mixte (n=5)</p> <p>3. Marché ouvert (n=6)</p>	<p>1. IDP et IDR supérieurs à leur médiane respective</p> <p>2. IDP inférieur à la médiane/ IDR supérieur à la médiane</p> <p>3. IDP et IDR inférieurs à leur médiane respective</p>
<b>3-Collaborations cliniques</b>		
11-Degré de collaboration entre les services de santé de 1 <sup>ère</sup> ligne d'un même territoire de CSSS	<p>1. Faible (n=19)</p> <p>2. Élevée (n=4)</p>	<p>1. Collaboration faible ou plutôt faible</p> <p>2. Collaboration élevée ou plutôt élevée</p>
12-Degré de collaboration entre les services de santé de 1 <sup>ère</sup> ligne et les hôpitaux situés à l'intérieur et à l'extérieur du territoire de CSSS	<p>1. Faible (n=19)</p> <p>2. Élevée (n=4)</p>	<p>1. Collaboration faible ou plutôt faible</p> <p>2. Collaboration élevée ou plutôt élevée</p>

## ANNEXE 2 : DISTRIBUTIONS ET TESTS DE CHI CARRÉ

Tableau 1 : Distribution des vulnérabilités des personnes selon le contexte local (N= 9 206)

Vulnérabilités des personnes		Contexte local				Total	P de Chi2
		Pourvu- indépendant	Équilibré- coordonné	Dépourvu- dépendant	Affluent- commerçant		
		3141 34,1 %	1539 16,7 %	2420 26,3 %	2106 22,9 %	9206 100,0 %	
Sanitaire	Vulnérable	1363 43,4 %	675 43,9 %	996 41,2 %	810 38,5 %	3844 41,8 %	0,001
	Non vulnérable	1778 56,6 %	864 56,1 %	1424 58,8 %	1296 61,5 %	5362 58,2 %	
Biologique	Vulnérable	441 14,0 %	263 17,1 %	410 16,9 %	265 12,6 %	1379 15,0 %	0,000
	Non vulnérable	2700 86,0 %	1276 82,9 %	2010 83,1 %	1841 87,4 %	7827 85,0 %	
Matérielle	Vulnérable	1663 52,9 %	1030 66,9 %	1212 50,1 %	720 34,2 %	4625 50,2 %	0,000
	Non vulnérable	1478 47,1 %	509 33,1 %	1208 49,9 %	1386 65,8 %	4581 49,8 %	
Relationnelle	Vulnérable	1762 56,1 %	920 59,8 %	1508 62,3 %	1500 71,2 %	5690 61,8 %	0,000
	Non vulnérable	1379 43,9 %	619 40,2 %	912 37,7 %	606 28,8 %	3516 38,2 %	
Culturelle	Vulnérable	255 8,1 %	53 3,4 %	683 28,2 %	589 28,0 %	1580 17,2 %	0,000
	Non vulnérable	2886 91,9 %	1486 96,6 %	1737 71,8 %	1517 72,0 %	7626 82,8 %	

**Tableau 2 :** Distribution des variables de contrôle selon le contexte local (N=9 206)

Variables de contrôle	Contexte local				Total	P de Chi2
	Pourvu-indépendant	Équilibré-coordonné	Dépourvu-dépendant	Affluent-commerçant		
	3141 34,1 %	1539 16,7 %	2420 26,3 %	2106 22,9 %	9206 100,0 %	
<b>Genre</b>						
Femme	1844 58,7 %	885 57,5 %	1417 58,6 %	1165 55,3 %	5311 57,7 %	0,074
Homme	1297 41,3 %	654 42,5 %	1003 41,4 %	941 44,7 %	3895 42,3 %	
<b>Perception de l'état de santé</b>						
Mauvaise/Moyenne	528 16,8 %	252 16,4 %	419 17,3 %	333 15,8 %	1532 16,6 %	0,577
Bonne/Très bonne/ Excellente	2613 83,2 %	1287 83,6 %	2001 82,7 %	1773 84,2 %	7674 83,4 %	
<b>Statut d'emploi</b>						
Libre	927 29,5 %	505 32,8 %	759 31,4 %	512 24,3 %	2703 29,4 %	0,000
Temps partiel/ Temps plein	2214 70,5 %	1034 67,2 %	1661 68,6 %	1594 75,7 %	6503 70,6 %	
<b>Perception de la situation financière</b>						
Pauvre/Très pauvre	419 13,3 %	250 16,2 %	464 19,2 %	398 18,9 %	1531 16,6 %	0,000
Suffisant/Aisé	2722 86,7 %	1289 83,8 %	1956 80,8 %	1708 81,1 %	7675 83,4 %	
<b>Langue parlée à la maison</b>						
Autre	92 2,9 %	4 0,3 %	354 14,6 %	263 12,5 %	713 7,7 %	0,000
Français ou anglais	3049 97,1 %	1535 99,7 %	2066 85,4 %	1843 87,5 %	8493 92,3 %	

**Tableau 3 :** Distribution du contexte local selon les différentes catégories de l'appréciation de l'expérience de soins

Appréciation de l'expérience de soins		Contexte local				Total	P de Chi2
		Pourvu-indépendant	Équilibré-coordonné	Dépourvu-dépendant	Affluent-commerçant		
		3141 34,1 %	1539 16,7 %	2420 26,3 %	2106 22,9 %		
Utilisation des services hospitaliers (N=9 206)	Oui	484 15,4 %	249 16,2 %	400 16,5 %	278 13,2 %	1411 15,3 %	0,012
	Non	2657 84,6 %	1290 83,8 %	2020 83,5 %	1828 86,8 %	7795 84,7 %	
Utilisation des services d'urgence (N=9 206)	Oui	989 31,5 %	632 41,1 %	783 32,4 %	627 29,8 %	3031 32,9 %	0,000
	Non	2152 68,5 %	907 58,9 %	1637 67,6 %	1479 70,2 %	6175 67,1 %	
Besoins non comblés en services (N=9 206)	Oui	578 18,4 %	227 14,7 %	457 18,9 %	442 21,0 %	1704 18,5 %	0,000
	Non	2563 81,6 %	1312 85,3 %	1963 81,1 %	1664 79,0 %	7502 81,5 %	
Accessibilité géographique et organisationnelle (N=6 685)	Score ≥ 8	566 23,5 %	394 33,7 %	400 26,1 %	453 28,8 %	1813 27,1 %	0,000
	Score < 8	1842 76,5 %	774 66,3 %	1135 73,9 %	1121 71,2 %	4872 72,9 %	
Accessibilité économique (N=6 680)	Score = 10	1251 52,0 %	738 63,3 %	914 59,6 %	842 53,6 %	3745 56,1 %	0,000
	Score < 10	1157 48,0 %	428 36,7 %	620 40,4 %	730 46,4 %	2935 43,9 %	
Continuité d'affiliation (N=6 690)	Score = 10	939 39,0 %	456 39,0 %	619 40,2 %	629 40,0 %	2643 39,5 %	0,827
	Score < 10	1470 61,0 %	713 61,0 %	919 59,8 %	945 60,0 %	4047 60,5 %	

Continuité d'information (N=4 880)	Score = 10	752 42,1 %	394 45,2 %	478 43,0 %	471 42,3 %	2095 42,9 %	0,470
	Score < 10	1033 57,9 %	477 54,8 %	633 57,0 %	642 57,7 %	2785 57,1 %	
Globalité (N=6 690)	Score = 10	1126 46,7 %	630 53,9 %	667 43,4 %	702 44,6 %	3125 46,7 %	0,000
	Score < 10	1283 53,3 %	539 46,1 %	871 56,6 %	872 55,4 %	3565 53,3 %	
Réactivité (N=6 690)	Score = 10	1090 45,2 %	616 52,7 %	628 40,8 %	608 38,6 %	2942 44,0 %	0,000
	Score < 10	1319 54,8 %	553 47,3 %	910 59,0 %	966 61,4 %	3748 56,0 %	
Résultats (N=6 690)	Score = 10	994 41,3 %	557 47,6 %	600 39,0 %	593 37,7 %	2744 41,0 %	0,000
	Score < 10	1415 58,7 %	612 52,4 %	938 61,0 %	981 62,3 %	3946 59,0 %	

### ANNEXE 3: ANALYSE BIVARIÉE

**Tableau :** Rapports de cote (RC) et intervalles de confiance (95 %) des composantes de l'expérience de soins et le contexte local

Composantes de l'expérience de soins	Contexte local			
	Affluent-commerçant	Dépourvu-dépendant	Équilibré-coordonné	Pourvu-indépendant
Utilisation des services hospitaliers (N=9 206)	0,835 0,712-0,979	1,087 0,941-1,256	1,060 0,897-1,252	1,0
Utilisation des services d'urgence (N=9 206)	0,922 0,818-1,040	1,041 0,929-1,166	1,516 1,336-1,721	1,0
Besoins non comblés (N=9 206)	1,178 1,026-1,353	1,032 0,901-1,183	0,767 0,649-0,907	1,0
Accessibilité géographique et Organisationnelle (N=6 685)	1,315 1,139-1,519	1,147 0,989-1,330	1,657 1,421-1,932	1,0
Accessibilité économique (N=6 680)	1,067 0,939-1,212	1,363 1,198-1,552	1,595 1,382-1,841	1,0
Continuité d'affiliation (N=6 690)	1,042 0,915-1,187	1,054 0,925-1,202	1,001 0,868-1,155	1,0
Continuité d'information (N=4 880)	1,008 0,866-1,173	1,037 0,892-1,207	1,135 0,964-1,336	1,0
Globalité (N=6 690)	0,917 0,807-1,042	0,873 0,767-0,992	1,332 1,158-1,532	1,0
Réactivité (N=6 690)	0,762 0,669-0,867	0,835 0,734-0,951	1,348 1,172-1,551	1,0
Résultats (N=6 690)	0,861 0,755-0,980	0,911 0,799-1,038	1,296 1,126-1,491	1,0



#### 4.4 ARTICLE 4

L'EFFET MODÉRATEUR DES SOURCES HABITUELLES DE SOINS ET DES  
CONTEXTES LOCAUX SUR LA RELATION ENTRE LES VULNÉRABILITÉS DES  
PERSONNES ET LEUR APPRÉCIATION DE L'EXPÉRIENCE DE SOINS DE PREMIÈRE  
LIGNE

Ola M. Haïdar<sup>1</sup>, Paul A. Lamarche<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Université de Montréal, École de santé publique, Département de gestion, d'évaluation et  
de politique de santé

## RÉSUMÉ

**Objectif :** L'objectif principal de cette étude est d'examiner la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne compte tenu des sources habituelles de soins et de contextes locaux. **Méthodes :** L'étude apprécie l'expérience de soins de 9 206 personnes. Leurs vulnérabilités sanitaire, biologique, matérielle, relationnelle et culturelle sont prises en compte. Les sources habituelles de soins sont divisées en trois classes : 1) n'avoir aucune source habituelle de soins; 2) avoir une source habituelle de soins de première ligne représentée par cinq modèles organisationnels des services (quatre modèles de type professionnel : à prestataire unique, de contact, de coordination et de coordination intégré, et un modèle de type communautaire); et finalement 3) avoir une source habituelle de soins autre que la première ligne. Les contextes locaux sont divisés en quatre groupes : le pourvu-indépendant, l'équilibré-coordonné, le dépourvu-dépendant et l'affluent-commerçant. La régression logistique multiple est utilisée comme stratégie d'analyse. **Résultats :** L'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local modifie la relation entre les vulnérabilités relationnelle et culturelle et l'appréciation de l'expérience de soins. Seules les personnes vulnérables culturellement ont des appréciations différentes selon les sources habituelles de soins de première ligne et les contextes locaux. Le modèle professionnel de prestataire unique est associé à une appréciation positive plus fréquente de leur expérience de soins dans deux contextes locaux : le pourvu-indépendant et le dépourvu-dépendant. Les modèles professionnels de contact et de coordination intégré et le modèle communautaire sont associés à une appréciation moins fréquemment positive dans l'un ou l'autre des contextes locaux : le dépourvu-dépendant et l'affluent-commerçant. L'effet modérateur de l'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local augmente la proportion des personnes vulnérables relationnellement qui ont une appréciation positive de l'expérience de soins, mais en diminue celle des personnes vulnérables culturellement. **Conclusion :** Il faut considérer l'interdépendance entre les vulnérabilités, la source habituelle de soins et le contexte local pour mieux comprendre les variations dans l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne. **Mots Clés :** vulnérabilités, appréciation de l'expérience de soins de première ligne, source habituelle de soins, contexte local, taxonomie, interaction, effet modérateur.

## INTRODUCTION

De récents résultats confirment que les personnes vulnérables sont plus nombreuses que les personnes non vulnérables à exprimer une appréciation positive de l'expérience de soins de première ligne dans le contexte d'un système universel de soins, sauf les personnes vulnérables culturellement (Haidar, Lamarche, Levesque et Pampalon, 2018). Selon Haidar et al., deux facteurs viennent modifier la relation entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins : la source habituelle de soins utilisée (article 2) et le contexte local du soin obtenu (article 3). Ces deux facteurs sont généralement perçus comme indépendants. Cela dit, toute modification à la source habituelle de soins a le même effet modérateur sur la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins, quel que soit le contexte local. De même, toute modification du contexte local conduit à un même effet modérateur sur cette relation, quelle que soit la source habituelle de soins. Toutefois, les personnes vulnérables culturellement expriment moins fréquemment que les personnes non vulnérables culturellement une appréciation positive de leur expérience de soins, et ce, peu importe la source habituelle de soins ou le contexte local (articles 2 et 3).

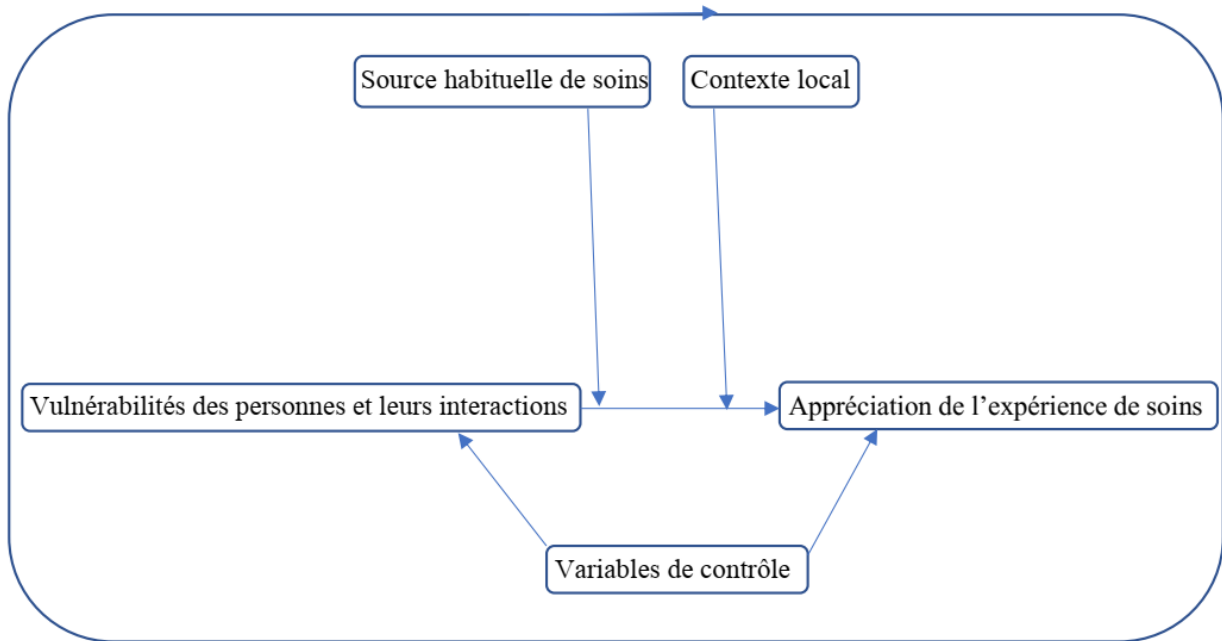
Selon Haidar et al., la source habituelle de soins de première ligne et le contexte local sont souvent associés à des appréciations positives plus fréquentes de l'expérience de soins pour les personnes vulnérables. Le modèle professionnel à prestataire unique de la source habituelle de soins de première ligne est celui qui est associé le plus fréquemment à une augmentation du nombre des personnes vulnérables qui ont une appréciation positive de l'expérience de soins. Le modèle professionnel du contact l'est le moins fréquemment. Le contexte local qualifié d'équilibré-coordonné est celui qui est associé le plus fréquemment à une augmentation du nombre de personnes vulnérables qui ont une appréciation positive de l'expérience de soins (article 3), mais c'est contraire pour le contexte qualifié d'affluent-commerçant. Or, ces résultats sont paradoxaux pour deux raisons. La première est que le contexte local dans lequel le modèle professionnel de prestataire unique est relativement plus utilisé n'est pas le contexte équilibré-coordonné. En fait, le contexte local dans lequel ce modèle est proportionnellement plus utilisé est le contexte affluent-commerçant. Or, ce n'est pas dans ce contexte local où les personnes vulnérables ont le plus fréquemment une appréciation positive de l'expérience de soins. La deuxième raison est que le

modèle organisationnel le plus utilisé dans le contexte équilibré-coordonné n'est pas le professionnel de prestataire unique. C'est en effet le modèle professionnel de coordination intégré. Or, ce n'est pas ce modèle pour lequel les personnes vulnérables ont le plus fréquemment une appréciation positive de l'expérience de soins. Ce paradoxe laisse entrevoir que la source habituelle de soins ne produit pas la même appréciation de l'expérience de soins des personnes vulnérables dans tous les contextes locaux.

D'autres résultats soulignent que la même source habituelle de soins produit une appréciation différente de l'expérience de soins pour la population en général selon le contexte local au sein duquel elle évolue (Lamarche et Maillet, 2016; Lamarche et al., 2010; Lamarche et al., 2012). Donc, il est plausible que la source habituelle de soins et le contexte local modifient la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne non seulement d'une façon indépendante, mais aussi interdépendante. Il est probable qu'une source habituelle de soins produit une bonne appréciation de l'expérience de soins des personnes vulnérables dans certains contextes locaux et pas dans d'autres. Ainsi, il est possible que les personnes vulnérables utilisent plus ou moins une source habituelle de soins dans un contexte local où elle est associée à des appréciations positives plus fréquentes de l'expérience de soins (Lyratzopoulos et al., 2012; Mobley, May Kuo, Driscoll, Clayton et Anselin, 2008; Price et al., 2015; Virnig, Scholle, Chou et Shih, 2007). En d'autres mots, on ne sait pas si l'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local modifie la relation entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de leur expérience de soins. On ne sait pas non plus si l'effet modérateur de l'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local contribue à augmenter ou à diminuer la proportion des personnes vulnérables qui ont une appréciation positive de leur expérience de soins.

## CADRE CONCEPTUEL ET OBJECTIFS

**Figure 4.4.1 :** Cadre conceptuel de l'analyse de la relation entre les vulnérabilités et l'appréciation de l'expérience de soins compte tenu des sources habituelles de soins et des contextes locaux



À notre connaissance, aucune étude n'a tenté jusqu'à présent de relier les vulnérabilités des personnes, la source habituelle de soins, le contexte local de soins et l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne. Le cadre conceptuel de cette étude, représenté à la Figure 4.4.1, intègre conjointement la source habituelle de soins et le contexte local à la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne. Dans ce cadre, nous proposons que la source habituelle de soins et le contexte local influencent cette relation non seulement d'une façon indépendante, mais aussi en interaction. Nous croyons que l'effet des vulnérabilités des personnes sur l'appréciation de l'expérience de soins est modifié par l'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local. En d'autres mots, certaines sources habituelles de soins sont associées à une appréciation positive plus fréquente de l'expérience de soins des personnes vulnérables et non vulnérables dans certains contextes locaux, mais pas dans d'autres. Nous croyons aussi que les vulnérabilités des personnes sont plus ou moins présentes dans des sources habituelles de soins particulières localisées dans des contextes locaux

particuliers. Cela dit que l'effet modérateur de l'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local peut augmenter ou, au contraire, diminuer la proportion des personnes vulnérables qui ont une appréciation positive de leur expérience de soins.

L'objectif principal de cette étude est d'examiner la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins compte tenu des sources habituelles de soins et des contextes locaux. Deux sous objectifs sont visés :

1) examiner l'effet modérateur de l'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local sur la relation entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins de première ligne ;

2) déterminer si cet effet modérateur influence la proportion des personnes vulnérables qui expriment une appréciation positive de leur expérience de soins.

## **MÉTHODE**

### ***Source de données***

Cette étude s'appuie sur les résultats de trois études antérieures (articles 1, 2 et 3) menées par Haidar et collaborateurs. La première étude examine la relation entre les vulnérabilités des personnes et leurs interactions et l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne (article 1). La deuxième étude cerne l'effet modérateur des sources habituelles de soins sur la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins (article 2). La troisième étude se penche sur l'effet modérateur des contextes locaux de soins sur cette relation (article 3). La présente étude applique les mêmes méthodologie et conception utilisées dans ces trois études pour mesurer les relations entre les vulnérabilités des personnes, la source habituelle de soins, le contexte local et l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne. Les données utilisées proviennent d'une recherche réalisée en 2005 sur l'organisation des services de santé de première ligne dans les deux régions les plus peuplées du Québec : Montréal et la Montérégie (Hamel et al., 2007; Levesque, Pineault, Simard, et al., 2007; Pineault et al., 2008; Roberge et al., 2007). Cette recherche comporte trois volets.

Le premier volet est une enquête téléphonique réalisée auprès d'un échantillon de 9 206 personnes, âgées de 18 ans et plus, résidant sur les territoires des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) de Montréal et de la Montérégie. Cette enquête a cerné l'appréciation de plusieurs composantes de l'expérience de soins de première ligne des personnes, à savoir : l'utilisation des services, les besoins non comblés en services, l'accessibilité, la continuité, la globalité, la réactivité et les résultats de santé des services. Seules les personnes déclarant avoir une source habituelle de soins de première ligne ont donné leur appréciation de l'accessibilité, la continuité, la globalité, la réactivité et des résultats de santé des services reçus auprès de leur source habituelle de soins, soit un sous-groupe de 6 690 personnes. Les analyses ont produit sept indices constitués des scores allant de 0 à 10 sur l'ensemble des items composant les indices d'appréciation de l'expérience de soins. Nous retenons ces indices. Ils se rapportent aux appréciations de l'accessibilité géographique et organisationnelle, l'accessibilité économique, la continuité d'affiliation, la continuité d'information, la globalité, la réactivité et des résultats de santé. Plus le score est élevé, plus l'appréciation est positive. Des scores relatifs aux indices ont été attribués uniquement aux personnes qui ont donné leur appréciation de tous les items utilisés dans la construction de chacun des sept indices. En conséquence, la taille de l'échantillon pour les sept indices n'est pas la même. À titre d'exemple, sur 6 690 personnes, un score d'appréciation de la continuité d'information a été attribué à 4 880 d'entre elles. Cependant, un score a été attribué aux 6 690 personnes pour l'appréciation de la continuité d'affiliation. La méthode utilisée pour construire les sept indices est présentée dans le rapport *L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec : rapport de recherche* (Pineault et al., 2008). L'enquête a également mesuré les caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé des 9 206 personnes sélectionnées, ce qui a servi à apprécier les vulnérabilités de ces personnes.

Le plan d'échantillonnage est stratifié et non proportionnel à deux niveaux (Pineault et al., 2008). Le premier représente les 23 territoires de CSSS dont 12 à Montréal et 11 en Montérégie. Au deuxième niveau, un individu par ménage a été sélectionné de façon aléatoire en utilisant la méthode de génération de numéros de téléphone aléatoire (*random digit dialing*). L'échantillonnage est non proportionnel, car un nombre de 400 répondants était visé par territoire, et ce, malgré des tailles de population différentes. Le nombre final de répondants par territoire varie entre 379 et 415, ce qui représente entre 4,1 % et 4,5 % de l'échantillon total de l'étude.

Le deuxième volet est une enquête réalisée par la poste auprès d'une population recensée de 665 cliniques médicales de première ligne, publiques et privées, établies à Montréal et en Montérégie (Hamel et al., 2007; Pineault et al., 2008). Il s'agit de cliniques médicales de type : 1) bureau et cabinet de médecins; 2) clinique et polyclinique médicale; 3) groupe de médecine de famille (GMF); 4) clinique-réseau affiliée (CRA) et clinique-réseau intégrée (CRI); 5) unité de médecine familiale (UMF) d'un centre local des services communautaires (CLSC) et d'un centre hospitalier universitaire. Au total, 473 cliniques médicales ont participé à l'enquête pour un taux de réponse global de 71 %. L'enquête visait à décrire des caractéristiques organisationnelles importantes des services offerts par les cliniques médicales. Quarante-trois variables ont capté les caractéristiques organisationnelles. Un informateur-clé par clinique a été identifié pour répondre au questionnaire auto administré. Les analyses ont conduit à élaborer une taxonomie de cinq modèles organisationnels des services de première ligne prévalant à Montréal et en Montérégie. Nous retenons cette taxonomie organisationnelle. La méthode utilisée pour la construire est présentée dans le rapport *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec* (Pineault et al., 2008).

Le troisième volet consiste en une description de caractéristiques jugées importantes des 23 unités administratives des CSSS des régions de Montréal et de la Montérégie (Pineault et al., 2008; Roberge et al., 2007). Près d'une vingtaine de variables ont été prises en compte pour caractériser les territoires de CSSS. Ainsi, plusieurs stratégies de collecte de données ont été utilisées pour recueillir de l'information pertinente pour les variables retenues. Les analyses ont permis d'élaborer une taxonomie regroupant les 23 territoires de CSSS en quatre groupes distincts de contextes locaux. Nous retenons cette taxonomie contextuelle. Une description de chacun de ces groupes est faite dans la section suivante. La méthode utilisée pour construire cette taxonomie est présentée en détail dans le *Rapport méthodologique de l'analyse des contextes* (Roberge et al., 2007).

La présente étude vise à relier les vulnérabilités des personnes, les sources habituelles de soins, les contextes locaux et l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne de 9 206 participants de l'étude de Pineault et al. (2008). Pour cette fin, l'un ou l'autre des cinq modèles organisationnels des services de première ligne issus de l'enquête organisationnelle est attribué à



un total de 6 630 personnes déclarant avoir une source habituelle de soins de première ligne d'après l'enquête populationnelle sur un total de 6 690 personnes. Un modèle organisationnel n'a pas été attribué à 60 personnes, car elles ont identifié une source habituelle de soins de première ligne soit localisée hors Montréal ou la Montérégie, soit qui a fermé ses portes ou soit qui n'a pas pu être identifiée par l'enquête organisationnelle. On a ajouté deux autres classes à la classification organisationnelle initiale de Pineault et al. (2008). La première classe regroupe les personnes déclarant avoir une source habituelle de soins autre que de la première ligne et localisée à Montréal ou en Montérégie ou bien une source habituelle de soins indéterminée localisée hors de Montréal et de la Montérégie (1 304 personnes). La deuxième classe regroupe les personnes qui n'ont pas identifié une source habituelle de soins de première ligne ni une source habituelle de soins autre que de la première ligne (1 272 personnes). Elles sont considérées comme n'ayant aucune source habituelle de soins. Pour tenir compte du contexte local des personnes appartenant à ces deux dernières classes organisationnelles, nous leur avons attribué le contexte local décrivant le territoire de CSSS de leur résidence. Notre but est d'examiner les variations dans les besoins non comblés de l'expérience de soins en tenant compte des trois situations de source habituelle de soins et des deux situations du contexte local. Quant à l'examen des variations dans d'autres composantes de l'expérience de soins, elle se limite aux personnes à qui on a attribué un modèle organisationnel pour leur source habituelle de soins de première ligne et un contexte local de cette source habituelle de soins, soit les 6 630 personnes. À ces 6 630 personnes, on a attribué l'un ou l'autre des quatre contextes locaux décrivant le territoire de CSSS dans lequel est localisée leur source habituelle de soins de première ligne. Il importe de souligner que sur un total de 6 630 personnes, le nombre maximum de personnes à qui on a attribué des scores relatifs aux sept indices issus de l'enquête populationnelle est 6 622 personnes.

### ***Définition et opérationnalisation des variables***

#### *Vulnérabilités des personnes : variables indépendantes*

Les vulnérabilités des personnes constituent les variables indépendantes de cette étude. La vulnérabilité est définie par la présence d'un facteur chez une personne qui est généralement associé à un risque d'effets indésirables sur sa santé (Aday, 1993; Aday, 1994; Grabovschi, Loignon et Fortin, 2013; Mechanic et Tanner, 2007; Purdy, 2004; Rogers, 1997; Shi et Stevens,

2010; Vladeck, 2007). Plusieurs facteurs peuvent être associés à des effets indésirables sur la santé. Nous en retenons cinq qui sont reliés aux vulnérabilités des personnes (Adler et Newman, 2002; Andersen et Newman, 1973; Asada et Kephart, 2007; Blumenthal, Mort et Edwards, 1995; Economou, Nikolaou et Theodossiou, 2008; Glazier, Tepper, Agha, Moineddin et Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2006; Grabovschi et al., 2013; Grady, 2009; Loeb, Binswanger, Candrian et Bayliss, 2015; Nyamathi, 1998; Quesnel-Vallée, Luchenski et Lynch, 2008; Shi et Stevens, 2010; Valderas, Starfield, Sibbald, Salisbury et Roland, 2009; Vladeck, 2007): sanitaire, biologique, matérielle, relationnelle et culturelle. La vulnérabilité sanitaire fait référence aux incapacités ou aux limitations physiques et cognitives (Loeb et al., 2015; Quesnel-Vallée et al., 2008; Valderas et al., 2009; Vladeck, 2007). Dans cette étude, la vulnérabilité sanitaire est reliée à la présence d'une maladie chronique (Vladeck, 2007). La vulnérabilité biologique est reliée à l'âge de la personne (Aday, 1993; Aday, 2001). Les prématurés, les très jeunes enfants et les personnes plus âgées sont plus vulnérables comparés aux autres groupes d'âge. Dans notre étude, une personne âgée de 65 ans et plus est considérée comme vulnérable biologiquement. La vulnérabilité matérielle réfère au statut socioéconomique (Adler et Newman, 2002; Asada et Kephart, 2007; Economou et al., 2008; Glazier et al., 2006; Pampalon, Hamel, Gamache et Raymond, 2009; Quesnel-Vallée et al., 2008; Vladeck, 2007). Trois indicateurs sont généralement utilisés pour apprécier ce statut : l'éducation, l'emploi et le revenu (Adler et Newman, 2002). Les personnes avec un faible niveau d'éducation, les personnes au chômage ou sans emploi et les personnes avec un faible revenu sont considérées comme plus vulnérables sur le plan matériel. Nous n'avons pu construire un indice de vulnérabilité matérielle combinant les trois indicateurs socioéconomiques à cause du problème de faibles effectifs dans diverses combinaisons. On a alors retenu le niveau d'éducation comme mesure de la vulnérabilité matérielle. D'une part, l'éducation est considérée comme la composante socioéconomique la plus importante (Adler et Newman, 2002). D'autre part, elle nous permet de diviser les répondants en deux groupes de taille relativement égale, ce qui n'est pas le cas avec l'emploi et le revenu. La vulnérabilité relationnelle fait référence à l'intensité des relations que la personne entretient avec son entourage (Aday, 1993; Grady, 2009; Pampalon et al., 2009). La structure familiale et les réseaux sociaux sont des indicateurs des ressources sociales de la personne. Les personnes vivant seules et qui n'ont pas de ressources familiales, les veuves et les veufs et les personnes ne possédant aucun réseau social, sont donc plus vulnérables que les autres sur le plan relationnel. Dans cette étude, nous retenons

la taille du ménage comme l'indice de la vulnérabilité relationnelle. Une personne vivant seule ou avec une autre personne est considérée comme vulnérable comparée à une personne vivant avec plus qu'une personne (Pampalon et al., 2009). Quant à la vulnérabilité culturelle, elle est reliée à l'écart qui existe entre la culture de la personne et celle de la population ou du groupe d'intégration (Glazier et al., 2006; Vladeck, 2007). Dans notre étude, la vulnérabilité culturelle est déterminée par le lieu de naissance : à l'extérieur du Canada.

Le tableau 4.4.1 ci-dessous présente la définition opérationnelle des variables indépendantes. Nous avons étudié soigneusement les distributions des variables choisies. Les variables sont opérationnalisées en deux catégories, les personnes vulnérables versus les personnes non vulnérables. Les questions et les échelles de mesure originales utilisées pour apprécier les vulnérabilités des personnes et leur opérationnalisation sont présentées dans un tableau en annexe 1 de la section 4.1.

**Tableau 4.4.1** : Définition opérationnelle des vulnérabilités des personnes

<b>Variabiles</b>	<b>Catégories</b>	<b>Opérationnalisation</b>
Vulnérabilité sanitaire	Vulnérable	Atteint d'au moins une maladie chronique : hypertension artérielle, diabète, cholestérol élevé, problème cardiaque, problèmes respiratoires, rhumatisme, arthrite, arthrose.
	Non vulnérable	Aucune maladie chronique :
Vulnérabilité biologique	Vulnérable	Âgé de 65 ans et plus
	Non vulnérable	Âgé de 18 à 64 ans
Vulnérabilité matérielle	Vulnérable	Avoir terminé des études primaires ou secondaires
	Non vulnérable	Avoir terminé des études collégiales ou universitaires
Vulnérabilité relationnelle	Vulnérable	Vivre seul ou avec une autre personne
	Non vulnérable	Vivre avec deux personnes et plus
Vulnérabilité culturelle	Vulnérable	Ne pas être né au Canada
	Non vulnérable	Être né au Canada

*Appréciation de l'expérience de soins de première ligne : variable dépendante*

L'appréciation de l'expérience de soins de première ligne des personnes est la variable dépendante de l'étude. Elle réfère à la déclaration des personnes de leur utilisation des services et

de leurs besoins non comblés en services de santé ainsi qu'à leur appréciation de l'accessibilité, de la continuité, de la globalité, de la réactivité et des résultats de santé des services de première ligne reçus auprès de la source habituelle de soins. Dix composantes cernent l'expérience de soins de première ligne.

L'utilisation des services rend compte de l'utilisation déclarée des personnes des services hospitaliers ainsi que des salles d'urgence. La déclaration des besoins non comblés réfère à la consultation d'un médecin lorsqu'elle est jugée nécessaire, mais sans l'avoir fait (Houle, Sanmartin, Berthelot, Tremblay et Statistique Canada, 2002; Levesque, Pineault, Hamel, et al., 2007; Levesque et al., 2012). Le tableau 4.4.2 ci-dessous présente la définition opérationnelle des variables concernant l'utilisation et les besoins non comblés en services déclarés par les personnes. Les questions et les échelles de mesure originales utilisées pour apprécier l'utilisation et les besoins non comblés et leur opérationnalisation sont présentées dans un tableau en annexe 1 de la section 4.1.

**Tableau 4.4.2 :** Définition opérationnelle des variables concernant la déclaration de l'utilisation des services et des besoins non comblés en services

<b>Variables</b>	<b>Catégories</b>	<b>Opérationnalisation</b>
Utilisation des services déclarée		
Utilisation déclarée des services hospitaliers	Oui	Utilisation des services hospitaliers au cours des deux années précédant l'enquête
	Non	Non utilisation des services hospitaliers au cours des deux années précédant l'enquête
Utilisation déclarée des services d'urgence	Oui	Utilisation des services d'urgence au cours des deux années précédant l'enquête
	Non	Non utilisation des services d'urgence au cours des deux années précédant l'enquête
Besoins non comblés en services déclarés		
Ressentir le besoin de consulter un médecin sans l'avoir fait	Oui	Ressentir un besoin non comblé en services au cours des six mois précédant l'enquête
	Non	Ne pas ressentir un besoin non comblé en services au cours des six mois précédant l'enquête

L'accessibilité fait référence à l'appréciation des personnes de la facilité d'utiliser les services selon les barrières à l'accès (Levesque, Pineault, Simard, et al., 2007). Dans cette étude, une attention particulière est portée à la perception des personnes quant à l'accessibilité géographique, organisationnelle et économique. L'accessibilité géographique est relative à la

facilité d'utiliser les services selon leur emplacement (Donabedian, 1973). Elle est fonction de la distance, du temps de transport ou de l'effort pour se rendre d'un endroit à l'autre (Pineault et Daveluy, 1996). L'accessibilité organisationnelle fait référence à l'appréciation du système d'accueil (ex. système de rendez-vous, heures d'ouverture, etc.) et à la facilité d'entrer en contact avec le personnel (Pineault et Daveluy, 1996). L'accessibilité économique exprime l'appréciation par la personne de sa capacité à payer les services (Penchansky et Thomas, 1981). La continuité est déterminée par la façon avec laquelle les soins sont perçus comme cohérents et reliés dans le temps par une personne (Reid, Mckendry, Haggerty et Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2002). Nous retenons deux composantes de la continuité. La première est la continuité d'affiliation qui désigne une relation thérapeutique patient-soignant qui perdure dans le temps ainsi que l'appréciation par la personne de l'étendue de cette relation (Lamarche et al., 2003). La deuxième est la continuité d'information qui réfère au transfert de l'information sur des événements antérieurs ou de l'information d'un patient traité par plusieurs professionnels simultanément (Lamarche et al., 2003). La globalité correspond à l'appréciation des personnes de la contribution des soins reçus à régler l'ensemble des besoins de santé requis pour eux (Starfield, 1998). Elle peut être générée par la disponibilité dans une institution de tous les services nécessaires pour le patient ou par l'assurance d'avoir accès à d'autres services dans d'autres institutions. La réactivité consiste en la réponse aux attentes légitimes des utilisateurs en ce qui a trait aux aspects non techniques des traitements (Organisation mondiale de la Santé, 2008). Elle présente deux composantes principales que sont le respect des personnes et l'attention accordée au patient. Finalement, les résultats de santé des services font référence à l'appréciation par les personnes de l'aptitude des services à produire les résultats escomptés au niveau de la santé et de la prise en charge des problèmes de santé (Lamarche et al., 2003). Dans cette étude, l'accent est mis sur la prise en charge des problèmes de santé des personnes. Le tableau 4.4.3 ci-dessous présente la définition opérationnelle des variables concernant l'appréciation de l'accessibilité, de la continuité, de la globalité, de la réactivité et des résultats de services par les personnes. Les questions et les échelles de mesure originales utilisées dans les items composant les sept indices d'appréciation de l'expérience de soins issus de l'étude de Pineault et al. et leur opérationnalisation sont présentées dans un tableau en annexe 1 de la section 4.1.

**Tableau 4.4.3 :** Définition opérationnelle des variables concernant l'appréciation de l'accessibilité, de la continuité, de la globalité, de la réactivité et des résultats de santé des services

<b>Variab</b> les	<b>Cat</b> égories	<b>Op</b> érationnalisation
<b>Appréciation de l'accessibilité géographique et organisationnelle des services (indice composé de 5 items)</b>		
1. Emplacement adéquat 2. Heures d'ouvertures adéquates 3. Facilité de parler à un professionnel quand c'est ouvert 4. Facilité de parler à un professionnel quand c'est fermé 5. Facilité d'entrer dans l'édifice.	Score obtenu à partir de l'indice $\geq 8$ *	Appréciation positive de l'accessibilité géographique et organisationnelle des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
	Score obtenu à partir de l'indice $< 8$	Appréciation moins positive de l'accessibilité géographique et organisationnelle des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
<b>Appréciation de l'accessibilité économique des services (indice composé de 3 items)</b>		
1. Payer pour des examens de laboratoire ou de radiologie 2. Payer pour d'autres services non couverts 3. Payer pour des médicaments ou des fournitures.	Score obtenu à partir de l'indice = 10	Appréciation positive de l'accessibilité économique des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
	Score obtenu à partir de l'indice $< 10$	Appréciation moins positive de l'accessibilité économique des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
<b>Appréciation de la continuité d'affiliation des services (indice composé de 4 items)</b>		
1. Voir le même médecin 2. Histoire médicale connue 3. Médicaments prescrits connus 4. Suivi pour un problème de santé chronique.	Score obtenu à partir de l'indice = 10	Appréciation positive de la continuité d'affiliation des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
	Score obtenu à partir de l'indice $< 10$	Appréciation moins positive de la continuité d'affiliation des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
<b>Appréciation de la continuité d'information des services (indice composé de 3 items)</b>		
1. Téléphoner ou fixer une rencontre pour donner les résultats des tests ou des examens 2. Avoir des explications claires sur les résultats des tests ou des examens 3. Médecin discute avec le patient du rapport reçu du spécialiste.	Score obtenu à partir de l'indice = 10	Appréciation positive de la continuité d'information des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
	Score obtenu à partir de l'indice $< 10$	Appréciation moins positive de la continuité d'information des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
<b>Appréciation de la globalité des services (indice composé de 4 items)</b>		

1. Médecin prend le temps de parler de prévention et habitudes de vie 2. Aider le patient à obtenir les soins 3. Tenir compte de l'opinion du patient 4. Aider le patient à évaluer les pour et les contre pour les décisions concernant sa santé.	Score obtenu à partir de l'indice = 10	Appréciation positive la globalité des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
	Score obtenu à partir de l'indice < 10	Appréciation moins positive de la globalité des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
Appréciation de la réactivité des services (indice composé de 5 items)		
1. Sentir le respect 2. Accueil avec courtoisie 3. Respect de l'intimité physique 4. Médecins passent assez de temps avec le patient 5. Locaux agréables.	Score obtenu à partir de l'indice = 10	Appréciation positive de la réactivité des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
	Score obtenu à partir de l'indice < 10	Appréciation moins positive de la réactivité des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
Appréciation des résultats de santé des services (indice composé de 5 items)		
1. Répondre clairement aux questions 2. Motiver à adopter de bonnes habitudes de vie 3. Permettre de mieux comprendre les problèmes de santé 4. Permettre de prévenir certains problèmes de santé 5. Permettre de bien contrôler les problèmes de santé.	Score obtenu à partir de l'indice = 10	Appréciation positive des résultats de santé des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête
	Score obtenu à partir de l'indice < 10	Appréciation moins positive des résultats de santé des services reçus au cours des deux années précédant l'enquête

\* À cause du faible nombre d'effectifs dans la catégorie score = 10 (3,2 %), nous avons décidé de dichotomiser cette variable à partir du score = 8 pour obtenir un nombre minimal suffisant des personnes (27 % des personnes se sont vues attribuer un score  $\geq 8$ ).

*Source habituelle de soins : première variable modératrice*

En plus des cinq variables indépendantes, l'étude inclut une première variable modératrice : la source habituelle de soins des personnes. Elle se définit comme l'organisation de santé où la personne se rend habituellement pour consulter un médecin et obtenir des soins médicaux (Institut canadien d'information sur la santé, 2009). Dans cette étude, elle réfère aux trois situations particulières : 1) n'avoir aucune source habituelle de soins; 2) avoir une source habituelle de soins de première ligne représentée par l'un ou l'autre des cinq modèles organisationnels des services (quatre modèles de type professionnel : à prestataire unique, de contact, de coordination et de coordination intégré, et un modèle de type communautaire); et finalement 3) avoir une source habituelle de soins autre que la première ligne.

Le tableau 4.4.4 ci-dessous présente une définition opérationnelle de la source habituelle de soins des personnes. La question et l'échelle de mesure originale utilisées pour identifier la source habituelle de soins et son opérationnalisation sont présentées au tableau 1 en annexe 1 de la section 4.2. Les variables organisationnelles retenues pour l'analyse par l'équipe de Pineault et al. (2008) sont présentées au tableau 2 de la même annexe.



**Tableau 4.4.4 : Définition opérationnelle de la source habituelle de soins**

Source habituelle de soins	Catégories	Opérationnalisation
Pas de source habituelle de soins		Personne qui n'a identifié aucun endroit habituel ou endroit où il se rend le plus fréquemment depuis les deux dernières années pour voir un médecin pour ses soins médicaux généraux.
Source habituelle de soins de première ligne		Personne qui a identifié une organisation des services de santé de première ligne comportant un ou plusieurs médecins de famille, généralistes ou omnipraticiens comme endroit habituel ou endroit où il se rend le plus fréquemment depuis les deux dernières années pour voir un médecin pour ses soins médicaux généraux (situation représentée par cinq modèles organisationnels des services de première ligne différenciés selon la vision, les ressources, la structure et les pratiques) :
	Modèle organisationnel professionnel à prestataire unique	Vision : Responsabilité de clientèle; Ressources : Peu; Structure : gouverne privée/professionnelle, intégration faible au réseau; Pratiques : Étendue restreinte des services, pratique solo, modalités de consultation sur rendez-vous majoritairement.
	Modèle organisationnel professionnel de contact	Vision : Responsabilité centrée sur les patients individuellement; Ressources : moyen; Structure : gouverne privée/professionnelle, intégration moyenne au réseau; Pratiques : Étendue restreinte des services, pratique de groupe, modalités de consultation sans rendez-vous majoritairement.
	Modèle organisationnel professionnel de coordination	Vision : Responsabilité de clientèle; Ressources : Moyen; Structure : gouverne privée/professionnelle, intégration moyenne au réseau; Pratiques : Étendue moyenne des services, pratique de groupe, modalités de consultation sur rendez-vous majoritairement.
	Modèle organisationnel professionnel de coordination intégré	Vision : Responsabilité populationnelle et de clientèle; Ressources : Beaucoup; Structure : gouverne privée-professionnelle, intégration élevée au réseau; Pratiques : Grande étendue des services, pratique de groupe, modalités de consultation mixte (sur et sans rendez-vous).
	Modèle organisationnel communautaire	Vision : Approche populationnelle; Ressources : Beaucoup; Structure : gouverne publique, intégration élevée au réseau; Pratiques : Grande étendue des services, pratique de groupe, modalités de consultation mixte (sur et sans rendez-vous).
Source habituelle de soins autre que la première ligne		Personne qui a identifié une clinique externe d'un hôpital, une clinique d'un médecin spécialiste, l'urgence d'un hôpital ou qui a indiqué qu'il reçoit des soins à domicile ou dans des résidences de personnes âgées ou tout autre type de soins comme un endroit habituel ou endroit où il se rend le plus fréquemment depuis les deux dernières années pour voir un médecin pour ses soins médicaux généraux.

### *Contexte local : deuxième variable modératrice*

En plus de la source habituelle de soins, l'étude inclut une autre variable modératrice : le contexte local. L'intérêt porté aux contextes locaux repose sur l'hypothèse qu'ils procurent des circonstances influençant les valeurs, attitudes et comportements des personnes qui y habitent ou qui y travaillent (Macintyre, Ellaway et Cummins, 2002; Macintyre et Ellaway, 2000; Matthews, 1988). Cependant, des études révèlent que le contexte local de l'établissement de santé fréquenté régulièrement par la personne est plus déterminant que celui de sa résidence (Roberge et al., 2007). Les contextes locaux étudiés sont les territoires des CSSS de Montréal (n=12) et de la Montérégie (n=11). Ces territoires sont différenciés en quatre catégories : l'affluent-commerçant, le dépourvu-dépendant, le pourvu-indépendant et l'équilibré-coordonné (Roberge et al., 2007). Ces catégories sont reliées à la place que les territoires occupent sur trois indicateurs. Le premier indicateur fait référence à l'écart entre les besoins de leur population et les ressources disponibles sur leur territoire. Le deuxième indicateur détermine si les ressources de première ligne d'un territoire de CSSS donné desservent des personnes résidant sur d'autres territoires de CSSS (exportation des services de première ligne) ou si la population d'un territoire de CSSS obtient des services de première ligne d'organisations localisées à l'extérieur du territoire de CSSS de résidence (importation des services). Le troisième et dernier indicateur réfère au niveau de collaboration prévalant entre les organisations de santé du territoire.

Le tableau 4.4.5 ci-dessous présente une définition opérationnelle du contexte local de soins obtenus. La liste des variables contextuelles considérées par l'équipe de Pineault et al. (2008) pour construire la taxonomie des contextes locaux est présentée au tableau 1 en annexe 1 de la section 4.3. Les variables retenues pour l'analyse sont présentées au tableau 2 de la même annexe.

**Tableau 4.4.5 : Définition opérationnelle du contexte local des soins**

<b>Contexte local</b>	<b>Opérationnalisation</b>
Affluent-commerçant	Territoires de CSSS caractérisés par : ressources disponibles > besoins de santé; marché ouvert (importe et exporte des services); faible collaboration clinique entre les organisations de santé.
Dépourvu-dépendant	Territoires de CSSS caractérisés par : ressources disponibles < besoins de santé; marché mixte (importe des services); faible collaboration clinique entre les organisations de santé.
Équilibré-coordonné	Territoires de CSSS caractérisés par : ressources disponibles = besoins de santé; marché fermé (importe et exporte peu des services); grande collaboration clinique entre les organisations de santé.
Pourvu-indépendant	Territoires de CSSS caractérisés par : ressources disponibles > besoins de santé; marché fermé (importe et exporte peu des services); faible collaboration clinique entre les organisations de santé.

Enfin, nous retenons cinq variables de contrôle pour les analyses : la perception de la personne de son état de santé (mauvaise/moyenne versus bonne/excellente)(Elliott et al., 2010; Muggah et al., 2014), le genre (femme versus homme)(Kontopantelis, Roland et Reeves, 2010; Pampalon et al., 2009), le statut d'emploi (sans emploi versus emploi temps plein ou partiel)(Hiotis et al., 2005; Kontopantelis et al., 2010), la perception de la personne de sa situation financière (très pauvre/pauvre versus revenu suffisant/à l'aise) et finalement, la langue parlée à la maison (autre langue versus français ou anglais)(Elliott et al., 2010). Les questions et les échelles de mesure originales utilisées pour rendre compte des variables de contrôle sont présentées dans un tableau en annexe 1 de la section 4.1. Ces variables peuvent influencer les variables indépendantes et les variables dépendantes. Il faut éliminer leur influence dans l'analyse de la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins.

### ***Analyses statistiques***

Une variable modératrice vient modifier la relation entre la variable indépendante et la variable dépendante. Elle peut accroître l'ampleur de l'effet de la variable indépendante sur la variable dépendante ou au contraire le diminuer (Leduc, 2007). Dans cette étude, la variable modératrice est l'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local. Notre but est de vérifier dans quelle mesure l'interaction entre les sources habituelles de soins et les contextes locaux augmentera ou, au contraire, atténuera l'effet des vulnérabilités des personnes sur leur appréciation de l'expérience de soins.

Les analyses statistiques sont réalisées en utilisant le logiciel SPSS (version 16). La régression logistique multiple avec les données non pondérées est utilisée comme stratégie d'analyse. Notre but est d'apprécier des associations dans la population et non pas d'estimer des paramètres pour l'ensemble de la population (Rothman, Gallacher et Hatch, 2013). Toutes les variables indépendantes, de contrôle et dépendantes sont à deux catégories. La première variable modératrice, la source habituelle de soins, est à sept catégories pour l'analyse des variations dans les besoins non comblés de l'expérience de soins. Pour l'analyse des variations dans d'autres composantes de l'expérience de soins, la source habituelle de soins est à cinq catégories. La deuxième variable modératrice, le contexte local, est à quatre catégories. Selon les variables, les catégories de référence sont les personnes non vulnérables, les personnes affiliées au modèle professionnel de coordination intégré comme source habituelle de soins de première ligne, les personnes déclarant ne pas avoir utilisé des services hospitaliers ou des services d'urgence, les personnes déclarant ne pas avoir ressenti des besoins non comblés en services et, finalement, les personnes dont les appréciations de l'accessibilité, de la continuité, de la globalité, de la réactivité et des résultats des services sont moins positives. Le seuil de signification des tests statistiques est de 0,05.

La force des associations (tableaux croisés avec tests de Chi2 et test de Cramer's V) ainsi que les résultats des analyses de régression logistique simple (analyse bivariée) entre les variables indépendantes et de contrôle et les variables dépendantes sont présentés en annexe (2, 3 et 4) de la section 4.1. En observant la matrice de corrélation entre les variables (annexe 3), on ne remarque aucune association forte. Les deux plus fortes associations sont entre les deux paires de variables suivantes : la vulnérabilité biologique et le statut d'emploi (test de Cramer's V = 0,580) et la vulnérabilité culturelle et la langue parlée à la maison (test de Cramer's V = 0,551). Ces résultats ne suggèrent aucun problème de multicollinéarité. Par ailleurs, une association multiple pourrait tout de même engendrer ce problème, ce qui provoquerait une augmentation importante de la variance des estimateurs, les rapports de cote (RC). Autrement dit, les intervalles de confiance (IC) deviennent larges. En observant les IC de nos RC, on ne constate aucun problème de multicollinéarité étant donné la largeur des IC. Une seule exception est notée (Tableau 14). Elle concerne l'IC du RC associant le modèle professionnel de prestataire unique et la vulnérabilité culturelle avec l'appréciation de la continuité d'affiliation. Or, dans ce cas, on a un faible nombre

d'effectifs (18 sujets), ce qui peut expliquer la largeur relativement grande de l'IC. Pour ce qui est des tableaux croisés avec le test de Chi2, on observe certaines associations non significatives entre les variables, et ce malgré la grande puissance statistique (N=9 206).

Pour détecter la force de l'association entre les deux variables modératrices et les variables indépendantes, de contrôle et dépendantes, nous avons effectué des tableaux croisés avec un test de chi2. Les tableaux regroupant les résultats de ces tests pour la source habituelle de soins sont présentés en annexe 2 de la section 4.2. Pour ce qui est du contexte local, les résultats sont présentés dans des tableaux en annexe 2 de la section 4.3. Ils nous indiquent l'existence de certaines associations non significatives. Nous avons aussi effectué une régression simple (analyse bivariée) entre la variable modératrice et chacune des variables dépendantes. Les tableaux présentés en annexe 3 de la section 4.2 regroupent les rapports de cote (RC) bruts associant la source habituelle de soins et les variables dépendantes. Les tableaux présentés en annexe 3 de la section 4.3 regroupent les rapports de cote (RC) bruts associant le contexte local et les variables dépendantes. Pour détecter la force de l'association entre les deux variables modératrices conjointement et les autres variables, nous avons effectué d'autres tableaux croisés avec un test de Chi2. Quelques associations sont non significatives. Dans les tableaux de l'annexe 1, nous présentons uniquement les résultats des tests concernant la relation entre les vulnérabilités, la source habituelle et le contexte local. Pour réaliser une analyse simple (analyse bivariée) de la relation entre la source habituelle de soins, le contexte local et l'appréciation de l'expérience de soins en utilisant la régression logistique, nous avons décidé de suivre la même approche utilisée pour étudier les interactions dans les analyses multiples. D'abord, nous stratifions la base de données selon le contexte local, soit en quatre strates. Ensuite, nous réalisons une régression simple entre la source habituelle de soins et chacune des variables dépendantes (données non présentées).

La vérification de l'effet modérateur de l'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local sur la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins est réalisée en tenant en compte dans la régression logistique multiple uniquement des interactions entre chacune des cinq vulnérabilités et l'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local (cinq interactions triples). Les interactions entre les vulnérabilités elles-mêmes ne sont pas prises en compte (article 1), car cela nous amènerait à analyser des termes d'interaction

quadruple ou quintuple et même plus. Notre stratégie de modélisation consiste à analyser une interaction triple à la fois. Cette stratégie comporte deux étapes.

La première consiste à construire le modèle de régression. Nous rappelons que l'introduction d'un terme d'interaction triple dans une régression multiple nécessite également l'introduction de tous les termes d'interaction double entre les variables. Pour examiner la relation entre chacune des interactions triples et l'appréciation de l'expérience de soins, le modèle de régression construit comporte donc les termes suivants : les cinq vulnérabilités, la source habituelle de soins, le contexte local, l'interaction double entre la vulnérabilité d'intérêt et la source habituelle de soins, l'interaction double entre la même vulnérabilité et le contexte local, l'interaction double entre la source habituelle de soins et le contexte local, l'interaction triple entre la vulnérabilité d'intérêt, la source habituelle de soins et le contexte local et finalement, les cinq variables de contrôle. Lorsque l'interaction triple s'avère significative parmi les variables entrées dans l'équation, nous procédons à un raffinement du modèle. Le raffinement commence par retirer les variables de contrôle non significatives et se termine en retirant les vulnérabilités non significatives.

La deuxième étape consiste en une décomposition de l'interaction triple. La raison est simple. L'interaction triple entre la vulnérabilité, la source habituelle de soins et le contexte local est de 56 catégories ( $2 \times 7 \times 4$ ) pour l'analyse des variations des besoins non comblés de l'expérience de soins et de 40 catégories ( $2 \times 5 \times 4$ ) pour l'analyse des variations d'autres composantes. Cela est énorme et pose un sérieux problème de faibles effectifs. Des RC de diverses catégories de l'interaction risquent d'être non valides. Pour atténuer ce problème, nous stratifions la base de données selon le contexte local, c'est-à-dire en quatre strates distinctes (en utilisant la fonction Sort Cases BY/Split Files BY du logiciel SPSS). Par conséquent, la variable du contexte local sera retirée du modèle final retenu à la suite du raffinement. L'interaction triple dans le modèle devient alors une interaction double entre la vulnérabilité et la source habituelle de soins. Cela permet d'étudier l'effet modérateur de la source habituelle de soins sur la relation entre la vulnérabilité et l'appréciation de l'expérience de soins dans chacun des quatre contextes locaux étudiés. Dans une interaction significative entre la vulnérabilité et la source habituelle de soins, il suffit que les variations dans un seul contexte local soient significatives. Nous présentons les RC ajustés des appréciations de l'expérience de soins modifiées par les interactions entre les vulnérabilités et la

source habituelle de soins (tableaux 4.4.13 et 4.4.14) selon le contexte local. Ces RC sont ajustés pour les vulnérabilités et les variables de contrôle retenues dans le modèle final. L'interaction entre la source habituelle de soins et la vulnérabilité est de 14 catégories (2x7) pour l'analyse des variations des besoins non comblés déclarés, alors qu'elle est de 10 catégories (2x5) pour l'analyse des variations d'autres composantes de l'expérience de soins. La catégorie de référence pour l'interaction entre la vulnérabilité et la source habituelle de soins regroupe toujours les personnes non vulnérables affiliées à un modèle organisationnel professionnel de coordination intégrée comme source habituelle de soins de première ligne. Un  $RC > 1$ , pour une relation touchant les personnes vulnérables utilisant une source habituelle de soins de première ligne donnée dans un contexte local donné et qui fournissent leur appréciation d'une composante de l'expérience de soins, signifie que les personnes vulnérables utilisant cette source habituelle de soins dans ce contexte local sont plus nombreuses à exprimer une appréciation positive de cette composante de leur expérience de soins comparativement aux personnes non vulnérables utilisant le modèle professionnel de coordination intégré comme source habituelle de soins de première ligne. Pour la composante des besoins non comblés, c'est un  $RC < 1$  qui désigne une déclaration positive : les personnes vulnérables sont moins nombreuses à exprimer des besoins non comblés comparées aux personnes non vulnérables. Dans les tableaux 4.4.13 et 4.4.14, la couleur bleue désigne une augmentation du nombre de personnes vulnérables qui ont une appréciation positive de leur expérience de soins, alors que la couleur rouge désigne une diminution de ce nombre. Nous soulignons que pour certaines catégories des interactions testées, on se trouve avec quelques cellules vides (0 effectif) ou avec un faible effectif (moins de 15) pour ce qui est le contexte équilibré-coordonné (Voir le tableau 4.4.12 qui montre qu'il y a 0 effectif pour le modèle professionnel de contact et 15 effectifs pour le modèle professionnel de coordination dans le contexte équilibré-coordonné). Seules les cellules vides associées au modèle du contact pour ce contexte équilibré-coordonné ont été retirées des analyses. On ne rapporte donc pas des RC pour ces cellules vides. Les analyses pour les cellules dont le nombre d'effectifs est trop faible, notamment 1 ou 2 effectifs, ont générées des RC non valides qu'on ne rapporte également pas.

Pour répondre au deuxième objectif, un test de chi carré est effectué pour examiner la relation entre les vulnérabilités impliquées dans des interactions significatives, la source habituelle de soins et le contexte local. Ce test permet d'identifier la ou les sources habituelles de soins dans le ou les contextes locaux qui ont des pourcentages plus ou moins élevés de personnes vulnérables comparativement à l'ensemble des participants toutes sources habituelles de soins confondues dans les contextes locaux. Ce test de chi carré est réalisé sur le total de l'échantillon (N=9206). Par contre, l'analyse de l'effet modérateur de l'interaction entre la source habituelle et le contexte local est réalisée sur des échantillons dont le nombre des personnes varient de 4 880 à 9206. On ne connaît pas le nombre réel des personnes vulnérables qui affichent une appréciation positive de leur expérience de soins en fonction des sources habituelles de soins et contextes locaux. Nous allons donc faire une synthèse des analyses de l'effet modérateur et de test de chi carré pour conclure sur le deuxième sous-objectif. Lorsqu'un effet positif plus fort de la vulnérabilité sur l'appréciation de l'expérience de soins se produit ( $RC > 1$ ) pour une source habituelle de soins dans un contexte local qui a un plus grand pourcentage de personnes vulnérables que la proportion attendue dans le contexte local, nous concluons que cet effet modérateur de l'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local contribue à accroître la proportion des personnes vulnérables qui ont une appréciation positive de leur expérience de soins. À l'inverse, lorsqu'un effet positif plus fort de la vulnérabilité se produit dans une source habituelle de soins qui a un pourcentage plus faible de personnes vulnérables que la proportion attendue, nous concluons que cet effet modérateur diminue la proportion des personnes vulnérables qui ont une appréciation positive de leur expérience de soins. Dans les tableaux 4.4.15 et 4.4.16, la couleur bleue est pour désigner un pourcentage plus élevé à ce qui est attendu, alors que la couleur rouge désigne un pourcentage moins élevé.

## RÉSULTATS

### *Caractéristiques des participants*



**Tableau 4.4.6 : Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les vulnérabilités (N=9 206)**

<b>Vulnérabilités</b>	<b>Catégories</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Sanitaire	Vulnérable	3 844	41,8 %
	Non vulnérable	5 362	58,2 %
Biologique	Vulnérable	1 379	15,0 %
	Non vulnérable	7 827	85,0 %
Matérielle	Vulnérable	4 625	50,2 %
	Non vulnérable	4 581	49,8 %
Relationnelle	Vulnérable	5 690	61,8 %
	Non vulnérable	3 516	38,2 %
Culturelle	Vulnérable	1 580	17,2 %
	Non vulnérable	7 626	82,8 %

Le tableau 4.4.6 présente la répartition des participants (nombre et pourcentage) selon leurs vulnérabilités. Les vulnérabilités qui affectent le plus les participants sont les vulnérabilités relationnelles (61,8 %), matérielles (50,2 %) et sanitaires (41,8 %).

**Tableau 4.4.7 : Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les composantes de l'utilisation des services et des besoins non comblés de l'expérience de soins (N=9206)**

<b>Composantes de l'expérience de soins</b>	<b>Catégories</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Utilisation des services hospitaliers	Oui	1 411	15,3 %
	Non	7 795	84,7 %
Utilisation des services d'urgence	Oui	3 031	32,9 %
	Non	6 175	67,1 %
Besoins non comblés en services	Oui	1 704	18,5 %
	Non	7 502	81,5 %

**Tableau 4.4.8 : Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les composantes de l'accessibilité, la continuité, la globalité, la réactivité et des résultats de l'expérience de soins**

<b>Composante de l'expérience de soins</b>	<b>Catégories</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Accessibilité géographique et organisationnelle (N=6 685)	Appréciation positive	1 813	27,1 %
	Appréciation moins positive	4 872	72,9 %
Accessibilité économique N=6 680)	Appréciation positive	3 745	56,1 %
	Appréciation moins positive	2 935	43,9 %
Continuité d'affiliation (N=6 690)	Appréciation positive	2 643	39,5 %
	Appréciation moins positive	4 047	60,5 %
Continuité d'information (N=4 880)	Appréciation positive	2 095	42,9 %
	Appréciation moins positive	2 785	57,1 %
Globalité (N=6 690)	Appréciation positive	3 125	46,7 %
	Appréciation moins positive	3 565	53,3 %
Réactivité (N=6 690)	Appréciation positive	2 942	44,0 %
	Appréciation moins positive	3 748	56,0 %
Résultats (N=6 690)	Appréciation positive	2 744	41,0 %
	Appréciation moins positive	3 946	59,0 %

Le nombre de participants à répartir varie selon les composantes de l'expérience de soins. Il est de 9 206 pour les composantes de l'utilisation des services et des besoins non comblés (tableau 4.4.7) et de 6 690 pour les autres composantes (tableau 4.4.8). L'utilisation des services d'urgence est deux fois plus élevée que celle des services hospitaliers (32,9 % versus 15,3 %) alors que 18,5 % des personnes affirment avoir des besoins non comblés. L'appréciation positive de l'accessibilité géographique et organisationnelle est la moins fréquente. Elle est appréciée positivement par 27,1 % des personnes. Le pourcentage des personnes qui ont une appréciation positive des autres composantes de l'expérience de soins est plus élevé : entre 39,5 % et 56,1 %.

**Tableau 4.4.9 :** Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon la source habituelle de soins (N=9 206)

Source habituelle de soins	Catégories	Nombre	Pourcentage
Aucune source de soins		1 272	13,8 %
Source de soins première ligne			
	Modèle professionnel à prestataire unique	844	9,2 %
	Modèle professionnel de contact	1 277	13,9 %
	Modèle professionnel de coordination	1 513	16,4 %
	Modèle professionnel de coordination intégrée	2 343	25,5 %
	Modèle communautaire	653	7,1 %
Sous-total		6 630	72,0 %
Sources de soins autres que de la première ligne		1 304	14,2 %
Total		9 206	100,0 %

Le tableau 4.4.9 révèle que la grande majorité des participants ont une SHS de première ligne (72,0 %). Un faible pourcentage n'a aucune SHS (13,8 %) ou une SHS autre que de première ligne (14,2 %). Le modèle de coordination intégré est la SHS utilisée par le plus fort pourcentage des personnes (25,5 %), alors que le modèle communautaire et le modèle de prestataire unique le sont par des pourcentages plus faibles (respectivement 7,1 % et 9,2 %).

**Tableau 4.4.10 :** Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon le contexte local (N=9 206)

Contexte local	Nombre	Pourcentage
Pourvu-indépendant	3 141	34,1 %
Équilibré-coordonné	1 539	16,7 %
Dépourvu-dépendant	2 420	26,3 %
Affluent-commerçant	2 160	22,9 %

Selon le tableau 4.4.10, les répondants sont proportionnellement plus nombreux à vivre dans le contexte local pourvu-indépendant (34,1 %) et moins nombreux dans celui d'équilibré-coordonné (16,7 %).

**Tableau 4.4.11** : Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les variables de contrôle (N=9 206)

<b>Variabes de contrôle</b>	<b>Catégories</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Genre	Femme	5 311	57,7 %
	Homme	3 895	42,3 %
Perception de l'état de santé	Mauvaise/Moyenne	1 532	16,6 %
	Bonne/Très bonne/Excellente	7 674	83,4 %
Statut d'emploi	Libre	2 703	29,4 %
	Temps partiel/Temps plein	6 503	70,6 %
Perception de la situation financière	Pauvre/Très pauvre	1 531	16,6 %
	Suffisant/Aisé	7 675	83,4 %
Langue parlée à la maison	Autre	713	7,7 %
	Français ou anglais	8 493	92,3 %

L'échantillon est composé de 57,7 % de femmes et de 70,6 % de personnes qui ont un emploi. La grande majorité des personnes ont une bonne ou une excellente perception de leur état de santé (83,4 %) et de leur situation financière (83,4 %).

**Tableau 4.4.12 : Répartition (nombre et pourcentage) des participants selon les sources habituelles de soins et les contextes locaux (N=9 206)**

Contexte local	Source habituelle de soins							Total
	Aucune	De première ligne					Autre que de première ligne	
		Modèle professionnel				Modèle communautaire		
		À prestataire unique	De contact	De coordination	De coordination Intégré			
Pourvu-indépendant	384 12,2 %	258 8,2 %	517 16,5 %	700 22,3 %	746 23,8 %	177 5,6 %	359 11,4 %	3141 100,0 %
Équilibré-coordonné	215 14,0 %	154 10,0 %	0 0,0 %	15 1,0 %	909 59,1 %	82 5,3 %	164 10,7 %	1 539 100,0 %
Dépourvu-dépendant	407 16,8 %	199 8,2 %	345 14,3 %	428 17,7 %	339 14,0 %	203 8,4 %	199 8,2 %	2 420 100,0 %
Affluent-commerçant	266 12,6 %	233 11,1 %	415 19,7 %	370 17,6 %	349 16,6 %	191 9,1 %	1 304 13,4 %	2 106 100,0 %
Total	1 272 13,8 %	844 9,2 %	1 277 13,9	1 513 16,4 %	2 343 25,5 %	653 7,1 %	1 304 14,2 %	9 206 100,0 %

Lorsqu'on observe la répartition des participants selon la source habituelle de soins et le contexte local (tableau 4.4.12), plusieurs distinctions sont à noter. Le contexte local dans lequel on retrouve le plus fort pourcentage de personnes qui n'ont aucune source habituelle de soins est le contexte dépourvu-dépendant (16,8 % versus 13,8 %). C'est dans le contexte affluent-commerçant où la source habituelle de soins autre que la première ligne est proportionnellement plus utilisée (13,4 % versus 14,2 %). Quant à l'utilisation de la source habituelle de soins de première ligne selon le contexte local, elle est la plus différenciée dans les contextes équilibré-coordonné et affluent-commerçant. Dans le contexte équilibré-coordonné, d'une part, on retrouve la plus forte utilisation du modèle professionnel de coordination intégré (59,1 % versus 25,5 %). D'autre part, on observe presque une absence de l'utilisation du modèle professionnel de contact (0 % versus 13,9 %) ou professionnel de coordination (1 % versus 16,4 %). C'est aussi dans ce contexte qu'on retrouve la moins forte utilisation du modèle communautaire (5,3 % versus 7,1 %). C'est dans le contexte affluent-commerçant qu'on retrouve la plus forte utilisation de trois des cinq modèles organisationnels de première ligne : les deux modèles professionnels de prestataire unique (11,1 % versus 9,2 %) et de contact (19,7 % versus 13,9 %) et le modèle communautaire (9,1 % versus 7,1 %).

### **Effet modérateur de l'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local sur la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins**

Les analyses révèlent que la source habituelle de soins interagit avec le contexte local pour influencer la relation entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins. Les vulnérabilités relationnelle et culturelle des personnes sont affectées par cette interaction dans leur effet sur l'appréciation de l'expérience de soins. Trois composantes de l'expérience de soins sont modifiées par cette interaction : les besoins non comblés, la continuité d'affiliation et la réactivité. C'est particulièrement les personnes vulnérables culturellement qui ont des appréciations positives plus fréquentes de l'expérience de soins dans certaines sources habituelles de soins et contextes locaux et des appréciations positives moins fréquentes dans d'autres.

Les tableaux 4.4.13 et 4.4.14 regroupent les RC ajustés des composantes de l'expérience de soins et des interactions significatives entre les vulnérabilités et l'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local. Les interactions significatives modifient moins les

appréciations de l'expérience de soins des personnes vulnérables que des personnes non vulnérables. Sur un total de 26 RC significatifs, 11 RC concernent des relations touchant les personnes vulnérables.

**Tableau 4.4.13** : Rapports de cote (RC) ajustés et intervalles de confiance (95 %) des besoins non comblés de l'expérience de soins et des interactions entre les vulnérabilités et l'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local

Composantes de l'expérience de soins	Interaction entre la vulnérabilité et la source habituelle de soins selon le contexte local								
	Vulnérabilité	Source habituelle de soins							Autre que de première ligne
		Aucune	De première ligne				Modèle Communautaire		
			Modèles professionnels			De coordination intégré			
		À prestataire unique	De contact	De coordination	De coordination				
<b>Personnes vulnérables</b>									
Contexte pourvu-indépendant : interaction non significative : p=0,147									
Besoins non comblés (N=3141) *	Culturelle	1,264 0,573-2,791	0,821 0,216-3,13	1,156 0,586-2,278	1,451 0,756-2,782	0,764 0,335-1,742	1,947 0,562-6,742	0,535 0,2-1,434	
Contexte équilibré-coordonné : interaction non significative; p=0,121									
Besoins non comblés (N=1539) *	Culturelle	5,366 1,736-16,58	RC non valide Faible effectif	Pas de RC 0 effectif	RC non valide Faible effectif	1,371 0,494-3,807	RC non valide Faible effectif	0,844 0,102-6,978	
Contexte dépourvu-dépendant : interaction significative : p=0,044									
Besoins non comblés (N=2420) *	Culturelle	0,503 0,286-0,883	0,796 0,384-1,65	0,982 0,587-1,643	0,736 0,422-1,286	0,765 0,416-1,406	0,465 0,209-1,032	0,703 0,414-1,196	
Contexte affluent-commerçant : interaction non significative : p=0,168									
Besoins non comblés (N=2106) *	Culturelle	1,22 0,671-2,22	1,089 0,563-2,105	1,622 0,957-2,749	0,555 0,255-1,206	1,119 0,565-2,215	1,943 1,010-3,734	1,482 0,794-2,764	
<b>Personnes non-vulnérables</b>									
Contexte pourvu-indépendant : interaction non significative : p=0,147									
Besoins non comblés (N=3141) *	Culturelle	0,676 0,468-0,978	0,69 0,454-1,047	1,103 0,819-1,484	0,77 0,577-1,027	1,0	0,892 0,578-1,379	1,018 0,726-1,429	

Contexte équilibré-coordonné : interaction non significative : p=0,121								
Besoins non comblés (N=1539) *	Culturelle	1,025 0,638-1,646	0,676 0,381-1,201	Pas de RC 0 effectif	1,647 0,437-6,212	1,0	0,987 0,503-1,938	1,662 1,064-2,595
Contexte dépourvu-dépendant : interaction significative : p=0,044								
Besoins non comblés (N=2420) *	Culturelle	0,663 0,419-1,051	0,282 0,141-0,565	0,649 0,408-1,033	0,635 0,413-0,977	1,0	0,957 0,583-1,57	0,799 0,536-1,191
Contexte affluent-commerçant : interaction non significative : p=0,168								
Besoins non comblés (N=2106) *	Culturelle	1,221 0,739-2,017	1,73 1,043-2,86	1,588 1,041-2,422	1,081 0,691-1,691	1,0	1,37 0,8-2,345	1,243 0,773-1,999

\* RC ajusté pour les vulnérabilités biologique, matérielle et relationnelle, le genre, la perception de l'état de santé, le statut d'emploi et la perception de la situation financière.



**Tableau 4.4.14 :** Rapports de cote (RC) ajustés et intervalles de confiance (95 %) de la continuité d’affiliation et de la réactivité de l’expérience de soins et des interactions entre les vulnérabilités et l’interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local

Composantes de l’expérience de soins	Interaction entre la vulnérabilité et la source habituelle de soins de première ligne selon le contexte local					
	Vulnérabilité	Source habituelle de soins de première ligne				
		Modèle professionnel				Modèle Communautaire
À prestataire unique	De contact	De coordination	De coordination intégré			
<b>Personnes vulnérables</b>						
Contexte pourvu-indépendant : les deux interactions sont significatives						
Continuité d’affiliation (N=2392) * : p<0,001	Culturelle	2,934 1,073-8,019	0,536 0,26-1,105	0,733 0,383-1,405	1,632 0,851-3,127	0,276 0,059-1,291
Réactivité (N=2392) ** : p<0,001	Relationnelle	2,904 1,947-4,332	0,992 0,711-1,386	1,816 1,335-2,469	1,369 1,009-1,856	1,295 0,805-2,085
Contexte local équilibré-coordonné : les deux interactions sont significatives						
Continuité d’affiliation (N=1160) * : p<0,001	Culturelle	RC Non valide Faible effectif	Pas de RC 0 effectif	RC Non valide Faible effectif	1,027 0,437-2,415	RC non valide Faible effectif
Réactivité (N=1160) ** : p<0,001	Relationnelle	2,464 1,467-4,137	Pas de RC 0 effectif	0,741 0,215-2,548	1,033 0,775-1,377	0,798 0,431-1,478
Contexte dépourvu-dépendant : les deux interactions sont significatives						
Continuité d’affiliation (N=1514) * : p<0,001	Culturelle	2,576 1,361-4,878	0,373 0,206-0,673	1,336 0,830-2,151	0,511 0,262-0,996	0,454 0,207-0,996
Réactivité (N=1514) ** : p<0,001	Relationnelle	1,706 0,994-2,928	1,041 0,644-1,683	0,772 0,489-1,218	0,723 0,451-1,161	0,701 0,41-1,197
Contexte affluent-commerçant : une de deux interactions est significative						
Continuité d’affiliation (N=1556) * : p<0,001	Culturelle	1,680 0,987-2,86	0,564 0,335-0,949	0,940 0,551-1,605	0,514 0,27-0,978	0,554 0,28-1,094
Réactivité (N=1556) ** : p=0,067	Relationnelle	0,824 0,48-1,416	0,571 0,35-0,931	0,741 0,456-1,205	0,598 0,365-0,979	0,649 0,376-1,122

<b>Personnes non vulnérables</b>						
Contexte pourvu-indépendant : les deux interactions sont significatives						
Continuité d'affiliation (N=2392) * : p<0,001	Culturelle	5,295 3,808-7,364	0,979 0,755-1,271	1,738 1,381-2,187	1,0	1,198 0,822-1,746
Réactivité (N=2392) ** : p<0,001	Relationnelle	2,245 1,403-3,592	0,946 0,662-1,351	1,350 0,979-1,862	1,0	1,94 1,181-3,189
Contexte local équilibré-coordonné : les deux interactions sont significatives						
Continuité d'affiliation (N=1160) * : p<0,001	Culturelle	6,37 4,245-9,56	Pas de RC 0 effectif	2,731 0,907-8,228	1,0	0,793 0,474-1,326
Réactivité (N=1160) ** : p<0,001	Relationnelle	3,294 1,791-6,058	Pas de RC 0 effectif	1,229 0,17-8,873	1,0	0,507 0,232-1,109
Contexte dépourvu-dépendant : les deux interactions sont significatives						
Continuité d'affiliation (N=1514) * : p<0,001	Culturelle	5,91 3,674-9,509	0,933 0,632-1,377	1,694 1,195-2,402	1,0	1,028 0,665-1,59
Réactivité (N=1514) ** : p<0,001	Relationnelle	1,845 1,023-3,325	0,473 0,28-0,798	1,325 0,813-2,159	1,0	0,592 0,318-1,1
Contexte affluent-commerçant : une de deux interactions est significative						
Continuité d'affiliation (N=1556) * : p<0,001	Culturelle	2,364 1,543-3,621	0,531 0,367-0,769	1,874 1,319-2,662	1,0	0,869 0,550-1,371
Réactivité (N=1556) ** : p=0,067	Relationnelle	0,914 0,503-1,663	0,579 0,333-1,008	1,139 0,642-2,023	1,0	0,599 0,282-1,274

\* RC ajusté pour les vulnérabilités sanitaire, biologique et relationnelle, la perception de l'état de santé, le statut d'emploi et la perception de la situation financière.

\*\* RC ajusté pour les vulnérabilités sanitaire, biologique, matérielle et culturelle, la perception de l'état de santé et le statut d'emploi.

Le tableau 4.4.13 révèle que la source habituelle de soins interagit avec le contexte local pour modifier la relation entre la vulnérabilité culturelle et la déclaration des besoins non comblés. Malgré les faibles ressources disponibles, c'est dans le contexte dépourvu-dépendant où les personnes vulnérables culturellement n'ayant pas une source habituelle de soins sont moins nombreuses à déclarer avoir des besoins non comblés (RC=0,503). Il révèle aussi que l'effet modérateur de cette interaction est plus présent chez les personnes non vulnérables culturellement. Ces personnes ont moins de besoins non comblés, dans le contexte dépourvu-dépendant, lorsque leur source habituelle de soins est du type modèle professionnel de prestataire unique ou de coordination (respectivement, RC=0,282 et RC=0,635).

Le tableau 4.4.14 révèle que l'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local modifie la relation entre la vulnérabilité culturelle et l'appréciation de la continuité d'affiliation et la relation entre la vulnérabilité relationnelle et l'appréciation de la réactivité. Dans les contextes pourvu-indépendant et dépourvu-dépendant, les personnes vulnérables culturellement sont plus nombreuses à exprimer une appréciation positive de la continuité d'affiliation lorsqu'elles utilisent une source habituelle de soins du type modèle professionnel de prestataire unique (respectivement, RC=2,934 et RC=2,464). Lorsque la source habituelle de soins est du type professionnel de coordination intégré ou du type communautaire dans le contexte dépourvu-dépendant, ces personnes sont moins nombreuses à afficher une telle appréciation (respectivement, RC=0,511 et RC=0,454). La même observation est notée lorsque la source habituelle de soins est du type professionnel de contact ou de coordination intégré, et ce, dans le contexte affluent-commerçant (respectivement, RC=0,564 et RC=0,514). Pour les personnes vulnérables relationnellement, avoir une source habituelle de soins du type professionnel, à l'exception du professionnel de contact, dans le contexte pourvu-indépendant est associé à une appréciation positive plus fréquente pour la réactivité (RC variant de 1,369 à 2,904). Une telle appréciation est également notée chez ces personnes dans le contexte équilibré-coordonné, mais uniquement pour le modèle professionnel de prestataire unique (RC=2,464).

Ce tableau laisse aussi entrevoir que l'appréciation de l'expérience de soins des personnes non vulnérables culturellement et relationnellement diffère selon l'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local. Dans tous les contextes locaux, ces personnes sont plus

nombreuses à avoir des appréciations positives de la continuité et de la réactivité pour le modèle professionnel de prestataire unique (les 7 RC sont tous  $> 1$ ). C'est uniquement pour le modèle professionnel de contact que ces personnes sont moins nombreuses à avoir des telles appréciations, et ce, dans les contextes dépourvu-dépendant et affluent-commerçant (respectivement,  $RC=0,473$  pour la réactivité chez les non vulnérables sur le plan relationnel dans le contexte dépourvu-dépendant et  $RC=0,531$  pour la continuité chez les non vulnérables sur le plan culturel dans le contexte affluent-commerçant). Le modèle professionnel de coordination augmente l'appréciation positive particulièrement de la continuité d'affiliation chez les personnes non vulnérables culturellement dans tous les contextes sauf l'équilibré-coordonné (RC variant de 1,694 à 1,874). Le modèle communautaire augmente l'appréciation positive de la réactivité chez les personnes non vulnérables relationnellement uniquement dans le contexte pourvu-indépendant ( $RC=1,94$ ).

### **Effet modérateur de l'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local et proportion des personnes vulnérables qui ont une appréciation positive de leur expérience de soins**

Le deuxième objectif de cette étude est de déterminer si l'effet modérateur de l'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local influence la proportion des personnes vulnérables qui ont une appréciation positive de leur expérience de soins.

La section précédente indique que la vulnérabilité culturelle est associée à moins des besoins non comblés dans l'absence d'une source habituelle de soins, et ce, dans le contexte dépourvu-dépendant. Elle est aussi associée à une appréciation plus fréquemment positive de la continuité d'affiliation lorsque la source habituelle de soins est le modèle professionnel de prestataire unique, et ce, dans les contextes pourvu-indépendant et dépourvu-dépendant. Cependant, la vulnérabilité culturelle est associée à une appréciation moins fréquemment positive de la continuité d'affiliation lorsque la source habituelle de soins est le modèle professionnel de coordination intégrée et le modèle communautaire, et ce, dans le contexte dépourvu-dépendant. Elle l'est aussi lorsque la source habituelle de soins est le modèle professionnel de contact et de coordination intégré, et ce, dans le contexte affluent-commerçant. Quant à la vulnérabilité relationnelle, elle est associée à une appréciation positive plus fréquente de la réactivité lorsque la source habituelle de soins est le modèle professionnel de prestataire unique, et ce, dans les contextes pourvu-indépendant et

équilibré-coordonné. Elle l'est aussi lorsque la source habituelle de soins est les modèles professionnels de coordination et de coordination intégré dans le contexte pourvu-indépendant. La répartition des personnes vulnérables dans les sources habituelles de soins et les contextes locaux permet de voir si l'effet modérateur de l'interaction entre ces derniers se produit dans la source habituelle de soins et le contexte local où se trouve le plus fort pourcentage de personnes vulnérables. Les tableaux 4.4.15 et 4.4.16 présentent cette répartition.

Le tableau 4.4.15 révèle que des pourcentages plus élevés de personnes vulnérables sur le plan relationnel sont observés dans les sources habituelles de soins et contextes locaux où ces personnes sont plus nombreuses à exprimer une appréciation positive de leur expérience de soins. L'effet modérateur de l'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local contribue donc à accroître la proportion des personnes vulnérables relationnellement qui a une appréciation positive de leur expérience de soins.

Le tableau 4.4.16 révèle que des pourcentages moins élevés des personnes vulnérables sur le plan culturel sont observés dans les sources habituelles de soins et contextes locaux où ces personnes sont plus nombreuses à exprimer une appréciation positive de leur expérience de soins. Inversement, des pourcentages plus élevés des personnes vulnérables culturellement sont observés dans les sources habituelles de soins et contextes locaux où ces personnes sont moins nombreuses à exprimer une appréciation positive de leur expérience de soins. L'effet modérateur de l'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte contribue donc à diminuer la proportion de personnes vulnérables culturellement qui ont une appréciation positive de leur expérience de soins.

**Tableau 15 : Répartition (nombre et pourcentage) de la vulnérabilité relationnelle selon la source habituelle de soins et le contexte local (N=9206)**

Vulnérabilité relationnelle	Source habituelle de soins et contexte local							Total des participants toutes sources habituelles de soins confondues	P de Chi2
	Source habituelle de soins								
	Aucune	De première ligne				Modèle Communautaire	Autre que de première ligne		
		Modèle professionnel							
À Prestataire unique		De Contact	De Coordination	De Coordination Intégré					
<b>Contexte local pourvu-indépendant</b>									
Vulnérables	206 53,6%	166 64,3%	290 56,1%	404 57,7%	394 52,8%	96 54,2%	206 57,4%	1762 56,1%	0,051
Non-vulnérables	178 46,4%	92 35,7%	227 43,9%	296 42,3%	352 47,2%	81 45,8%	153 42,6%	1379 43,9%	
Total	384 100,0%	258 100,0%	517 100,0%	700 100,0%	746 100,0%	177 100,0%	359 100,0%	3141 100,0%	
<b>Contexte local équilibré-coordonné</b>									
vulnérables	128 59,5%	92 59,8%	0 0,0%	11 73,3%	554 60,9%	50 61,0%	85 51,8%	920 59,8%	0,304
Non-vulnérables	87 40,5%	62 40,2%	0 0,0%	4 26,7%	355 39,1%	32 39,0%	79 48,2%	619 40,2%	
Total	215 100,0%	154 100,0%	0 0,0%	15 100,0%	909 100,0%	82 100,0%	164 100,0%	1539 100,0%	
<b>Contexte local dépourvu-dépendant</b>									
Vulnérables	259 63,6%	123 61,8%	181 52,5%	272 63,6%	216 63,7%	123 60,6%	334 66,9%	1508 62,3%	0,003
Non-vulnérables	148 36,4%	76 38,2%	164 47,5%	156 36,4%	123 36,3%	80 39,4%	165 33,1%	912 37,7%	
Total	407 100,0%	199 100,0%	345 100,0%	428 100,0%	339 100,0%	203 100,0%	499 100,0%	2420 100,0%	
<b>Contexte local affluent-commerçant</b>									

Vulnérables	203 76,3%	144 61,8%	275 66,3%	271 73,2%	252 62,2%	142 74,3%	213 75,5%	1500 71,2%	0,001
Non-vulnérables	63 23,7%	89 38,2%	140 33,7%	99 26,8%	97 27,8%	49 25,7%	69 24,5%	606 28,8%	
Total	266 100,0%	233 100,0%	415 100,0%	370 100,0%	349 100,0%	191 100,0%	282 100,0%	2106 100,0%	
Total									
Vulnérables	796 62,6%	525 62,2%	746 58,4%	958 63,3%	1416 60,4%	411 62,9%	838 64,3%	5690 61,8%	0,034
Non-vulnérables	476 37,4%	319 37,8%	531 41,6%	555 36,7%	927 39,6%	242 37,1%	466 35,7%	3516 38,2%	
Total	1272 100,0%	844 100,0%	1277 100,0%	1513 100,0%	2343 100,0%	653 100,0%	1304 100,0%	9206 100,0%	

**Tableau 4.4.16** : Répartition (nombre et pourcentage) de la vulnérabilité culturelle selon la source habituelle de soins et le contexte local (N=9206)

**Tableau 16** : Répartition (nombre et pourcentage) de la vulnérabilité culturelle selon la source habituelle de soins et le contexte local (N=9206)

Vulnérabilité culturelle	Source habituelle de soins et contexte local							Total des participants toutes sources habituelles de soins confondues	P de Chi2
	Source habituelle de soins								
	Aucune	De première ligne				Modèle Communautaire	Autre que de première ligne		
		Modèle professionnel							
À Prestataire unique		De Contact	De Coordination	De Coordination Intégré					
<b>Contexte local pourvu-indépendant</b>									
Vulnérables	37 9,6%	18 7,0%	53 10,3%	54 7,7%	44 5,9%	14 7,9%	35 9,7%	255 8,1%	0,083
Non-vulnérables	347 90,4%	240 93,0%	464 89,7%	646 92,3%	702 94,1%	163 92,1%	324 90,3%	2886 91,9%	
Total	384 100,0%	258 100,0%	517 100,0%	700 100,0%	746 100,0%	177 100,0%	359 100,0%	3141 100,0%	
<b>Contexte local équilibré-coordonné</b>									
Vulnérables	14 6,5%	2 1,3%	0 0,0%	1 6,7%	26 2,9%	1 1,2%	9 5,5%	53 3,4%	0,024
Non-vulnérables	201 93,5%	152 98,7%	0 0,0%	14 93,3%	883 97,1%	81 98,8%	155 94,5%	1486 96,6%	
Total	215 100,0%	154 100,0%	0 0,0%	15 100,0%	909 100,0%	82 100,0%	164 100,0%	1539 100,0%	
<b>Contexte local dépourvu-dépendant</b>									
Vulnérables	140 34,4%	50 25,1%	121 35,1%	114 26,6%	79 23,3%	53 26,1%	126 25,3%	683 28,2%	0,001
Non-vulnérables	267 65,6%	149 74,9%	224 64,9%	314 73,4%	260 76,7%	150 73,9%	373 74,7%	1737 71,8%	
Total	407 100,0%	199 100,0%	345 100,0%	428 100,0%	339 100,0%	203 100,0%	499 100,0%	2420 100,0%	
<b>Contexte local affluent-commerçant</b>									



Vulnérables	98 36,8%	83 35,6%	119 28,7%	81 21,9%	68 19,5%	62 32,5%	78 27,7%	589 28,0%	<0,001
Non-vulnérables	168 63,2%	150 64,4%	296 71,3%	289 78,1%	281 80,5%	129 67,5%	204 72,3%	1517 72,0%	
Total	266 100,0%	233 100,0%	415 100,0%	370 100,0%	349 100,0%	191 100,0%	282 100,0%	2106 100,0%	
Total									
Vulnérables	289 22,7%	153 18,1%	293 22,9%	250 16,5%	217 9,3%	130 19,9%	248 19,0%	1580 17,2%	<0,001
Non-vulnérables	983 77,3%	691 81,9%	984 77,1%	1263 83,5%	2126 90,7%	523 80,1%	1056 81,0%	7626 82,8%	
Total	1272 100,0%	844 100,0%	1277 100,0%	1513 100,0%	2343 100,0%	653 100,0%	1304 100,0%	9206 100,0%	

## DISCUSSION

Les résultats de cette étude sont très originaux et révélateurs. L'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local vient modifier la relation entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de leur expérience de soins de première ligne. Les résultats de l'étude de Pineault et al. (2008) sont alors biaisés car elle n'en tient pas compte de cette interaction sur l'appréciation de l'expérience de soins.

Les personnes vulnérables, particulièrement sur le plan culturel, qui n'ont pas une source habituelle de soins dans le contexte dépourvu-dépendant ont une appréciation positive plus fréquente de leur expérience de soins, notamment en ce qui a trait aux besoins non comblés. Elles ont une appréciation positive plus fréquente de leur expérience de soins, notamment en ce qui a trait à la continuité d'affiliation, lorsqu'elles utilisent une source habituelle de soins de première ligne du type professionnel de prestataire unique, et ce, dans les contextes pourvu-indépendant et dépourvu-dépendant. Au contraire, leur appréciation est moins fréquemment positive de la continuité d'affiliation lorsqu'elles utilisent le type professionnel de coordination intégrée et le type communautaire dans le contexte dépourvu-dépendant. C'est aussi le cas lorsqu'elles utilisent les types professionnels de contact et de coordination intégré dans le contexte affluent-commerçant.

Les personnes vulnérables, particulièrement sur le plan relationnel, apprécient plus fréquemment positivement leur expérience de soins, notamment la réactivité, lorsqu'elles utilisent une source habituelle de soins de première ligne du type professionnel de prestataire unique dans les contextes pourvu-indépendant et équilibré-coordonné. C'est aussi le cas lorsqu'elles utilisent les types professionnels de coordination et de coordination intégrée dans le contexte pourvu-indépendant.

C'est au plus grand nombre de personnes vulnérables relationnellement que l'effet modérateur de l'interaction entre la source habituelle et le contexte local procure une appréciation positive de l'expérience de soins. Inversement, c'est au plus petit nombre de personnes vulnérables culturellement que cet effet procure une appréciation positive de l'expérience de soins.

### *Explication du paradoxe*

Le paradoxe soulevé dans l'introduction de l'article semble être expliqué, au moins en partie, par la combinaison de trois facteurs. Le premier est le contexte particulier de la vulnérabilité culturelle. Le deuxième est l'effet modérateur de l'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local sur la relation entre les vulnérabilités et l'appréciation de l'expérience de soins. Le troisième est le lien entre l'effet modérateur de cette interaction et la proportion des personnes vulnérables qui ont une appréciation positive de leur expérience de soins.

Ce qui ressort de notre étude est assez intéressant. C'est la deuxième fois que la vulnérabilité culturelle agit en interaction avec une autre variable. La première fois, c'est avec la vulnérabilité sanitaire (Haidar et al., 2018). Une des composantes de l'expérience de soins affectée par l'interaction entre les vulnérabilités sanitaire et culturelle est la continuité d'affiliation. Les personnes vulnérables culturellement ont une appréciation positive plus fréquente de la continuité d'affiliation lorsqu'elles sont également vulnérables sanitaire. La vulnérabilité culturelle n'agit pas en interaction avec la source habituelle de soins (article 2) ou le contexte local (article 3). Elle agit en interaction avec la source habituelle de soins et le contexte local. Donc, la compréhension de l'influence de la vulnérabilité culturelle sur l'appréciation de l'expérience de soins passe par une interaction triple : vulnérabilité culturelle, source habituelle de soins et contexte local.

La vulnérabilité culturelle est associée à une appréciation plus fréquemment positive de la continuité d'affiliation lorsque la source habituelle de soins est le professionnel de prestataire unique dans les contextes pourvu-indépendant et dépourvu-dépendant. Ce n'est pas dans ces conditions où se trouvent les pourcentages les plus élevés de personnes vulnérables culturellement. À l'inverse, la vulnérabilité culturelle est associée à une appréciation moins fréquemment positive de la continuité d'affiliation lorsque les sources habituelles de soins sont les professionnels de contact et de coordination intégrée et le communautaire dans les contextes dépourvu-dépendant et affluent-commerçant. C'est dans l'une de ces conditions où se trouvent les pourcentages les plus élevés des personnes vulnérables culturellement (le professionnel de contact dans l'affluent-commerçant). Tout semble donc concourir (la vulnérabilité culturelle, la source habituelle de soins et le contexte local) à une appréciation moins fréquemment positive de l'expérience de soins des

personnes vulnérables sur le plan culturel. Nous pensons qu'il est important dans la recherche future d'examiner l'influence de la vulnérabilité sanitaire sur la relation entre la vulnérabilité culturelle et l'appréciation de l'expérience de soins compte tenu des sources habituelles de soins et des contextes locaux. Il est possible que les personnes vulnérables culturellement utilisant le modèle professionnel de prestataire unique dans le contexte pourvu-indépendant et dépourvu-dépendant apprécient plus fréquemment positivement la continuité d'affiliation lorsqu'elles sont également vulnérables sanitaire. En d'autres mots, il existe une interaction quadruple : vulnérabilité culturelle, vulnérabilité sanitaire, source habituelle de soins et contexte local. En est-il ainsi dans le cadre de cette étude ? Impossible de le dire pour le moment.

La vulnérabilité relationnelle est associée à une appréciation plus fréquemment positive de la réactivité lorsque la source habituelle de soins est le professionnel de prestataire unique, de coordination et de coordination intégré dans les contextes pourvu-indépendant et équilibré-coordonné. C'est dans ces conditions que se trouvent les pourcentages les plus élevés des personnes vulnérables relationnellement (le prestataire unique dans le pourvu-indépendant et équilibré-coordonné et de coordination dans le pourvu-indépendant). Tous ces facteurs (la vulnérabilité relationnelle, la source habituelle de soins et le contexte local) semblent alors concourir à une appréciation plus fréquemment positive de l'expérience de soins des personnes vulnérables relationnellement.

### ***Implications***

Plusieurs implications ressortent de l'analyse. La première est l'existence, dans le contexte d'un système universel de soins, des inégalités culturelles essentielles dans les appréciations de l'expérience de soins. Les sources habituelles de soins et les contextes locaux contribuent conjointement à ces inégalités culturelles dans les systèmes de soins offrant un accès universel. La deuxième est que ces inégalités peuvent être évitables, car les personnes vulnérables culturellement expriment de meilleures appréciations lorsqu'elles utilisent certaines sources habituelles de soins dans certains contextes locaux. Ce fait suggère que, au moins en partie, les différences culturelles découlent de différences entre les organisations (l'hypothèse des soins moins bons ou la compétence culturelle) (Kontopantelis et al., 2010; Lyratzopoulos et al., 2012; Price et al., 2015). Il faut insister sur les organisations et les fournisseurs de soins de première ligne pour qu'ils

fournissent des soins uniformes à tous les groupes de patients et qu'ils offrent des services linguistiques. La troisième est que la source habituelle de soins du type professionnel de prestataire unique est à privilégier pour améliorer l'appréciation de l'expérience de soins des personnes vulnérables culturellement. La quatrième implication est qu'il faut cibler les organisations de première ligne de types professionnels de contact et de coordination intégré et du type communautaire qui œuvrent dans des contextes locaux où se trouvent les pourcentages les plus élevés de personnes vulnérables culturellement. Nos constats indiquent que les personnes non vulnérables ont également des appréciations moins fréquemment positives de leur expérience de soins lorsqu'elles utilisent ces types. Si ces organisations améliorent leurs résultats en termes d'appréciation de l'expérience de soins de l'ensemble des utilisateurs, cela peut aider à réduire les inégalités culturelles. La mise en place d'un programme systématique d'appréciation de l'expérience de soins de différents groupes de la population est nécessaire pour poursuivre les changements en appréciation de l'expérience de soins et voir si des améliorations sont enregistrées. La cinquième implication est qu'aucun modèle ne produit la même bonne appréciation de l'expérience de soins des personnes vulnérables dans tous les contextes locaux et, inversement, aucun modèle ne produit une mauvaise appréciation de l'expérience de soins dans tous les contextes locaux. La stratégie d'une recette unique pour tout le monde, dans tous les contextes locaux, peut ainsi générer une détérioration plutôt qu'une amélioration de l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne des groupes vulnérables. La sixième et dernière implication est que la relation entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de leur expérience de soins est mieux comprise en considérant simultanément les sources habituelles de soins et les contextes locaux. Ces deux facteurs interagissent et leur interaction modifie l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne des personnes en fonction de leurs vulnérabilités. C'est probablement juste dans le contexte québécois que l'on trouve un intérêt à étudier l'effet de l'interaction entre les sources habituelles de soins et les contextes locaux sur l'appréciation de l'expérience de soins. Toutefois, le nombre total de ces études est encore très peu élevé (Lamarche et Maillet, 2016; Lamarche et al., 2010; Lamarche et al., 2012). Les résultats de ces études peuvent être biaisés et même erronés, car elles ne tiennent pas compte de l'effet des vulnérabilités des personnes sur l'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local pour influencer l'appréciation de l'expérience de soins. La recherche future doit considérer conjointement les

vulnérabilités, les sources habituelles de soins et les contextes locaux pour mieux aborder et comprendre les variations dans l'appréciation de l'expérience de soins.

### *Limites*

Certaines limites pourraient être mises en évidence dans cette recherche. La première est que la représentativité du groupe vulnérable culturellement dans les contextes pourvu-indépendant et équilibré-coordonné (respectivement 8,1 % et 3,4 %) est atypique par rapport à la population québécoise en général. En plus, le contexte local équilibre-coordonné surreprésente le modèle professionnel de coordination intégré (59,1 %) et sous-représente les modèles professionnels de contact (0 %) et de coordination (1 %) par rapport à l'ensemble de la population québécoise. Il y a lieu de penser que l'effet observé de la vulnérabilité sur l'appréciation de l'expérience de soins en fonction de l'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local est également dû à un effet de composition des groupes sociaux et des modèles organisationnels qui existent dans les contextes locaux. Il faut appliquer les résultats dans d'autres contextes locaux.

La deuxième limite est le faible nombre de répondants dans toutes les combinaisons regroupant les personnes vulnérables culturellement et chacune des sources habituelles de soins dans le contexte équilibré-coordonné. On se trouvait avec quelques cellules vides ou ayant 1 ou 2 effectifs uniquement. Ces cellules ont été exclues des analyses. On n'a pas alors rapporté des RC pour ces cellules. Cependant, on ne pense pas que nos résultats seraient si différents s'il y avait un nombre suffisant d'effectifs dans ces cellules. La généralisation de nos constats en regard des variations dans l'appréciation de l'expérience de soins des personnes vulnérables en fonction de différents types de sources habituelles de soins et des contextes locaux dépend de la répétition de l'étude dans différentes régions et à travers le temps.

Cette étude n'a pas tenu compte des interactions entre les vulnérabilités elles-mêmes (Haidar et al., 2018). Nos constats indiquent une potentielle interaction quadruple : vulnérabilité culturelle, vulnérabilité sanitaire, source habituelle de soins et contexte local. Il nous reste une question importante à savoir : est-ce que l'ajout de la vulnérabilité sanitaire pour un individu peut modifier l'effet modérateur observé de l'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local sur la relation entre la vulnérabilité et l'appréciation de l'expérience de soins ? Il est au-delà de la

portée de cette étude d'aborder cette question, devenant ainsi une troisième limite de l'étude. Toutefois, il importe de souligner que le fait d'avoir focalisé cette étude sur l'ensemble des vulnérabilités des personnes, les cinq vulnérabilités, et l'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local représente aussi l'une de ses forces.

La dernière limite concerne le phénomène d'imbrication des observations. Au total, nous avons 9 206 patients (premier niveau) nichés dans sept sources habituelles de soins (deuxième niveau) qui elles-mêmes sont nichées dans quatre contextes locaux (troisième niveau). Une analyse multiniveau qui prend en compte les interactions entre les niveaux d'analyse pourrait être envisagée. Ce type d'analyse est adaptée pour des données structurées selon plusieurs niveaux, spécifiquement dans le cas où des individus partagent le même milieu (par exemple, les élèves d'une même école, les employés d'une même entreprise, etc.). On l'utilise quand il n'y a pas d'indépendance entre les niveaux (notamment l'individu et son milieu). Dans notre cas, il est peu probable que des répondants qui se trouvent sur le même territoire qu'ils soient identiques car le territoire d'un CSSS est tellement vaste. On a donc décidé de ne pas faire une analyse multiniveau, et ce, pour deux raisons. D'une part, on jugeait que la dépendance entre les observations n'est pas si importante. D'autre part, nos données viennent d'une étude qui n'a pas été faite dans une perspective d'analyse multiniveau. Cette étude a sélectionné d'une façon aléatoire les individus à partir des territoires de 23 CSSS. Ensuite, elle a fait un lien nominal entre les individus et les sources habituelles de soins. Dans une perspective d'analyse multiniveau, les patients auraient dû être sélectionnés à partir des sources habituelles de soins réparties sur les territoires de 23 CSSS, ce qui n'est pas le cas.

Malgré ces limites, la force de cette étude repose certainement sur le fait de relier la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins simultanément à la source habituelle de soins et au contexte local : en général, dans le contexte d'un système universel de soins, l'effet des vulnérabilités des personnes sur l'appréciation de l'expérience de soins dépend des sources habituelles de soins et des contextes locaux.

## **CONCLUSION**

Cette recherche novatrice permet à tous les acteurs du système de soins de comprendre l'effet de l'interdépendance entre la source habituelle de soins et le contexte local sur l'appréciation de l'expérience de soins en fonction des vulnérabilités des personnes. Elle contribue à la prise de décision dans la production des stratégies d'amélioration de l'appréciation de l'expérience de soins des personnes vulnérables en s'appuyant simultanément sur les deux avenues.



## BIBLIOGRAPHIE

- Aday, L. A. (1993). *At risk in America: the health and health care needs of vulnerable populations in the United States*. (1<sup>e</sup> éd.). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Aday, L. A. (1994). Health status of vulnerable populations. *Annu Rev Public Health*, 15, 487-509. doi: 10.1146/annurev.pu.15.050194.002415
- Aday, L. A. (2001). *At risk in America: The health and health care needs of vulnerable populations in the United States* (2<sup>e</sup> éd.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Adler, N. E. et Newman, k. (2002). Socioeconomic Disparities in Health: Pathways and Policies *Health Affairs*, 21(2), 60-76.
- Andersen, R. et Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*, 51(1), 95-124.
- Asada, Y. et Kephart, G. (2007). Equity in health services use and intensity of use in Canada. *BMC Health Serv Res*, 7, 41. doi: 10.1186/1472-6963-7-41
- Blumenthal, D., Mort, E. et Edwards, J. (1995). The efficacy of primary care for vulnerable population groups. *Health Serv Res*, 30(1, Part 2), 253-273.
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of medical care administration: Specifying requirements for health care*. Cambridge: Harvard University Press.
- Economou, A., Nikolaou, A. et Theodossiou, I. (2008). Socioeconomic status and health-care utilization: A study of the effects of low income, unemployment and hours of work on the demand for health care in the European Union. *Health Services Management Research*, 21(1), 40-59. doi: 10.1258/hsmr.2007.007013
- Elliott, M. N., Lehrman, W. G., Goldstein, E., Hambarsoomian, K., Beckett, M. K. et Giordano, L. A. (2010). Do hospitals rank differently on HCAHPS for different patient subgroups? *Med Care Res Rev*, 67(1), 56-73. doi: 10.1177/1077558709339066
- Glazier, R., Tepper, J., Agha, M., Moineddin, R. et Institute for Clinical Evaluative Sciences. (2006). Primary care in disadvantaged populations. In: Primary care in Ontario: ICES Atlas. Repéré à [http://www.jcb.utoronto.ca/people/publications/PC\\_atlas\\_complete.pdf](http://www.jcb.utoronto.ca/people/publications/PC_atlas_complete.pdf)
- Grabovschi, C., Loignon, C. et Fortin, M. (2013). Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 13, 94-94. doi: 10.1186/1472-6963-13-94

- Grady, C. (2009). Vulnerability in Research: Individuals with Limited Financial and/or Social Resources. *Journal of Law, Medicine & Ethics, Vulnerability in Biomedical Research, Spring 2009*, 19-27.
- Haidar, O. M., Lamarche, P. A., Levesque, J.-F. et Pampalon, R. (2018). The Influence of Individuals' Vulnerabilities and Their Interactions on the Assessment of a Primary Care Experience. *International Journal of Health Services*, 48(4), 798-819. doi: 10.1177/0020731418768186
- Hamel, M., Pineault, R., Levesque, J. F., Roberge, D., Lozier-Sergerie, A., Simard, B., . . . Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoine. (2007). L'organisation des services de santé de première ligne : portrait des services médicaux de première ligne à Montréal et en Montérégie. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/726-OrganisationServices.pdf>
- Hiotis, K., Ye, W., Sposto, R., Goldberg, J., Mukhi, V. et Skinner, K. (2005). The importance of location in determining breast conservation rates. *The American Journal of Surgery*, 190(1), 18-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2004.12.002>
- Houle, C., Sanmartin, C., Berthelot, J. M., Tremblay, S. et Statistique Canada. (2002). Rapports sur la santé - Besoins non satisfaits de soins de santé : évolution. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2001003/article/6101-fra.pdf>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2009). Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada. Repéré à [https://secure.cihi.ca/free\\_products/cse\\_phc\\_aib\\_fr.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/cse_phc_aib_fr.pdf)
- Kontopantelis, E., Roland, M. et Reeves, D. (2010). Patient experience of access to primary care: Identification of predictors in a national patient survey *BMC Family Practice*, 11, 61. doi: 10.1186/1471-2296-11-61
- Lamarche, P., Beaulieu, M.-D., Pineault, R., Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Haggerty, J., . . . Santé Canada. (2003). Sur la voie du changement : pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada. Repéré à [http://www.getoss.enap.ca/GETOSS/Publications/Lists/Publications/Attachments/420/Sur\\_la\\_voie\\_2003.pdf](http://www.getoss.enap.ca/GETOSS/Publications/Lists/Publications/Attachments/420/Sur_la_voie_2003.pdf)
- Lamarche, P. et Maillet, L. (2016). The performance of primary health care organizations depends on interdependences with the local environment. *Journal of Health Organization and Management*, 30(6), 836-854. doi: 10.1108/jhom-09-2015-0150
- Lamarche, P., Pineault, R., Gauthier, J., Hamel, M., Haggerty, J. et Levesque, J.-F. (2010). [Does the organization of primary health care vary according to geographical settings?]. Communication personnelle.

- Lamarche, P., Pineault, R., Haggerty, J., Gauthier, J., Hamel, M. et Levesque, J.-F. (2012). [Une explication du paradoxe rural-urbain : L'organisation des services de santé de première ligne ?]. Communication personnelle.
- Leduc, N. (2007). *Notes de cours. Méthodologie de la recherche -ASA 6177*. Université de Montréal, Département d'administration de la santé
- Levesque, J. F., Pineault, R., Hamel, M., Roberge, D., Kapetanakis, C., Simard, B., . . . Centre de recherche de l'hôpital LeMoyne. (2007). Les besoins non comblés de services médicaux : un reflet de l'accessibilité des services de première ligne. Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/709\\_cahier\\_thematique\\_bnc.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/709_cahier_thematique_bnc.pdf)
- Levesque, J. F., Pineault, R., Kapetanakis, C., Hamel, M., Roberge, D., Robert, L. et Simard, B. (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., Simard, B., Roberge, D., Hamel, M., Kapetanakis, C., . . . Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoyne. (2007). L'expérience de soins de la population : portrait des variations intra-régionales à Montréal et en Montérégie. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/628-ExperienceDeSoinsDeLaPopulation-Resume.pdf>
- Loeb, D. F., Binswanger, I. A., Candrian, C. et Bayliss, E. A. (2015). Primary care physician insights into a typology of the complex patient in primary care. *Ann Fam Med*, 13(5), 451-455. doi: 10.1370/afm.1840
- Lyratzopoulos, G., Elliott, M., Barbieri, J. M., Henderson, A., Staetsky, L., Paddison, C., . . . Roland, M. (2012). Understanding ethnic and other socio-demographic differences in patient experience of primary care: evidence from the English General Practice Patient Survey. *BMJ Qual Saf*, 21(1), 21-29. doi: 10.1136/bmjqs-2011-000088
- Macintyre, S., Ellaway, A. et Cummins, S. (2002). Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social Science & Medicine*, 55(1), 125-139.
- Macintyre, S. et Ellaway, S. (2000). Ecological Approaches: Rediscovering the Role of the Physical and Social Environment. In: Berkman LF, Kawachi I, editors. *Social epidemiology*. New York (NY): Oxford University Press; 2000. p. 332-48. (*Social Epidemiology* (p. 332-348): Oxford, University Press.
- Matthews, A. M. (1988). Variations in the conceptualization and measurement of rurality: Conflicting findings on the elderly widowed. *Journal of Rural Studies*, 4(2), 141-150.

- Mechanic, D. et Tanner, J. (2007). Vulnerable people, groups, and populations: Societal View. *Health Aff (Millwood)*, 26(5), 1220-1230. doi: 10.1377/hlthaff.26.5.1220
- Mobley, L., May Kuo, T.-M., Driscoll, D., Clayton, L. et Anselin, L. (2008). *Heterogeneity in mammography use across the nation: Separating evidence of disparities from the disproportionate effects of geography*.
- 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. *Canadian Family Physician Médecin De Famille Canadien*, 60(1), e24-e31.
- Nyamathi, A. (1998). Vulnerable populations: a continuing nursing focus. *Nurs Res*, 47(2), 65-66.
- Organisation mondiale de la Santé (2008). *Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*. Genève, Suisse: OMS.
- Pampalon, R., Hamel, D., Gamache, P. et Raymond, G. (2009). Un indice de défavorisation pour la planification de la santé au Canada. *Maladies chroniques au Canada*, 29(4), 199-213.
- Penchansky, R. et Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140.
- Pineault, R. et Daveluy, C. (1996). *La planification de la santé : concepts, méthodes et stratégies*. Montréal, Québec: Éditions Nouvelles.
- Pineault, R., Levesque, J. F., Roberge, D., Hamel, M., Lamarche, P., Haggerty, J., . . . Centre de recherche Hôpital Charles LeMoyné. (2008). L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec : rapport de recherche. Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/777\\_ServicesPremLignes.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/777_ServicesPremLignes.pdf)
- Price, R. A., Haviland, A. M., Hambarsoomian, K., Dembosky, J. W., Gaillot, S., Weech-Maldonado, R., . . . Elliott, M. N. (2015). Do experiences with Medicare managed care vary according to the proportion of same-race/ethnicity/language individuals enrolled in one's contract? *Health Services Research*, 50(5), 1649-1687. doi: 10.1111/1475-6773.12292
- Purdy, I. B. (2004). Vulnerable: A concept analysis. *Nurs Forum*, 39(4), 25-33.
- Quesnel-Vallée, A., Luchenski, S. et Lynch, J. (2008). Differences between women's and men's socioeconomic inequalities in health: longitudinal analysis of the canadian population, 1994-2003 *J Epidemiol Community Health*, 62(12), 1036-1044. doi: 10.1136/jech.2007.068908

- Reid, R. J., Mckendry, R., Haggerty, J. et Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2002). Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins : rapport final. Repéré à [http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr\\_contcare\\_f.pdf](http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_f.pdf)
- Roberge, D., Pineault, R., Hamel, D., Borgès Da Silva, R., Cazale, L., Lévesque, J.-F. et Ouellet, D. (2007). Rapport méthodologique de l'analyse des contextes *L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec*: Centre de recherche de l'hôpital Charles Lemoyne, agence de la santé et des services sociaux de Montréal-Direction de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 65-72.
- Rothman, K. J., Gallacher, J. E. J. et Hatch, E. E. (2013). Why representativeness should be avoided. *International Journal of Epidemiology*, 42(4), 1012-1014. doi: 10.1093/ije/dys223
- Shi, L. et Stevens, G. D. (2010). *Vulnerable populations in the United States*. (2<sup>e</sup> éd.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Starfield, B. (1998). *Primary care: Balancing health needs, services and technology*. New York, NY: Oxford University Press.
- Valderas, J. M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C. et Roland, M. (2009). Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med*, 7(4), 357-363. doi: 10.1370/afm.983
- Virnig, B. A., Scholle, S. H., Chou, A. F. et Shih, S. (2007). Efforts to reduce racial disparities in Medicare managed care must consider the disproportionate effects of geography. *American Journal of Managed Care*, 13(1), 51-56 56p.
- Vladeck, B. C. (2007). How useful is vulnerable as a concept ? *Health Aff (Millwood)*, 26(5), 1231-1234. doi: 10.1377/hlthaff.26.5.1231

## **ANNEXE : DISTRIBUTIONS ET TESTS DE CHI CARRÉ**

Tableau 1 : Distribution de la vulnérabilité sanitaire selon la source habituelle de soins et le contexte local (N=9 206)

Vulnérabilité Sanitaire	Source habituelle de soins							Total	P de Chi2
	Aucune	De première ligne					Autre que de la première ligne		
		Modèle Prestataire unique	Modèle Contact	Modèle Coordination	Modèle de coordination Intégré	Modèle Communautaire			
Vulnérabilité sanitaire selon la source habituelle de soins dans le contexte POURVU INDÉPENDANT									
Vulnérable	77 20,1 %	147 57,0 %	241 46,6 %	350 50,0 %	323 43,3 %	77 43,5 %	148 41,2 %	1363 43,3 %	0,000
Non vulnérable	307 79,9 %	111 43,0 %	276 53,4 %	350 50,0 %	423 56,7 %	100 56,5 %	211 58,8 %	1778 56,6 %	
Total	384 100,0 %	258 100,0 %	517 100,0 %	700 100,0 %	746 100,0 %	177 100,0 %	359 100,0 %	3141 100,0 %	
Vulnérabilité sanitaire selon la source habituelle de soins dans le contexte ÉQUILIBRÉ COORDONNÉ									
Vulnérable	32 14,9 %	89 57,8 %	0 0,0 %	9 60,0 %	455 50,1 %	38 46,3 %	52 31,7 %	675 43,9 %	0,000
Non vulnérable	183 85,1 %	65 42,2 %	0 0,0 %	6 40,0 %	454 49,9 %	44 53,7 %	112 68,3 %	864 56,1 %	
Total	215 100,0 %	154 100,0 %	0 0,0 %	15 100,0 %	909 100,0 %	82 100,0 %	164 100,0 %	1539 100,0 %	
Vulnérabilité sanitaire selon la source habituelle de soins dans le contexte DÉPOURVU DÉPENDANT									
Vulnérable	78 19,2 %	117 58,8 %	146 42,3 %	223 52,1 %	156 46,0 %	83 40,9 %	193 38,7 %	996 41,2 %	0,000
Non vulnérable	329 80,8 %	82 41,2 %	199 57,7 %	205 47,9 %	183 54,0 %	120 59,1 %	306 61,3 %	1424 58,8 %	
Total	407 100,0 %	199 100,0 %	345 100,0 %	428 100,0 %	339 100,0 %	203 100,0 %	499 100,0 %	2420 100,0 %	
Vulnérabilité sanitaire selon la source habituelle de soins dans le contexte AFFLUENT COMMERÇANT									
Vulnérable	59 22,2 %	98 42,1 %	159 38,3 %	170 45,9 %	141 40,4 %	77 40,3 %	106 37,6 %	810 38,5 %	0,000
Non vulnérable	207 77,8 %	135 57,9 %	256 61,7 %	200 54,1 %	208 59,6 %	114 59,7 %	176 62,4 %	1296 61,5 %	

Total	266 100,0 %	233 100,0 %	415 100,0 %	370 100,0 %	349 100,0 %	191 100,0 %	282 100,0 %	2106 100,0 %	
Total									
Vulnérable	246 19,3 %	451 53,4 %	456 49,7 %	752 49,7 %	1075 45,9 %	275 42,1 %	499 38,3 %	3844 41,8 %	0,000
Non vulnérable	1026 80,7 %	393 46,6 %	761 50,3 %	761 50,3 %	1268 54,1 %	378 57,9 %	805 61,7 %	5362 58,2 %	
Total	1272 100,0 %	844 100,0 %	1277 100,0 %	1513 100,0 %	2343 100,0 %	653 100,0 %	1304 100,0 %	9206 100,0 %	



Tableau 2 : Distribution de la vulnérabilité biologique selon la source habituelle de soins et le contexte local (N=9 206)

Vulnérabilité biologique	Source habituelle de soins							Total	P de Chi2
	Aucune	De première ligne					Autre que de la première ligne		
		Modèle Prestataire unique	Modèle Contact	Modèle Coordination	Modèle Intégré de coordination	Modèle Communautaire			
Vulnérabilité biologique selon la source habituelle de soins dans le contexte POURVU INDÉPENDANT									
Vulnérable	47 12,2 %	45 17,4 %	77 14,9 %	116 16,6 %	92 12,3 %	17 9,6 %	47 13,1 %	441 14,0 %	0,052
Non vulnérable	337 87,8 %	213 82,6 %	440 85,1 %	584 83,4 %	654 87,7 %	160 90,4 %	312 86,9 %	2700 86,0 %	
Total	384 100,0 %	258 100,0 %	517 100,0 %	700 100,0 %	746 100,0 %	177 100,0 %	359 100,0 %	3141 100,0 %	
Vulnérabilité biologique selon la source habituelle de soins dans le contexte ÉQUILIBRÉ COORDONNÉ									
Vulnérable	33 15,3 %	27 17,5 %	0 0,0 %	3 20,0 %	169 18,6 %	19 23,2 %	12 16,3 %	263 17,1 %	0,009
Non vulnérable	182 84,7 %	127 82,5 %	0 0,0 %	12 80,0 %	740 81,4 %	63 76,8 %	152 92,7 %	1276 82,9 %	
Total	215 100,0 %	154 100,0 %	0 0,0 %	15 100,0 %	909 100,0 %	82 100,0 %	164 100,0 %	1539 100,0 %	
Vulnérabilité biologique selon la source habituelle de soins dans le contexte DÉPOURVU DÉPENDANT									
Vulnérable	60 14,7 %	55 27,6 %	44 12,8 %	88 20,6 %	51 15,0 %	28 13,8 %	84 16,8 %	410 16,9 %	0,000
Non vulnérable	347 85,3 %	144 72,4 %	301 87,2 %	340 79,4 %	288 85,0 %	175 86,2 %	415 83,2 %	2010 83,1 %	
Total	407 100,0 %	199 100,0 %	345 100,0 %	428 100,0 %	339 100,0 %	203 100,0 %	499 100,0 %	2420 100,0 %	
Vulnérabilité biologique selon la source habituelle de soins dans le contexte AFFLUENT COMMERCANT									
Vulnérable	18 6,8 %	41 17,6 %	44 10,6 %	56 15,1 %	38 10,9 %	28 14,7 %	40 14,2 %	265 12,6 %	0,003
Non vulnérable	248 93,2 %	192 82,4 %	371 89,4 %	314 84,9 %	311 89,1 %	163 85,3 %	242 85,8 %	1841 87,4 %	

Total	266 100,0 %	233 100,0 %	415 100,0 %	370 100,0 %	349 100,0 %	191 100,0 %	282 100,0 %	2106 100,0 %	
Total									
Vulnérable	158 12,4 %	168 19,9 %	165 12,9 %	263 17,4 %	350 14,9 %	92 14,1 %	183 14,0 %	1379 15,0 %	0,000
Non vulnérable	1114 87,6 %	676 80,1 %	1112 87,1 %	1250 82,6 %	1993 85,1 %	561 85,9 %	1121 86,0 %	7827 85,0 %	
Total	1272 100,0 %	844 100,0 %	1277 100,0 %	1513 100,0 %	2343 100,0 %	653 100,0 %	1304 100,0 %	9206 100,0 %	

Tableau 3 : Distribution de la vulnérabilité matérielle selon la source habituelle de soins et le contexte local (N=9 206)

Vulnérabilité matérielle	Source habituelle de soins							Total	P de Chi2
	Aucune	De première ligne					Autre que de la première ligne		
		Modèle Prestataire unique	Modèle Contact	Modèle Coordination	Modèle Intégré de coordination	Modèle Communautaire			
Vulnérabilité matérielle selon la source habituelle de soins dans le contexte <b>POURVU INDÉPENDANT</b>									
Vulnérable	223 58,1 %	152 58,9 %	250 48,4 %	379 54,1 %	377 50,5 %	87 49,2 %	195 54,3 %	1663 52,9 %	0,016
Non vulnérable	161 41,9 %	106 41,1 %	267 51,6 %	321 45,9 %	369 49,5 %	90 50,8 5	164 45,7 %	1478 47,1 %	
Total	384 100,0 %	258 100,0 %	517 100,0 %	700 100,0 %	746 100,0 %	177 100,0 %	359 100,0 5	3141 100,0 %	
Vulnérabilité matérielle selon la source habituelle de soins dans le contexte <b>ÉQUILIBRÉ COORDONNÉ</b>									
Vulnérable	146 67,9 %	108 70,1 %	0 0,0 %	10 66,7 %	604 66,4 %	52 63,4 %	110 67,1 %	1030 66,9 %	0,929
Non vulnérable	69 32,1 %	46 29,9 %	0 0,0 %	5 33,3 %	305 33,6 %	30 36,6 %	54 32,9 %	509 33,1 %	
Total	215 100,0 %	154 100,0 %	0 0,0 %	15 100,0 %	909 100,0 %	82 100,0 %	164 100,0 %	1539 100,0 %	
Vulnérabilité matérielle selon la source habituelle de soins dans le contexte <b>DÉPOURVU DÉPENDANT</b>									
Vulnérable	225 55,3 %	111 55,8 %	163 47,2 %	208 48,6 %	156 46,0 %	93 45,8 %	256 51,3 %	1212 50,1 %	0,052
Non vulnérable	182 44,7 %	88 44,2 %	182 52,8 %	220 51,4 %	183 54,0 %	110 54,2 %	243 48,7 %	1208 49,9 %	
Total	407 100,0 %	199 100,0 %	345 100,0 %	428 100,0 %	339 100,0 %	203 100,0 %	499 100,0 %	2420 100,0 %	
Vulnérabilité matérielle selon la source habituelle de soins dans le contexte <b>AFFLUENT COMMERÇANT</b>									
Vulnérable	83 31,2 %	95 40,8 %	143 34,5 %	133 35,9 %	123 35,2 %	53 27,7 %	90 31,9 %	720 34,1 %	0,109
Non vulnérable	183 68,8 %	138 59,2 %	272 65,5 %	237 64,1 %	226 64,8 %	138 72,3 %	192 68,1 %	1386 65,8 %	
Total	266	233	415	370	349	191	282	2106	

	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	
Total									
Vulnérable	677 53,2 %	466 55,2 %	556 43,5 %	730 48,2 %	1260 53,8 %	285 43,6 %	651 49,9 %	4625 50,2 %	0,000
Non vulnérable	595 46,8 %	378 44,8 %	721 56,5 %	783 51,8 %	1083 46,2 %	368 56,4 %	653 50,1 %	4581 49,8 %	
Total	1272 100,0 %	844 100,0 %	1277 100,0 %	1513 100,0 %	2343 100,0 %	653 100,0 %	1304 100,0 %	9206 100,0 %	

Tableau 4 : Distribution de la vulnérabilité relationnelle des personnes selon la source habituelle de soins et le contexte local

Vulnérabilité relationnelle	Source habituelle de soins							Total	P de Chi2
	Aucune	De première ligne					Autre que de la première ligne		
		Modèle Prestataire unique	Modèle Contact	Modèle Coordination	Modèle Intégré de coordination	Modèle Communautaire			
Vulnérabilité relationnelle selon la source habituelle de soins dans le contexte <b>POURVU INDÉPENDANT</b>									
Vulnérable	206 53,6 %	166 64,3 %	290 56,1 %	404 57,7 %	394 52,8 %	96 54,2 %	206 57,4 %	1762 56,1 %	0,051
Non vulnérable	178 46,4 %	92 35,7 %	227 43,9 %	296 42,3 %	352 47,2 %	81 45,8 %	153 42,6 %	1379 43,9 %	
Total	384 100,0 %	258 100,0 %	517 100,0 %	700 100,0 %	746 100,0 %	177 100,0 %	359 100,0 %	3141 100,0 %	
Vulnérabilité relationnelle selon la source habituelle de soins dans le contexte <b>ÉQUILIBRÉ COORDONNÉ</b>									
Vulnérable	128 59,5 %	92 59,7 %	0 0,0 %	11 73,3 %	554 60,9 %	50 61,0 %	85 51,8 %	920 59,8 %	0,304
Non vulnérable	87 40,5 %	62 40,3 %	0 0,0 %	4 26,7 %	355 39,1 %	32 39,0 %	79 48,2 %	619 40,2 %	
Total	215 100,0 %	154 100,0 %	0 0,0 %	15 100,0 %	909 100,0 %	82 100,0 %	164 100,0 %	1539 100,0 %	
Vulnérabilité relationnelle selon la source habituelle de soins dans le contexte <b>DÉPOURVU DÉPENDANT</b>									
Vulnérable	259 63,6 %	123 61,8 %	181 52,5 %	272 63,6 %	216 63,7 %	123 60,6 %	334 66,9 %	1508 62,3 %	0,003
Non vulnérable	148 36,4 %	76 38,2 %	164 47,5 %	156 36,4 %	123 36,3 %	80 39,4 %	165 33,1 %	912 37,7 %	
Total	407 100,0 %	199 100,0 %	345 100,0 %	428 100,0 %	339 100,0 %	203 100,0 %	499 100,0 %	2420 100,0 %	
Vulnérabilité relationnelle selon source habituelle de soins dans le contexte <b>AFFLUENT COMMERCANT</b>									
Vulnérable	203 76,3 %	144 61,8 %	275 66,3 %	271 73,2 %	252 62,2 %	142 74,3 %	213 75,5 %	1500 71,2 %	0,001
Non vulnérable	63 23,7 %	89 38,2 %	140 33,7 %	99 26,8 %	97 27,8 %	49 25,7 %	69 24,5 %	606 28,8 %	
Total	266	233	415	370	349	191	282	2106	

	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	
Total									
Vulnérable	796 62,6 %	525 62,2 %	746 58,4 %	958 63,3 %	1416 60,4 %	411 62,9 %	838 64,3 %	5690 61,8 %	0,034
Non vulnérable	476 37,4 %	319 37,8 %	531 41,6 %	555 36,7 %	927 39,6 %	242 37,1 %	466 35,7 %	3516 38,2 %	
Total	1272 100,0 %	844 100,0 %	1277 100,0 %	1513 100,0 %	2343 100,0 %	653 100,0 %	1304 100,0 %	9206 100,0 %	

Tableau 5 : Distribution de la vulnérabilité culturelle selon la source habituelle de soins et le contexte local (N=9 206)

Vulnérabilité culturelle	Source habituelle de soins							% Total	P de Chi2
	Aucune	De première ligne					Autre que de la première ligne		
		Modèle Prestataire unique	Modèle Contact	Modèle Coordination	Modèle Intégré de coordination	Modèle Communautaire			
Vulnérabilité culturelle selon la source habituelle de soins dans le contexte POURVU INDÉPENDANT									
Vulnérable	37 9,6 %	18 7,0 %	53 10,3 %	54 7,7 %	44 5,9 %	14 7,9 %	35 9,7 %	255 8,1 %	0,083
Non vulnérable	347 90,4 %	240 93,0 %	464 89,7 %	646 92,3 %	702 94,1 %	163 92,1 %	324 90,3 %	2886 91,9 %	
Total	384 100,0 %	258 100,0 %	517 100,0 %	700 100,0 %	746 100,0 %	177 100,0 %	359 100,0 %	3141 100,0 %	
Vulnérabilité culturelle selon la source habituelle de soins dans le contexte ÉQUILIBRÉ COORDONNÉ									
Vulnérable	14 6,5 %	2 1,3 %	0 0,0 %	1 6,7 %	26 2,9 %	1 1,2 %	9 5,5 %	53 3,4 5	0,024
Non vulnérable	201 93,5 %	152 98,7 %	0 0,0 %	14 93,3 %	883 97,1 %	81 98,8 %	155 94,5 %	1486 96,6 %	
Total	215 100,0 %	154 100,0 %	0 0,0 %	15 100,0 %	909 100,0 %	82 100,0 %	164 100,0 %	1539 100,0 %	
Vulnérabilité culturelle selon la source habituelle de soins dans le contexte DÉPOURVU DÉPENDANT									
Vulnérable	140 34,4 %	50 25,1 %	121 35,1 %	114 26,6 %	79 23,3 %	53 26,1 %	126 25,3 %	683 28,2 %	0,001
Non vulnérable	267 65,6 %	149 74,9 %	224 64,9 %	314 73,4 %	260 76,7 %	150 73,9 %	373 74,7 %	1737 71,8 %	
Total	407 100,0 %	199 100,0 %	345 100,0 %	428 100,0 %	339 100,0 %	203 100,0 %	499 100,0 %	2420 100,0 %	
Vulnérabilité culturelle selon la source habituelle de soins dans le contexte AFFLUENT COMMERÇANT									
Vulnérable	98 36,8 %	83 35,6 %	119 28,7 %	81 21,9 %	68 19,5 %	62 32,5 %	78 27,7 %	589 28,0 %	0,000
Non vulnérable	168 63,2 %	150 64,4 %	296 71,3 %	289 78,1 %	281 80,5 %	129 67,5 %	204 72,3 %	1517 72,0 %	

Total	266 100,0 %	233 100,0 %	415 100,0 %	370 100,0 %	349 100,0 %	191 100,0 %	282 100,0 %	2106 100,0 %	
Total									
Vulnérable	289 22,7 %	153 18,1 %	293 22,9 %	250 16,5 %	217 9,3 %	130 19,9 %	248 19,0 %	1580 17,2 %	0,000
Non vulnérable	983 77,3 %	691 81,9 %	984 77,1 %	1263 83,5 %	2126 90,7 %	523 80,1 %	1056 81,0 %	7626 82,8 %	
Total	1272 100,0 %	844 100,0 %	1277 100,0 %	1513 100,0 %	2343 100,0 %	653 100,0 %	1304 100,0 %	9206 100,0 %	



Tableau 6 : Distribution du genre selon la source habituelle de soins et le contexte local (N=9 206)

Genre	Source habituelle de soins							% Total	P de Chi2
	Aucune	De première ligne					Autre que de la première ligne		
		Modèle Prestataire unique	Modèle Contact	Modèle Coordination	Modèle Intégré de coordination	Modèle Communautaire			
Sexe selon la source habituelle de soins dans le contexte <b>POURVU INDÉPENDANT</b>									
Femme	155 40,4 %	159 61,6 %	305 59,0 %	471 67,3 %	462 61,9 %	107 60,5 %	185 51,5 %	1844 58,7 %	0,000
Homme	229 59,6 %	99 38,4 %	212 41,0 %	229 32,7 %	284 38,1 %	70 39,5 %	174 48,5 %	1297 41,3 %	
Total	384 100,0 %	258 100,0 %	517 100,0 %	700 100,0 %	746 100,0 %	177 100,0 %	359 100,0 %	3141 100,0 %	
Sexe selon la source habituelle de soins dans le contexte <b>ÉQUILIBRÉ COORDONNÉ</b>									
Femme	78 36,3 %	93 60,4 %	0 0,0 %	7 46,7 %	584 64,2 %	59 72,0 %	64 39,0 %	885 57,5 %	0,000
Homme	137 63,7 %	61 39,6 %	0 0,0 %	8 53,3 %	325 35,8 %	23 28,0 %	100 61,0 %	654 42,5 %	
Total	215 100,0 %	154 100,0 %	0 0,0 %	15 100,0 %	909 100,0 %	82 100,0 %	164 100,0 %	1539 100,0 %	
Sexe selon la source habituelle de soins dans le contexte <b>DÉPOURVU DÉPENDANT</b>									
Femme	169 41,5 %	128 64,3 %	209 60,6 %	268 62,6 %	219 64,6 %	138 68,0 %	286 57,3 %	1417 58,6 %	0,000
Homme	238 58,5 %	71 35,7 %	136 39,4 %	160 37,4 %	120 35,4 %	65 32,0 %	213 42,7 %	1003 41,4 %	
Total	407 100,0 %	199 100,0 %	345 100,0 %	428 100,0 %	339 100,0 %	203 100,0 %	499 100,0 %	2420 100,0 %	
Sexe selon la source habituelle de soins dans le contexte <b>AFFLUENT COMMERÇANT</b>									
Femme	98 36,8 %	141 60,5 %	241 58,1 %	232 62,7 %	203 58,2 %	112 58,6 %	138 48,9 %	1165 55,3 %	0,000
Homme	168 63,2 %	92 39,5 %	174 41,9 %	138 37,3 %	146 41,8 %	79 41,4 %	144 51,1 %	941 44,7 %	

Total	266 100,0 %	233 100,0 %	415 100,0 %	370 100,0 %	349 100,0 %	191 100,0 %	282 100,0 %	2106 100,0 %	
% Total									
Femme	500 39,3 %	521 61,7 %	755 59,1 %	978 64,6 %	1468 62,7 %	416 63,7 %	673 51,6 %	5311 57,7 %	0,000
Homme	772 60,7 %	323 38,3 %	522 40,9 %	535 35,4 %	875 37,3 %	237 36,3 %	631 48,4 %	3895 42,3 %	
Total	1272 100,0 %	844 100,0 %	1277 100,0 %	1513 100,0 %	2343 100,0 %	653 100,0 %	1304 100,0 %	9206 100,0 %	

Tableau 7 : Distribution de la perception de l'état de santé selon la source habituelle de soins et le contexte local (N=9 206)

Perception de l'état de santé	Source habituelle de soins							Total	P de Chi2
	Aucune	De première ligne					Autre que de la première ligne		
		Modèle Prestataire unique	Modèle Contact	Modèle Coordination	Modèle Intégré de coordination	Modèle Communautaire			
Perception de l'état de santé selon la source habituelle de soins dans le contexte <b>POURVU INDÉPENDANT</b>									
Mauvaise/Moyenne	29 7,6 %	51 19,8 %	84 16,2 %	135 19,3 %	116 15,5 %	42 23,7 %	71 19,8 %	528 16,8 %	0,000
Bonne/Très bonne/Excellente	355 92,4 %	288 80,2 %	433 83,8 %	565 80,7 %	630 84,5 %	135 76,3 %	288 80,2 %	2613 83,2 %	
Total	384 100,0 %	258 100,0 %	517 100,0 %	700 100,0 %	746 100,0 %	177 100,0 %	359 100,0 %	3141 100,0 %	
Perception de l'état de santé selon la source habituelle de soins dans le contexte <b>ÉQUILIBRÉ COORDONNÉ</b>									
Mauvaise/Moyenne	15 7,0 %	25 16,2 %	0 0,0 %	3 20,0 %	176 19,4 %	13 15,9 %	20 12,2 %	252 16,4 %	0,001
Bonne/Très bonne/Excellente	200 93,0 %	129 83,8 %	0 0,0 %	12 80,0 %	733 80,6 %	69 4,1 %	144 87,8 %	1287 83,6 %	
Total	215 100,0 %	154 100,0 %	0 0,0 %	15 100,0 %	909 100,0 %	82 100,0 %	164 100,0 %	1539 100,0 %	
Perception de l'état de santé selon la source habituelle de soins dans le contexte <b>DÉPOURVU DÉPENDANT</b>									
Mauvaise/Moyenne	32 7,9 %	48 41,1 %	66 19,1 %	71 16,6 %	61 18,0 %	39 19,2 %	102 20,4 %	419 17,3 %	0,000
Bonne/Très bonne/Excellente	375 92,1 %	151 75,9 %	279 80,9 %	357 83,4 %	278 82,0 %	164 80,8 %	397 79,6 %	2001 82,7 %	
Total	407 100,0 %	199 100,0 %	345 100,0 %	428 100,0 %	339 100,0 %	203 100,0 %	499 100,0 %	2420 100,0 %	
Perception de l'état de santé selon la source habituelle de soins dans le contexte <b>AFFLUENT COMMERÇANT</b>									
Mauvaise/Moyenne	22 8,3 %	44 18,9 %	72 17,3 %	58 15,7 %	54 15,5 %	28 14,7 %	55 19,5 %	333 15,8 %	0,010
Bonne/Très bonne/Excellente	244 91,7 %	189 81,1 %	343 82,7 %	312 84,3 %	295 84,5 %	163 85,3 %	227 80,5 %	1773 84,2 %	

Total	266 100,0 %	233 100,0 %	415 100,0 %	370 100,0 %	349 100,0 %	191 100,0 %	282 100,0 %	2106 100,0 %	
Total									
Mauvaise/Moyenne	98 7,7 %	168 19,9 %	222 17,4 %	267 17,6 %	407 17,4 %	122 18,7 %	248 19,0 %	1532 16,6 %	0,000
Bonne/Très bonne/Excellente	1174 92,3 %	676 80,1 %	1055 82,6 %	1246 82,4 %	1936 82,6 %	531 81,3 %	1056 81,0 %	7674 83,4 %	
Total	1272 100,0 %	844 100,0 %	1277 100,0 %	1513 100,0 %	2343 100,0 %	653 100,0 %	1304 100,0 %	9206 100,0 %	

Tableau 8 : Distribution du statut d'emploi des personnes selon la source habituelle de soins et le contexte local (N=9 206)

Statut de l'emploi	Source habituelle de soins							Total	P de Chi2
	Aucune	De première ligne					Autre que de la première ligne		
		Modèle Prestataire unique	Modèle Contact	Modèle Coordination	Modèle Intégré de coordination	Modèle Communautaire			
Statut d'emploi selon la source habituelle de soins dans le contexte <b>POURVU INDÉPENDANT</b>									
Libre	91 23,7 %	90 34,9 %	146 28,2 %	245 35,0 %	199 26,7 %	49 27,7 %	107 29,8 %	927 29,5 %	0,001
Temps partiel/Temps plein	293 76,3 %	168 65,1 %	371 71,8 %	455 65,0 %	547 73,3 %	128 72,3 %	252 70,2 %	2214 70,5 %	
Total	384 100,0 %	258 100,0 %	517 100,0 %	700 100,0 %	746 100,0 %	177 100,0 %	359 100,0 %	3141 100,0 %	
Statut d'emploi selon la source habituelle de soins dans le contexte <b>ÉQUILIBRÉ COORDONNÉ</b>									
Libre	58 27,0 %	48 31,2 %	0 0,0 %	5 33,3 %	322 35,4 %	31 37,8 %	41 25,0 %	505 32,8 %	0,038
Temps partiel/Temps plein	157 73,0 %	106 68,8 %	0 0,0 %	10 66,7 %	587 64,6 %	51 62,2 %	123 75,0 %	1034 67,2 %	
Total	215 100,0 %	154 100,0 %	0 0,0 %	15 100,0 %	909 100,0 %	82 100,0 %	164 100,0 %	1539 100,0 %	
Statut d'emploi selon la source habituelle de soins dans le contexte <b>DÉPOURVU DÉPENDANT</b>									
Libre	113 27,8 %	81 40,7 %	99 28,7 %	147 34,3 %	98 28,9 %	70 34,5 %	151 30,3 %	759 31,4 %	0,016
Temps partiel/Temps plein	294 72,2 %	118 59,3 %	246 71,3 %	281 65,7 %	241 71,1 %	133 65,5 %	348 69,7 %	1661 68,6 %	
Total	407 100,0 %	199 100,0 %	345 100,0 %	428 100,0 %	339 100,0 %	203 100,0 %	499 100,0 %	2420 100,0 %	
Statut d'emploi selon la source habituelle de soins dans le contexte <b>AFFLUENT COMMERÇANT</b>									
Libre	38 14,3 %	74 31,8 %	90 21,7 %	103 27,8 %	90 25,8 %	54 28,3 %	63 22,3 %	512 24,3 %	0,000
Temps partiel/Temps plein	228 85,7 %	159 68,2 %	325 78,3 %	267 72,2 %	259 74,2 %	137 71,7 %	219 77,7 %	1594 75,7 %	

Total	266 100,0 %	233 100,0 %	415 100,0 %	370 100,0 %	349 100,0 %	191 100,0 %	282 100,0 %	2106 100,0 %	
Total									
Libre	300 23,6 %	293 34,7 %	335 26,2 %	500 33,0 %	709 30,3 %	204 31,2 %	362 27,8 %	2703 29,4 %	0,000
Temps partiel/Temps plein	972 76,4 %	551 65,3 %	942 73,8 %	1013 67,0 %	1634 69,7 %	449 68,8 %	942 72,2 %	6503 70,6 %	
Total	1272 100,0 %	844 100,0 %	1277 100,0 %	1513 100,0 %	2343 100,0 %	653 100,0 %	1304 100,0 %	9206 100,0 %	

Tableau 9 : Distribution de la perception de la situation financière selon la source habituelle de soins et le contexte local (N=9 206)

Perception de la situation financière	Source habituelle de soins							Total	P de Chi2
	Aucune	De première ligne					Autre que de la première ligne		
		Modèle Prestataire unique	Modèle Contact	Modèle Coordination	Modèle Intégré de coordination	Modèle Communautaire			
Perception de la situation financière selon la source habituelle de soins dans le contexte <b>POURVU INDÉPENDANT</b>									
Pauvre/Très pauvre	57 14,8 %	39 15,1 %	64 13,4 %	94 13,4 %	87 11,7 %	24 13,6 %	54 15,0 %	419 13,3 %	0,597
Suffisant/Aisé	327 85,2 %	219 84,9 %	453 87,6 %	606 86,6 %	659 88,3 %	153 86,4 %	305 85,0 %	2722 86,7 %	
Total	384 100,0 %	258 100,0 %	517 100,0 %	700 100,0 %	746 100,0 %	177 100,0 %	359 100,0 %	3141 100,0 %	
Perception de la situation financière selon la source habituelle de soins dans le contexte <b>ÉQUILIBRÉ COORDONNÉ</b>									
Pauvre/Très pauvre	38 17,7 %	21 13,6 %	0 0,0 %	2 13,3 %	151 16,6 %	11 13,4 %	27 16,5 %	250 16,2 %	0,881
Suffisant/Aisé	177 82,3 %	133 86,4 %	0 0,0 %	13 86,7 %	758 83,4 %	71 86,6 %	137 83,5 %	1289 83,8 %	
Total	215 100,0 %	154 100,0 %	0 0,0 %	15 100,0 %	909 100,0 %	82 100,0 %	164 100,0 %	1539 100,0 %	
Perception de la situation financière selon la source habituelle de soins dans le contexte <b>DÉPOURVU DÉPENDANT</b>									
Pauvre/Très pauvre	70 17,2 %	109 21,8 %	63 18,3 %	77 18,0 %	62 18,3 %	42 20,7 %	109 21,8 %	464 19,2 %	0,593
Suffisant/Aisé	337 82,8 %	390 78,2 %	282 81,7 %	351 82,0 %	277 81,7 %	161 79,3 %	390 78,2 %	1956 80,8 %	
Total	407 100,0 %	199 100,0 %	345 100,0 %	428 100,0 %	339 100,0 %	203 100,0 %	499 100,0 %	2420 100,0 %	
Perception de la situation financière selon la source habituelle de soins dans le contexte <b>AFFLUENT COMMERCANT</b>									
Pauvre/Très pauvre	54 20,3 %	50 17,7 %	78 18,8 %	66 17,8 %	57 16,3 %	43 22,5 %	50 17,7 %	398 18,9 %	0,545
Suffisant/Aisé	212 79,7 %	183 78,5 %	337 81,2 %	304 82,2 %	292 83,7 %	148 77,5 %	232 82,3 %	1708 81,1 %	

Total	266 100,0 %	233 100,0 %	415 100,0 5	370 100,0 %	349 100,0 %	191 100,0 %	282 100,0 %	2106 100,0 %	
Total									
Pauvre/Très pauvre	219 17,2 %	151 17,9 %	205 16,1 %	239 15,8 %	357 15,2 %	120 18,4 %	240 18,4 %	1531 16,6 %	0,123
Suffisant/Aisé	1053 82,8 %	693 82,1 %	1072 83,9 %	1274 84,2 %	1986 84,8 %	533 81,6 %	1064 81,6 %	7675 83,4 %	
Total	1272 100,0 %	844 100,0 %	1277 100,0 %	1513 100,0 %	2343 100,0 %	653 100,0 %	1304 100,0 %	9206 100,0 %	



Tableau 10 : Distribution de la langue parlée à la maison selon la source habituelle de soins et le contexte local (N=9 206)

Langue parlée à la maison	Source habituelle de soins							Total	P de Chi2
	Aucune	De première ligne					Autre que de la première ligne		
		Modèle Prestataire unique	Modèle Contact	Modèle Coordination	Modèle Intégré de coordination	Modèle Communautaire			
Langue parlée à la maison selon la source habituelle de soins dans le contexte POURVU INDÉPENDANT									
Autre	18 4,7 %	4 1,6 %	19 3,7 %	25 3,6 %	10 1,3 %	4 2,3 %	12 3,3 5	92 2,9 %	0,020
Français ou anglais	366 95,3 %	254 98,4 %	498 96,3 %	675 96,4 %	736 98,7 %	173 97,7 %	347 96,7 %	3049 97,1 %	
Total	384 100,0 %	258 100,0 %	517 100,0 %	700 100,0 %	746 100,0 %	177 100,0 %	359 100,0 %	3141 100,0 %	
Langue parlée à la maison selon la source habituelle de soins dans le contexte ÉQUILIBRÉ COORDONNÉ									
Autre	2 0,9 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	2 1,2 %	4 0,3 %	0,028
Français ou anglais	213 99,1 %	154 100,0 %	0 0,0 %	15 100,0 %	909 100,0 %	82 100,0 %	162 98,8 %	1535 99,7 %	
Total	215 100,0 %	154 100,0 %	0 0,0 %	15 100,0 %	909 100,0 %	82 100,0 %	164 100,0 %	1539 100,0 %	
Langue parlée à la maison selon la source habituelle de soins dans le contexte DÉPOURVU DÉPENDANT									
Autre	82 20,1 %	29 14,6 %	65 18,8 %	53 12,4 %	37 10,9 %	19 9,4 %	69 13,8 %	354 14,6 %	0,000
Français ou anglais	325 79,9 %	170 85,4 %	280 81,2 %	375 87,6 %	302 89,1 %	184 90,6 %	430 86,2 %	2066 85,4 %	
Total	407 100,0 %	199 100,0 %	345 100,0 %	428 100,0 %	339 100,0 5	203 100,0 %	499 100,0 %	2420 100,0 %	
Langue parlée à la maison selon la source habituelle de soins dans le contexte AFFLUENT COMMERCANT									
Autre	38 14,3 %	44 18,9 %	56 13,5 %	34 9,2 %	30 8,6 %	28 14,7 %	33 11,7 %	263 12,5 %	0,004
Français ou anglais	228 85,7 %	189 81,1 %	359 86,5 %	336 90,8 %	319 91,4 %	163 85,3 5	249 88,3 %	1843 87,5 %	

Total	266 100,0 %	233 100,0 %	415 100,0 5	370 100,0 5	349 100,0 5	191 100,0 %	282 100,0 %	2106 100,0 %	
Total									
Autre	140 11,0 %	77 9,1 5	140 11,0 %	112 7,4 %	77 3,3 %	51 7,8 %	116 8,9 %	713 7,7 %	0,000
Français ou anglais	1132 89,0 %	767 90,9 %	1137 89,0 %	1401 92,6 %	2266 96,7 %	602 92,2 %	1188 91,1 %	8493 92,3 %	
Total	1272 100,0 %	844 100,0 %	1277 100,0 %	1513 100,0 %	2343 100,0 %	653 100,0 %	1304 100,0 %	9206 100,0 %	

## **CHAPITRE 5 DISCUSSION GÉNÉRALE**

Tout d'abord, nous présentons dans ce chapitre une synthèse des résultats obtenus. Dans cette discussion, nous nous centrons principalement sur les relations touchant les personnes vulnérables. Il faut garder à l'esprit que les personnes non vulnérables, les personnes affiliées au modèle professionnel de coordination intégré et celles affiliées au contexte équilibré-coordonné, selon les analyses, constituent toujours notre groupe de référence. Dans une deuxième section, nous mettons en exergue les différentes contributions à l'avancement des connaissances. Dans la troisième section, nous discutons des éléments de la validité de l'étude. Les limites, les forces et les enjeux sont l'objet de la section suivante.

### **5.1 Synthèse des résultats**

Cette thèse a pour but d'examiner l'influence des vulnérabilités des personnes sur leur appréciation de leur expérience de soins de première ligne compte tenu des sources habituelles de soins utilisées et des contextes locaux au sein desquels les soins sont obtenus, et cela, dans le contexte d'un système universel de soins. Plus précisément, cette recherche vise quatre objectifs principaux. Ces objectifs sont décrits comme suit :

Premier article : examiner la relation entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins de première ligne dans le contexte d'un système universel de soins ;

Deuxième article : examiner la relation entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins de première ligne compte tenu des sources habituelles de soins ;

Troisième article : examiner la relation entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins de première ligne compte tenu des contextes locaux ;

Quatrième article : examiner la relation entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins de première ligne compte tenu des sources habituelles de soins et des contextes locaux.

Le premier article s'est intéressé à examiner l'influence des vulnérabilités sanitaire, biologique, matérielle, relationnelle et culturelle des personnes sur leur appréciation de l'expérience de soins de première ligne. Cet article montre l'existence d'une association en général positive entre la vulnérabilité et l'appréciation de l'expérience de soins dans le contexte d'un système universel de soins. Les personnes atteintes d'une maladie chronique, les personnes âgées, les personnes avec un faible niveau d'éducation et les personnes vivant seules expriment souvent une appréciation positive de leur expérience de soins de première ligne. Ce sont surtout les personnes avec un faible niveau d'éducation qui apprécient positivement presque tous les aspects de leur expérience de soins. L'article montre aussi que l'influence d'une vulnérabilité sur l'appréciation de l'expérience de soins est modifiée par les autres vulnérabilités présentes chez la personne. Plus spécifiquement, l'effet positif de la vulnérabilité sur l'appréciation de l'expérience de soins s'accroît souvent en présence d'une deuxième vulnérabilité, surtout la vulnérabilité sanitaire. Lorsqu'une personne immigrante est atteinte d'une maladie chronique, son appréciation de l'expérience de soins devient positive comparée à une personne non immigrante. La continuité d'affiliation est la composante de l'expérience de soins la plus appréciée positivement par les personnes vulnérables ayant une maladie chronique

Cet article permet une compréhension plus fine de l'influence des vulnérabilités sur l'appréciation de l'expérience de soins des personnes qui va au-delà de l'influence indépendante ou séparée de leurs multiples vulnérabilités. Il met aussi en évidence un effet modérateur de la présence d'une maladie, la vulnérabilité sanitaire, sur les inégalités culturelles en appréciation de l'expérience de soins, ce qui est rassurant. Ainsi, l'un des principaux messages est que l'utilisateur doit être circonscrit par l'ensemble de ses caractéristiques et leur interaction pour une meilleure analyse de l'appréciation de son expérience de soins.

Le second article renseigne sur l'interrelation existante entre les vulnérabilités des personnes et leur source habituelle de soins pour influencer l'appréciation de l'expérience de

soins. Cet article considère trois situations particulières de source habituelle de soins : 1) n'avoir aucune source habituelle de soins; 2) avoir une source habituelle de soins de première ligne représentée par l'un ou l'autre des cinq modèles organisationnels des services (quatre modèles de type professionnel : à prestataire unique, de contact, de coordination et de coordination intégré, et un modèle de type communautaire); et finalement 3) avoir une source habituelle de soins autre que la première ligne. Les modèles professionnels sont associés à des cliniques privées qui fonctionnent avec un médecin (pratique solo) ou plusieurs médecins (pratique de groupe). Le modèle communautaire est associé à des cliniques publiques qui fonctionnent avec des groupes de médecin. Cet article montre que les personnes vulnérables peuvent avoir une appréciation différente de leur expérience de soins dépendamment de la source habituelle de soins utilisée. Les personnes vulnérables sur le plan matériel et relationnel rapportent une appréciation positive plus fréquente de leur expérience de soins lorsqu'elles utilisent une source habituelle de soins de première ligne. Le modèle professionnel de prestataire unique est celui qui est associé le plus fréquemment au renforcement d'une telle appréciation. Le modèle professionnel de contact est celui qui y est le moins fréquemment. Toutefois, les personnes vulnérables sanitaires qui n'ont aucune source habituelle de soins ou ont une source habituelle de soins autre que de première ligne ont une appréciation positive moins fréquente de leur expérience de soins. L'article montre aussi que c'est au plus grand nombre de personnes vulnérables matériellement et relationnellement que l'effet modérateur des sources habituelles de soins procure une appréciation positive de l'expérience de soins. Les pourcentages des personnes vulnérables sont souvent plus élevés dans les sources habituelles de soins associées à des appréciations positives plus fréquentes de l'expérience de soins des personnes vulnérables.

Dans les pays nord-américains et européens, les dernières réformes en organisation des services de première ligne semblent favoriser la pratique de groupe. Comme l'étude de Pineault et al. (2008), cet article met en évidence la supériorité de la pratique solo en termes d'expérience de soins (le prestataire unique) par rapport à la pratique en groupe (les quatre autres modèles de première ligne). Elle met également en évidence la faiblesse du modèle de contact (le seul modèle associé à une modalité de pratique sans rendez-vous). Mais notre étude va plus loin que l'étude de Pineault, en intégrant les vulnérabilités des personnes dans l'analyse de l'influence

des sources habituelles de soins sur l'appréciation de l'expérience de soins. Elle ajoute le fait que la clientèle vulnérable apprécie mieux la pratique solo que la pratique en groupe. Ainsi, une question se pose : existe-t-il un écart entre la clientèle vulnérable et le développement actuel en organisation des services de première ligne?

Le troisième article, pour sa part, examine l'effet modérateur du contexte local sur la relation entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins. L'article considère quatre situations de contextes locaux : l'affluent-commerçant, le dépourvu-dépendant, le pourvu-indépendant et l'équilibré-coordonné. L'équilibré coordonné est le seul contexte caractérisé par un niveau équilibré des ressources et une collaboration élevée entre les établissements de santé sur place. Les autres contextes n'ont pas ce niveau de collaboration entre les établissements de santé, mais un niveau variable de ressources. L'affluent-commerçant se caractérise par une abondance des ressources. Alors que les ressources sont faibles dans le dépourvu-dépendant, elles sont élevées dans le pourvu-indépendant. Les résultats montrent que le contexte local vient modifier l'effet de toutes les vulnérabilités des personnes sur l'appréciation de l'expérience de soins, à l'exception de la vulnérabilité culturelle. Le contexte local est associé en général à une appréciation positive plus fréquente de l'expérience de soins des personnes vulnérables. Le contexte équilibré-coordonné est celui qui est associé le plus fréquemment au renforcement de cette appréciation. Les contextes pourvu-indépendant et affluent-commerçant y sont les moins fréquemment associés. Les résultats montrent également que l'effet modérateur du contexte local contribue à accroître la proportion des personnes vulnérables qui ont une appréciation positive de leur expérience de soins. Les pourcentages des personnes vulnérables sont souvent plus élevés dans les contextes locaux associés à des appréciations positives plus fréquentes de l'expérience de soins des personnes vulnérables.

Les contextes locaux caractérisés par un niveau moyen de ressources et une collaboration élevée entre les ressources sont donc susceptibles de mener à une amélioration de l'appréciation de l'expérience de soins de la clientèle vulnérable. C'est le cas du contexte équilibré-coordonné. L'étude de Pineault (2008) fait le même constat, mais elle a omis de tenir compte des vulnérabilités des personnes.

Dans le quatrième article, les vulnérabilités des personnes sont mises en relation avec l'appréciation de l'expérience de soins en tenant compte des sources habituelles de soins et des contextes locaux. Il en ressort que la source habituelle de soins à elle seule ne permet pas de comprendre l'influence des vulnérabilités sur l'appréciation de l'expérience de soins. Toutefois, lorsqu'elle interagit avec le contexte local, des associations vulnérabilités/sources habituelles de soins/contextes locaux/appréciation de l'expérience de soins apparaissent. L'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local modifie l'influence des vulnérabilités relationnelle et culturelle sur l'appréciation de l'expérience de soins. Les personnes vulnérables relationnellement ont une appréciation positive plus fréquente de leur expérience de soins lorsqu'elles utilisent une source habituelle de soins de première ligne du type professionnel de prestataire unique dans les contextes pourvu-indépendant et équilibré-coordonné. C'est aussi le cas lorsqu'elles utilisent les types professionnels de coordination et de coordination intégré dans le contexte pourvu-indépendant.

L'appréciation des personnes vulnérables culturellement de leur expérience de soins diffère selon la source habituelle de soins de première ligne et le contexte local. Elles ont une appréciation positive plus fréquente de leur expérience de soins, notamment en ce qui a trait à la continuité d'affiliation, lorsqu'elles utilisent une source habituelle de soins de première ligne du type professionnel de prestataire unique, et ce, dans les contextes pourvu-indépendant et dépourvu-dépendant. Elles ont aussi moins des besoins non comblés, et ce, lorsqu'elles sont sans aucune source habituelle de soins dans le contexte dépourvu-dépendant. Les personnes vulnérables culturellement ont, en revanche, une appréciation positive moins fréquente de la continuité d'affiliation lorsqu'elles utilisent le type professionnel de coordination intégré et le type communautaire comme source habituelle de soins de première ligne dans le contexte dépourvu-dépendant. Elles ont la même appréciation lorsqu'elles utilisent les types professionnels de contact et de coordination intégré dans le contexte affluent-commerçant.

Cet article montre aussi que l'effet modérateur de l'interaction entre la source habituelle et le contexte local procure une appréciation positive de l'expérience de soins au plus grand nombre de personnes vulnérables relationnellement. Inversement, c'est au plus petit nombre de

personnes vulnérables culturellement que cet effet procure une appréciation positive de l'expérience de soins.

La recherche dans différents contextes indique constamment des inégalités culturelles en appréciation de l'expérience de soins en fonction des sources habituelles de soins et des contextes locaux. Ces résultats peuvent être biaisés. L'originalité de cette étude est qu'elle va plus loin en intégrant l'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local sur l'influence des vulnérabilités sur l'appréciation de l'expérience de soins. Il en ressort de cette interaction que les inégalités culturelles peuvent être évitables dans le contexte d'un système universel de soins. Dans certains contextes locaux, certains modèles organisationnels de première ligne viennent renforcer les faibles appréciations positives de l'expérience de soins chez les personnes vulnérables culturellement.

L'ensemble de ces résultats donne un portrait plus complet des variations dans l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne en fonction de leurs vulnérabilités, ainsi que du lien entre cette relation et les sources habituelles de soins et contextes locaux. Il nous permet de conclure que les personnes vulnérables ont la possibilité dans le contexte d'un système de soins universel de soins d'avoir une appréciation positive plus fréquente de leur expérience de soins comparées aux personnes non vulnérables (article 1). En plus, il serait important de relier les sources habituelles de soins (article 2) et les contextes locaux (article 3) et leur interaction (article 4) à cette relation.

Dans la littérature sur l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne, il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude qui ait analysé simultanément les trois déterminants de l'appréciation de l'expérience de soins. Dans ce qui suit, nous revenons sur certaines conclusions importantes.

*L'expérience de soins de première ligne telle que perçue par les personnes vulnérables culturellement*

Effectivement, les associations entre les vulnérabilités, les sources habituelles de soins et les contextes locaux jouent différemment sur l'appréciation des personnes vulnérables



culturellement de leur expérience de soins. Leur appréciation ne peut pas être modifiée que par la vulnérabilité sanitaire (article 1) et l'interaction entre la source habituelle et le contexte local (article 4). Cette interaction joue de façon différente sur leur appréciation de leur expérience de soins. Ces personnes sont effectivement beaucoup plus présentes dans certains contextes locaux que dans d'autres. C'est vraiment dans les contextes dépourvu-dépendant et affluent-commerçant qu'elles sont les plus nombreuses. Or, c'est dans ces deux contextes que des sources habituelles de soins de première ligne, les professionnels de contact et de coordination intégré et le communautaire, ne produisent pas les mêmes appréciations fréquemment positives de l'expérience de soins des personnes vulnérables. Au contraire, elles procurent des appréciations moins fréquemment positives particulièrement aux personnes vulnérables culturellement. Une seule source habituelle de soins de première ligne, le professionnel de prestataire unique, procure cette appréciation positive plus fréquente aux personnes vulnérables culturellement, et ce, dans deux contextes : le pourvu-indépendant et le dépourvu-dépendant. Mais les pourcentages des personnes vulnérables culturellement ne sont pas plus élevés dans les sources habituelles de soins et contextes locaux associés à des appréciations positives plus fréquentes de leur expérience de soins. En revanche, ils le sont là où les sources habituelles de soins et contextes locaux sont associés à des appréciations positives moins fréquentes. Il paraît donc, à la fin, logique que les personnes vulnérables sur le plan culturel aient des appréciations positives moins fréquentes de leur expérience de soins alors que les autres groupes vulnérables aient des appréciations positives plus fréquentes.

L'interaction des vulnérabilités, sources habituelles de soins et contextes locaux est donc un facteur déterminant dans la compréhension des variations de l'expérience de soins des groupes vulnérables. L'omission de la prise en compte de cette interaction contribue, au moins en partie, aux relations variables et non constantes relevées dans la revue de la littérature entre les vulnérabilités des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins dans des pays dont le système de soins est universel (Akhavan et Tillgren, 2015; Campbell et al., 2001; Kontopantelis et al., 2010; Lyratzopoulos et al., 2012; Mead et Roland, 2009; Solheim et Garratt, 2013).

*La continuité d'affiliation et les besoins non comblés : deux aspects problématiques de l'expérience de soins des personnes vulnérables*

C'est particulièrement la continuité d'affiliation qui semble être l'aspect de l'expérience de soins le plus problématique chez la clientèle culturelle compte tenu de la source habituelle de soins et du contexte local de soins. C'est la seule composante de l'expérience de soins qui interagit deux fois avec la vulnérabilité culturelle. La première fois c'est avec la vulnérabilité sanitaire (article 1). Les personnes vulnérables culturellement ont une appréciation positive plus fréquente de plusieurs composantes de leur expérience de soins lorsqu'elles sont aussi vulnérables sanitaire : les besoins non comblés, la continuité d'affiliation et la continuité d'information. La deuxième fois c'est avec l'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local (article 4). Ces personnes ont plus de chance d'exprimer une appréciation positive de la continuité d'affiliation lorsqu'elles utilisent le modèle professionnel de prestataire unique dans les contextes qualifiés de pourvu-indépendant et dépourvu-dépendant. Cependant, elles ont moins de chance d'exprimer cette appréciation positive de cette continuité d'affiliation lorsqu'elles utilisent le modèle professionnel de coordination intégré et le modèle communautaire dans le contexte dépourvu-dépendant et les modèles professionnels de contact et de coordination intégrée dans le contexte affluent-commerçant. Toutefois, les articles 2 et 3 font ressortir que cet aspect de l'expérience de soins est plus fréquemment positivement apprécié par les personnes vulnérables, quelle que soit la source habituelle de soins (chez les personnes vulnérables sur le plan relationnel) (article 2) et quel que soit le contexte local (chez les personnes vulnérables sur les plans sanitaire et relationnel) (article 3).

La littérature nous indique que la prestation des services varie selon le mode de pratique (Borgès Da Silva, 2010). Il est ainsi démontré que les médecins de pratique solo (prestataire unique) offrent une continuité d'affiliation légèrement plus élevée que la moyenne. Les médecins de la pratique en groupe offrent un plus haut niveau d'accessibilité et de globalité (Borgès Da Silva, 2010). Nos résultats soutiennent alors l'idée que, dans les contextes dépourvu-dépendant et affluent-commerçant où se trouvent les pourcentages les plus élevés de cette clientèle culturelle, le modèle professionnel de coordination intégré et le modèle communautaire doivent

mettre moins d'accent sur l'accessibilité aux soins pour satisfaire les besoins de sa clientèle culturelle, alors que le problème est davantage la continuité d'affiliation avec la source habituelle de soins de première ligne de cette clientèle. En effet, les personnes vulnérables culturellement qui n'ont pas une source habituelle de soins et qui résident dans le contexte de faibles ressources sanitaires, le dépourvu-dépendant, sont les seules à déclarer moins fréquemment avoir des besoins non comblés en services. Cela ne soutient pas l'idée selon laquelle les personnes vulnérables culturellement ont un accès moins bon aux soins que le reste de la population (Setia et al., 2011), ce qui est rassurant. Pour Akhavan et Tillgren (2015), un système de soins plus équitable pour toute la population signifie une meilleure accessibilité aux soins, mais aussi une meilleure continuité de soins et l'accès à un interprète au besoin pour les personnes immigrantes. Il apparaît donc logique que se soient surtout les personnes vulnérables culturellement qui tendent à moins valoriser une source habituelle de soins de première ligne dont le modèle organisationnel comporte une pratique de groupe (les trois modèles professionnels de contact et de coordination aussi que le modèle communautaire), que celle dont le modèle organisationnel comporte une pratique solo (le professionnel de prestataire unique).

Cette analyse ouvre la porte à une piste de réflexion importante sur l'appréciation des utilisateurs des communautés culturelles du fonctionnement de la pratique du groupe. Il laisse entrevoir qu'il faut plus d'efforts pour expliquer et faire valoir les avantages du fonctionnement des groupes de médecins pour eux (Safran, 2003). Il ne faut pas oublier que ce mode d'organisation est récent au Québec et probablement beaucoup d'immigrants n'ont pas connu ce type organisationnel dans leurs pays d'origine, ce qui peut nuire à développer une bonne perception de la continuité d'affiliation de leur expérience de soins de première ligne lorsqu'ils utilisent les services d'un groupe de médecins de famille. Il est possible que les difficultés de communication soient plus significatives lorsqu'il s'agit d'un groupe de médecins de famille responsables de l'offre de soins et non pas d'un médecin solo (référence). Il est encore possible que les personnes vulnérables culturellement aient plus fréquemment des appréciations positives de la continuité d'affiliation de leur expérience de soins lorsqu'elles utilisent le modèle professionnel de prestataire unique, car elles ont choisi un médecin soit qui vient de leur communauté ou soit qui parle leur propre langue

maternelle. Nous pensons très utile de faire des recherches futures dans ce domaine.

Quant aux besoins non comblés, cette composante de l'expérience de soins est la seule qui n'échappe aux différentes interactions. Elle interagit avec la vulnérabilité sanitaire selon les autres vulnérabilités (article 1), elle interagit avec la vulnérabilité sanitaire selon la source habituelle de soins (article 2) et selon le contexte local (article 3). Elle interagit avec la vulnérabilité culturelle selon l'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local (article 4). Les personnes vulnérables sur les plans sanitaire et relationnel déclarent moins des besoins non comblés que les personnes vulnérables seulement sur le plan sanitaire. Les personnes vulnérables sur les plans sanitaire et culturel déclarent moins des besoins non comblés que les personnes vulnérables seulement sur le plan culturel (article 1). Ce n'est que lorsque les personnes vulnérables sanitaire n'ont aucune source habituelle de soins ou ont une source habituelle de soins autre que la première ligne que les besoins non comblés des personnes vulnérables sanitaire sont plus fréquents (article 2). Ce n'est que lorsque les personnes vulnérables sanitaire consomment des soins dans le contexte pourvu-indépendant que les besoins non comblés des personnes vulnérables sanitaire sont plus fréquents (article 3). En revanche, lorsque les personnes vulnérables culturellement sont sans source habituelle de soins et qu'elles vivent dans le contexte dépourvu-dépendant, ces personnes déclarent moins des besoins non comblés (article 4).

Les besoins non comblés, telle la continuité d'affiliation, passe donc par une interaction à plusieurs niveaux. Ce sont des associations entre les vulnérabilités, les sources habituelles de soins et les contextes locaux qui influence les besoins non comblés. Ce profil de vulnérabilités sanitaire, relationnelle et culturelle en lien avec la source habituelle de soins et le contexte local mérite d'être approfondi dans la recherche future. Est-ce que les besoins non comblés vont augmenter chez les personnes vulnérables culturellement qui sont sans source habituelle de soins dans le contexte de faibles ressources, le dépourvu-dépendant, si elles sont aussi vulnérables sanitaire ? Comment vont les besoins non comblés des personnes vulnérables sur les plans sanitaire et relationnel changer si elles sont sans source habituelle de soins ou ont une source de soins autre que la première ligne ? Comment vont les besoins non comblés des personnes vulnérables sur les plans sanitaire et relationnel changer si elles sont aussi vulnérables

sur le plan culturel, et ce, selon la source habituelle de soins et le contexte local ? C'est un défi à relever dans le futur dans un contexte de montée de multi-vulnérabilités partout dans le monde.

### *L'utilisation des services*

À travers les trois dernières études (articles 2, 3 et 4), les analyses révèlent constamment que les effets modérateurs des sources habituelles de soins et des contextes locaux n'affectent pas l'utilisation déclarée des services hospitaliers aussi que des salles d'urgence des personnes vulnérables. Cette utilisation demeure la même, peu importe la source habituelle de soins ou le contexte local. Cela est rassurant dans le contexte d'un système universel de soins dont l'objectif principal est de réduire les inégalités en utilisation des services (Bowen, 2001; Joumard, André, Nicq, & Chatal, 2008; Organisation mondiale de la Santé, 2000). Ce constat est très révélateur. L'utilisation déclarée des services est la composante factuelle de l'appréciation de l'expérience de soins comparativement aux autres composantes qui sont toutes perceptuelles (Dubé-Linteau et Institut de la statistique du Québec, 2017). Cela soutient l'idée de l'importance de la perception de l'utilisateur comme un déterminant réel de l'appréciation de l'expérience de soins. La littérature nous indique que des soins moins bons peuvent être fournis aux patients provenant des minorités culturelles (Lyrtzopoulos et al., 2012). Le point de vue de l'utilisateur procure une vision ou une lecture du fonctionnement du système de soins aussi importante que celle du médecin. Nous espérons que cette recherche ouvre la voie à ce que l'appréciation par les patients soit considérée un autre point de vue, mais qui a toujours son importance.

### *L'interaction entre les sources habituelles de soins et les contextes locaux*

Les résultats montrent que l'appréciation de l'expérience de soins par les personnes vulnérables varie non seulement d'une source habituelle de soins à l'autre, mais également d'un contexte à l'autre dans une même source habituelle de soins. Cette thèse révèle que le professionnel de contact, les cliniques de pratique de groupe sans rendez-vous, est le modèle organisationnel de première ligne qui produit la plus faible appréciation positive de l'expérience de soins du point de vue des utilisateurs vulnérables (articles 2). Également, il n'y a aucun contexte local avec lequel ce modèle a une interaction positive pour les personnes

vulnérables : son effet modérateur sur leur appréciation de l'expérience de soins est toujours soit neutre ou associé à une appréciation positive moins fréquente (article 4). Ce modèle est le plus présent dans le contexte affluent-commerçant, le seul contexte caractérisé par une abondance des ressources, où se trouve le pourcentage le plus élevé des personnes vulnérables culturellement. Dans ce contexte, ces personnes ont l'appréciation positive de leur expérience de soins la plus faible. Ce contexte contribue donc d'une façon essentielle aux inégalités culturelles au Québec en appréciation de l'expérience de soins de première ligne. Améliorer l'expérience de soins par les organisations de santé de première ligne adoptant ce modèle permettrait de réduire sensiblement non seulement les inégalités en appréciation de l'expérience de soins entre les communautés culturelles et le reste de la population, mais aussi les inégalités entre leurs homologues originaires du pays. L'autre option est d'encourager la baisse de l'importance relative de ce modèle surtout dans les endroits où les communautés culturelles sont fortement présentes.

Cette thèse confirme également que le modèle professionnel de prestataire unique, la pratique solo, est le plus satisfaisant en regard de l'appréciation de l'expérience de soins de personnes vulnérables. C'est effectivement l'interaction avec le contexte local qui vient faire en sorte que le modèle professionnel de prestataire unique est le plus satisfaisant (article 4). Dans tous les contextes locaux, sauf l'affluent-commerçant, ce modèle a un effet positif sur l'appréciation de l'expérience de soins des personnes vulnérables relationnellement. En plus, il est le seul modèle pour lequel les personnes vulnérables culturellement ont une meilleure appréciation de leur expérience de soins dans les contextes où le niveau de la disponibilité des ressources peut être faible, pourvus-indépendants, ou au contraire élevé, dépourvus-dépendants. Ce modèle pourrait être étudié en tant que prototype par les organisations de santé de première ligne au Québec, particulièrement celles incarnant une pratique de groupe, afin d'améliorer l'expérience de soins des personnes vulnérables culturellement et réduire les inégalités en appréciation de l'expérience de soins.

Notre recherche indique que ce sont les organisations de santé de première ligne adoptant le modèle professionnel de coordination ou de coordination intégré ou bien le modèle communautaire qui se placent à un niveau intermédiaire en appréciation de

l'expérience de soins des personnes vulnérables. Alors que ces modèles interagissent positivement avec le contexte local pour les personnes vulnérables relationnellement, ils interagissent négativement ou bien ont un effet neutre pour les personnes vulnérables culturellement. Au Québec, on tente, depuis la réforme de 2004, de favoriser l'implantation d'un modèle type, le groupe de médecins de famille (GMF), tout en considérant le modèle de médecin solo comme un modèle dépassé. Une question s'impose : comment expliquer que le modèle considéré par les décideurs comme dépassé est celui qui est considéré comme le plus satisfaisant en termes d'appréciation de l'expérience de soins par les clientèles vulnérables? Nous pensons très important de bien comprendre ce qui génère cela, sinon on risque de changer le modèle le plus satisfaisant par des modèles moins satisfaisants. L'appréciation positive la plus fréquente de la continuité d'affiliation, une composante essentielle de l'expérience de soins, surtout chez la clientèle vulnérable sur le plan culturel, est assurée par le modèle organisationnel qui est amené à disparaître.

#### *Les vulnérabilités des personnes*

Les vulnérabilités sanitaire et biologique des personnes reflètent plutôt la dimension physique de la santé. Cependant, les vulnérabilités matérielle, relationnelle et culturelle reflètent plutôt la dimension sociale de la santé. L'ensemble des résultats donne un portrait plus complet du lien entre ces deux types de vulnérabilité et l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne compte tenu de la source habituelle de soins et du contexte local. Il nous permet de conclure que l'influence des vulnérabilités d'ordre social sur l'appréciation de l'expérience de soins est plus sensible que l'influence de celles d'ordre physique aux effets modérateurs des sources habituelles de soins et des contextes locaux (articles 2, 3 et 4). De trois vulnérabilités de type social, la vulnérabilité relationnelle semble la plus marquante. En fait, le premier article révèle que, contrairement à la vulnérabilité matérielle, la vulnérabilité relationnelle est celle associée le moins fréquemment à une appréciation positive de l'expérience de soins, et ce, indépendamment de la source habituelle de soins et du contexte local. À notre surprise, on s'aperçoit, dans les articles subséquents, que c'est surtout cette vulnérabilité relationnelle qui est le plus fréquemment affectée par les effets modérateurs de la source habituelle de soins et

du contexte local, indépendamment l'un de l'autre (articles 2 et 3) et en interaction l'un avec l'autre (article 4). Ce constat mérite d'être expliqué.

L'effet bénéfique du soutien social dans l'adaptation est scientifiquement reconnu (Devault et Féchette, 2002). Le soutien social, c'est-à-dire la provision d'aide de différentes natures qu'une personne peut fournir à une autre, s'avère une notion connue depuis longtemps. La recherche nous indique qu'on s'aperçoit, au fil du temps, que les mesures plus subjectives de perception de la disponibilité de soutien par un individu et de la satisfaction face à l'aide reçue de l'entourage présentaient davantage de liens significatifs avec l'impact sur la santé que des mesures objectives comme le nombre de personnes dans le réseau, tel que fait dans cette thèse, ou la quantité d'aide reçue (Devault et Féchette, 2002). Plusieurs auteurs suggèrent que le fait de savoir que l'aide serait présente en cas de besoin est fortement relié au bien-être individuel, et ce, indépendamment de la réception concrète d'aide (Devault et Féchette, 2002; Pierce, Baldwin et Lydon, 1997). Des études récentes confirment plutôt que le processus du soutien social ne dépend pas que de la perception cognitive du soutien en soi ni des seules caractéristiques de l'environnement social, mais il reflète un échange unique entre le récepteur de soutien et celui qui l'offre. Il s'agirait en quelque sorte du résultat d'une réelle interaction entre l'individu et son environnement (Lakey, McCabe, Fisticaro et Drew, 1996). Pour nous, une organisation de soins de santé peut ainsi être perçue comme source de soutien social. Nous pensons qu'il peut y avoir un lien entre la perception des usagers des organisations de santé de première ligne du soutien social disponible dans leur environnement organisationnel et contextuel lors d'un processus de soins médicaux et la personnalité de l'utilisateur des services de première ligne et, par conséquent, son appréciation de son expérience de soins selon sa vulnérabilité relationnelle. Cette perception du soutien social chez les personnes vivant seules ou avec un faible réseau social, qu'on considère comme plus vulnérables relationnellement dans cette thèse, peut être significative. Elle peut, au moins en partie, expliquer une diminution du sentiment de vulnérabilité relationnelle chez eux, autrement dit, une appréciation positive de leur expérience de soins plus fréquente chez eux. Cela ouvre la porte à des possibilités d'amélioration importante dans l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne en reconnaissant que la santé est aussi sociale et non seulement physique et que la création d'un sentiment du soutien social entre l'utilisateur et sa source habituelle de soins est possible et même



nécessaire. Jusqu'à présent, les décideurs des systèmes de soins et les fournisseurs de soins mettent beaucoup d'accent sur la dimension physique de la santé, et ce, souvent au détriment de la dimension sociale de la santé. Cependant, les renseignements provenant des utilisateurs dans cette thèse nous indiquent que c'est possiblement l'horizon social des personnes qui joue un rôle déterminant dans l'appréciation de son vécu comme expérience de soins de première ligne.

Cette étude révèle aussi une cohérence interne entre les deux types physique et social de vulnérabilité des personnes qu'il faut bien considérer dans toute stratégie d'amélioration de l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne. Cette cohérence interne semble être assurée par la présence de la vulnérabilité sanitaire. Dans l'article 1, nous démontrons que la présence simultanée de la vulnérabilité sanitaire chez l'utilisateur accroît l'effet positif de la première vulnérabilité sur l'appréciation de l'expérience de soins et il élimine entre autres l'effet négatif de la vulnérabilité culturelle, notamment pour ce qui est de l'appréciation positive de la continuité dans ses deux dimensions ainsi que la perception de ne pas avoir de besoins non comblés. Or, les résultats de l'article 4 révèlent que les personnes vulnérables culturellement ont des appréciations positives plus fréquentes quant à la continuité d'affiliation de leurs soins lorsqu'elles utilisent certaines sources habituelles de soins dans des contextes locaux particuliers. Ces résultats peuvent être expliqués par cette cohérence interne entre les vulnérabilités sanitaire et culturelle des personnes. Il est possible que, dans les contextes pourvu-indépendant et dépourvu-dépendant, les personnes vulnérables culturellement qui utilisant le modèle professionnel de prestataire unique et affichent une meilleure appréciation de la continuité d'affiliation de soins soient aussi vulnérables sanitaire. Une question se pose : pourquoi les personnes vulnérables culturellement n'ont-elles pas cette meilleure appréciation de la continuité d'affiliation pour un modèle autre que le professionnel de prestataire unique dans aucun des quatre contextes locaux? Une explication qui nous semble plausible est que cette cohérence de vulnérabilité sanitaire et culturelle est vraie lorsque le modèle organisationnel des services de première ligne incarne une pratique solo (le modèle de prestataire unique) et non pas une pratique de groupe (les modèles professionnels de contact, de coordination et de coordination intégré et le modèle communautaire). Il se peut alors qu'il y ait une deuxième cohérence interne entre les caractéristiques des individus et celle des organisations de santé de première ligne, une cohérence assurée par la présence de vulnérabilités sanitaire-culturelle-

modèle organisationnel de pratique solo qui influence l'appréciation de l'expérience de soins des utilisateurs. Cette cohérence fait en sorte que la présence simultanée des vulnérabilités sanitaire et culturelle n'a pas d'effet positif sur l'appréciation de l'expérience de soins lorsque l'offre de services est selon un modèle organisationnel incarnant une pratique de groupe. Nous suggérons de réaliser plus de recherches dans le futur pour approfondir nos connaissances sur cette cohérence interne des caractéristiques des individus, des organisations et des contextes locaux.

Enfin, dans cette thèse, nous avons vu que des facteurs individuels, organisationnels et contextuels agissent dans une interaction complexe comme déterminants de l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne. Ces facteurs individuels, organisationnels et contextuels semblent indissociables et interdépendants. Il n'est alors pas possible de comprendre totalement l'influence de l'un de ces facteurs sans se référer aux autres. Nous observons donc, dans cette thèse, un phénomène de complexité résultant de la cohérence interne et de l'interaction entre les déterminants de l'appréciation de l'expérience de soins. Les théoriciens de la complexité soutiennent que lorsqu'il y a interdépendance entre les parties d'un système à travers le temps, nous sommes en présence de relations de causalité complexes (Holland, 1995; Miller, Crabtree, McDaniel et Stange, 1998; Morin, 2005; Thietard, 2001). Dans l'analyse du système de santé, de plus en plus d'études s'appuient sur la théorie de la complexité, particulièrement dans la recherche sur les services de première ligne (Borgès Da Silva, 2010). Cette thèse soutient alors que le cadre théorique de la complexité se prête bien à l'analyse des variations dans l'appréciation de l'expérience de soins. Cela indique clairement que la simplification de l'analyse de l'appréciation de l'expérience de soins comme objet de recherche risque de ne pas mener à bien la recherche.

## **5.2 Contributions de la recherche**

Empiriquement, cette recherche apporte une contribution majeure pour l'analyse des variations dans l'appréciation de l'expérience de soins en fonction des vulnérabilités des personnes et du lien entre les vulnérabilités et l'appréciation de l'expérience de soins selon la source habituelle de soins utilisée et le contexte local de soins. Également, elle contribue à

l'utilisation d'une approche holistique basée sur une approche configurationnelle dans l'analyse de l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne en fonction des vulnérabilités des personnes. Les contributions d'ordre méthodologiques, pratiques et aides à la prise de décision et théoriques de cette thèse sont les suivantes.

### **5.2.1 Contributions méthodologiques**

Le principal apport méthodologique de cette thèse est sans nul doute l'opérationnalisation du cadre d'analyse de l'appréciation de l'expérience de soins en s'appuyant sur l'approche configurationnelle. À notre connaissance, aucune étude pour la problématique étudiée, n'a utilisé cette approche pour opérationnaliser l'appréciation de l'expérience de soins des utilisateurs dans son ensemble. En adoptant certaines hypothèses de l'approche configurationnelle, cela nous a permis d'avancer notre compréhension des associations existantes entre les caractéristiques des personnes, leurs vulnérabilités, les caractéristiques des organisations, les sources habituelles de soins utilisées et les caractéristiques des environnements, les contextes locaux au sein desquels s'inscrivent les soins, et l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne des personnes. Les appréciations de l'expérience de soins varient donc en fonction des configurations des vulnérabilités de personnes qui elles-mêmes sont influencées par des configurations de sources habituelles de soins utilisées et contextes locaux au sein desquels les soins sont obtenus.

Un autre apport méthodologique se retrouve dans les méthodes quantitatives utilisées pour rendre compte des interactions potentielles entre les vulnérabilités des personnes, les sources habituelles de soins et les contextes locaux. L'utilisation des méthodes quantitatives avec des variables modératrices nous a permis de mettre en évidence des relations découlant du cadre théorique et relatives aux relations bidirectionnelles et non linéaires entre les cinq variables indépendantes, les deux variables modératrices et les dix variables dépendantes. Dans la recherche sur les services de santé, on utilise beaucoup la régression logistique multiple incluant des termes d'interaction pour opérationnaliser l'utilisation. Cette étude est, à notre connaissance, la première pour la problématique étudiée à utiliser la régression logistique incluant des termes d'interaction entre deux variables et entre trois variables et qui sont à

plusieurs catégories (quatre catégories et sept catégories). Nous croyons aussi que cette étude est probablement la première à mettre deux taxonomies en interaction. La création des méga variables combinant les variables impliquées dans une interaction nous a permis d'examiner les effets modérateurs des sources habituelles de soins et des contextes locaux sur l'appréciation de l'expérience de soins des personnes vulnérables comparativement aux personnes non vulnérables. Cette étude contribue donc à promouvoir l'utilisation des méthodes quantitatives qui prennent en compte des interactions entre les variables étudiées pour refléter aux mieux la réalité complexe de l'appréciation des personnes de leur expérience de soins.

Finalement, c'est la liaison faite entre les résultats de trois enquêtes d'envergure, l'enquête populationnelle, l'enquête organisationnelle et l'enquête contextuelle. Ce travail a permis de faire émerger une image complète de l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne des utilisateurs au Québec. Nous considérons qu'il est important de suggérer aux chercheurs qui entreprendront des enquêtes d'appréciation d'expérience de soins de première ligne d'inclure des informations sur la source habituelle de soins utilisée et le territoire géographique au sein duquel le soin est obtenu pour une meilleure exploitation des données provenant de ces enquêtes.

### **5.2.2 Contributions pratiques et aide à la prise de décision**

Les résultats de cette thèse mettent de l'avant quelques suggestions pratiques qui peuvent intéresser les décideurs et les gestionnaires afin d'améliorer l'expérience de soins et la livraison de soins de santé plus généralement. La thèse renseigne sur la nature de l'interaction entre les vulnérabilités des personnes, les sources habituelles de soins et les contextes locaux et sa capacité à influencer l'appréciation de l'expérience de soins des groupes vulnérables. Améliorer l'appréciation de l'expérience de soins ne pourrait se faire adéquatement sans la connaissance des caractéristiques des personnes, des sources habituelles de soins utilisées et des contextes locaux de soins.

En premier lieu, les résultats indiquent que la mise en œuvre des programmes systémiques d'appréciation d'expérience de soins afin d'améliorer l'expérience de soins ne peut réussir si seules des données pour la mesure des vulnérabilités des personnes sont recueillies. L'étude

confirme ainsi la nécessité de recueillir des informations sur les sources habituelles de soins utilisées et les contextes locaux. Si cela doit être fait parallèlement aux enquêtes d'appréciation d'expérience de soins, il faut envisager, lors de la conception de ces enquêtes, qu'une liaison entre les personnes, leurs sources habituelles de soins et les contextes locaux de soins puisse être établie.

Dans un deuxième temps, la contribution pratique de la thèse porte sur l'identification des éléments permettant la création de conditions favorables à l'amélioration de l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne de la clientèle vulnérable et la prestation des soins plus généralement. Considérant l'effet modérateur de l'interaction entre la source habituelle de soins et le contexte local, il semble que les décideurs et les gestionnaires puissent agir sur plusieurs éléments. Un de ces éléments est sûrement l'amélioration de la continuité d'affiliation médecin-patient, composante essentielle de l'appréciation de l'expérience de soins, pour les patients appartenant aux communautés culturelles, surtout dans les contextes locaux où ces communautés sont fortement présentes, que ces patients soient malades ou non. Parallèlement, ils peuvent, dans tous les territoires, travailler sur l'augmentation de la proportion des membres de communautés culturelles en inscription auprès des organisations de santé de première ligne. Un autre élément est d'explorer les conditions favorables à l'amélioration par les différentes organisations de santé de première ligne de l'expérience de soins dans le contexte d'abondance de ressources. La faible appréciation positive de l'expérience de soins de première ligne par les usagers de ces organisations, quel que soit le modèle organisationnel des services, dans ce contexte, mérite une attention particulière et la mise en place d'un plan d'action pour corriger la situation. Toutefois, la possibilité d'agir directement sur certains éléments semble plus limitée. Une des originalités de cette étude est qu'elle a mis en lumière l'existence d'une utilisation plus ou moins élevée par certains groupes vulnérables de sources habituelles de soins particulières dans des contextes locaux particuliers ayant un effet modérateur positif sur l'appréciation de l'expérience de soins. Agir directement sur ce point n'est pas évident, surtout qu'au Québec il est possible pour le patient d'obtenir des soins dans des organisations de santé localisées hors de son territoire de résidence. Cependant, il demeure important de reconnaître l'existence d'une telle réalité par les gestionnaires et les décideurs afin de cibler les organisations

procurant au plus petit nombre des personnes vulnérables une appréciation positive de leur expérience de soins.

Finalement, notre recherche montre que la cohérence interne des caractéristiques des individus assurée par la présence simultanée de la vulnérabilité sanitaire s'avère décisive pour une appréciation positive de l'expérience de soins par les personnes vulnérables. Il faut mettre de l'avant cette spécificité et s'assurer que cette cohérence interne motive toutes les organisations de santé de première ligne, quel que soit le modèle organisationnel utilisé dans l'offre de services, et ce, dans tous les contextes locaux, à avoir une meilleure performance en termes d'appréciation de l'expérience de soins de première ligne par les utilisateurs.

### **5.2.3 Contributions théoriques**

La littérature indique l'importance des caractéristiques des personnes, des caractéristiques des organisations de santé et des caractéristiques des environnements dans l'analyse de l'appréciation de l'expérience de soins. Jusqu'à présent, l'analyse de l'influence de ces trois facteurs sur l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne est dominée par l'approche de contingence. Selon cette approche, chaque facteur influence l'appréciation de l'expérience de soins indépendamment de l'autre (Meyer et al., 1993). Elle postule que les relations entre ces facteurs et l'appréciation de l'expérience de soins sont linéaires et unidirectionnelles. Cette thèse pousse l'analyse plus loin. En se basant sur l'approche configurationnelle de l'analyse des organisations, elle met en évidence les relations entre l'appréciation de l'expérience de soins et les déterminants aux niveaux individuel, organisationnel et environnemental en tenant compte des interactions complexes entre ces déterminants. Guidé par l'approche configurationnelle (Meyer et al., 1993; Miller, 1986, 1992), le cadre conceptuel de la thèse permet d'analyser l'influence des vulnérabilités des personnes sur l'appréciation de l'expérience de soins tout en respectant les interactions entre les vulnérabilités, la source habituelle de soins et le contexte local. Ce cadre postule que les relations entre ces facteurs et l'appréciation de l'expérience de soins sont non linéaires et bidirectionnelles.

Outre la cohérence interne des caractéristiques des personnes et l'interaction des caractéristiques des personnes, des organisations de première ligne et des environnements locaux, les résultats de cette étude apportent un soutien aux principes de l'équifinalité et de l'adaptation (*fit*) de l'approche configurationnelle de l'analyse des organisations (Meyer et al., 1993; Miller, 1992). Selon le principe d'équifinalité, différents modèles organisationnels peuvent être également efficaces en termes d'appréciation de l'expérience de soins des personnes vulnérables. Tel est le cas des modèles professionnels de prestataire unique, de coordination et de coordination intégré et du modèle communautaire des services de première ligne. D'après le principe d'adaptation, le même modèle organisationnel pourrait produire des résultats différents selon le contexte local. Tel est le cas de tous les modèles organisationnels de première ligne susmentionnés qui sont efficaces dans un contexte local particulier et moins efficaces dans un autre. Aussi, les résultats apportent un soutien à certains principes de la théorie de la complexité. Tout d'abord, ils soutiennent la notion d'interdépendance et de l'interrelation des variables de tous les niveaux d'un système pour expliquer le tout ou des parties du système. Selon Pslek et al. (Plsek et Greenhalgh, 2001), tenants de cette théorie, chaque agent, chaque système est niché à travers d'autres systèmes, évoluant et interagissant tous ensemble. Il n'est donc pas possible de comprendre complètement un des agents ou des systèmes sans référence aux autres (Plsek et Greenhalgh, 2001). Nous montrons, dans cette thèse, que les vulnérabilités, la source habituelle de soins et le contexte local sont indissociables et interagissent sur l'appréciation de l'expérience de soins. Finalement, Pslek et al. soutiennent aussi la notion de la catastrophe et de la quintessence de la complexité, selon le modèle de Kauffman en analyse de la performance organisationnelle (Kauffman, 1993). Les résultats révèlent que dans le contexte équilibré-coordonné, les utilisateurs de tous les modèles organisationnels dominants expriment le plus fréquemment une appréciation positive de leur expérience de soins, ce que Kauffman appelle la quintessence de la complexité. En contrepartie, dans le contexte affluent-commerçant, les utilisateurs de tous les modèles organisationnels dominants expriment le moins fréquemment une appréciation positive de leur expérience de soins, ce que Kauffman appelle la catastrophe de la complexité (Kauffman, 1993).

La dernière contribution théorique relève de la vision globale et multidimensionnelle pour laquelle on a opté pour l'analyse de quatre concepts clés de la thèse : l'appréciation de

l'expérience de soins, les vulnérabilités des personnes, la source habituelle de soins et le contexte local. Pour l'analyse de l'appréciation de l'expérience de soins des utilisateurs, nous avons privilégié la prise en compte simultanée de toutes les dimensions possibles du processus de soins médicaux. Nous sommes allés au-delà des indicateurs sur les attributs des services pour analyser l'appréciation de l'expérience de soins pour inclure des indicateurs sur l'utilisation des services et les besoins non comblés en services. À notre connaissance, aucune recherche n'a incorporé tous ces indicateurs pour évaluer l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne. En analysant l'appréciation de l'expérience de soins de façon globale et multidimensionnelle, à l'aide de plusieurs indicateurs relatifs au processus de soins médicaux, nous ouvrons la voie à une nouvelle façon d'analyser et d'évaluer l'appréciation de l'expérience de soins et la livraison de services plus généralement. Aucune étude n'a aussi incorporé plusieurs types de vulnérabilité des personnes en tentant d'examiner à la fois l'influence séparée et interdépendante de ces multiples vulnérabilités. Inspirés tout au long de cette étude par l'approche configurationnelle, nous avons aussi tenu compte de plusieurs dimensions et indicateurs jugés importants dans l'analyse des sources habituelles de soins et des contextes locaux. Cette étude confirme que dans la recherche sur les services de santé, il est possible, et même nécessaire, d'adopter une approche globale et multidimensionnelle en analyse pour une meilleure compréhension des variations en utilisation des services de santé.

### **5.3 Validité de la recherche**

Dans le chapitre 3 de la thèse, nous avons discuté de la validité de l'étude. À la fin de notre recherche, nous aimerions faire le point sur d'autres éléments qui pourraient assurer ou porter une menace à cette question de validité.

- Qualité et crédibilité des sources de données : Les sources de données utilisées dans cette thèse sont produites par des organismes compétents, c'est-à-dire l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSS), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et le Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine. Ces organismes sont crédibles et reconnus pour leur rigueur en matière de collecte des données. Ils travaillent en général de concert avec l'Institut de la statistique du Québec dans le but de mettre en place des



méthodologies solides de collecte de données. Les données provenant de ces sources sont comparables quant aux méthodes de collecte (enquêtes, analyse documentaire, etc.) et à leur définition opérationnelle.

- Qualité des instruments de mesure : Les indicateurs utilisés pour mesurer les vulnérabilités ont été principalement choisis selon leur occurrence dans la littérature et l'avis d'experts québécois dans le domaine. Le questionnaire de mesure de l'appréciation de l'expérience de soins a été construit à partir de deux instruments validés : le Primary Care Assessment Tool (PCAT) au Canada et le Primary Care Assessment Survey (PCAS) aux États-Unis (Safran et al., 1998; Shi, H. Starfield et Xu, 2001). Les questions dans le questionnaire organisationnel utilisé pour caractériser les sources habituelles de soins dans les deux régions étudiées étaient fondées sur plusieurs ressources (Pineault et al., 2016). Le choix des questions a été guidé par la littérature et les propositions pour la mise en œuvre du concept des cliniques médicales centrées sur le patient et l'intégration des cliniques médicales de première ligne (College of Family Physicians of Canada, Canadian Medical Association et Royal College of Physicians of Canada, 2010; Landon, Gill, Antonelli et Rich, 2010). La validation du questionnaire a été réalisée au cours de l'année 2005. Des consultations ont été menées avec un groupe d'experts pour évaluer l'exhaustivité et la pertinence des questions. Un test préliminaire a ensuite été effectué avec des cliniques médicales de première ligne situées dans des régions géographiques autres que les deux régions d'étude. L'Institute for Health Information canadien a utilisé le questionnaire comme principale source de référence dans la conception d'un questionnaire dont le but est d'étudier l'organisation des services de première ligne au Canada (Levesque, Descôteaux, Demers et Benigeri, 2014). Le questionnaire a été aussi utilisé dans une autre étude (Beaulieu et al., 2013).

Quant aux contextes locaux, compte tenu de ressources disponibles, les territoires de CSSS ont été caractérisés sous l'angle matériel (exemples : besoins, ressources, collaboration) et non institutionnel (exemples : constructions symboliques des acteurs, système de gouverne). Bien entendu, l'inclusion de dimensions institutionnelles pourrait mener à une taxonomie différente. Toutefois, la taxonomie développée a été construite de manière à tenir compte du caractère multidimensionnel de milieux locaux. La sélection des variables s'est appuyée plus

spécifiquement sur la littérature propre aux organisations de première ligne et elle a fait l'objet d'un processus de consultation auprès de responsables de la planification de tels services de première ligne œuvrant dans une des deux Agences de la santé et des services sociaux régionales collaboratrices à cette étude. Le but est d'assurer la pertinence et l'exhaustivité des variables ainsi que leur utilité à des fins de gestion (Roberge et al., 2007). Par ailleurs, les erreurs de mesure des variables utilisées peuvent compromettre la qualité de la classification contextuelle obtenue. Dans la présente étude, la majorité des variables contextuelles sont issues des données de recensement ou encore de bases de données administratives usuelles. On ne peut exclure que la qualité de ce type de données puisse être affectée par des erreurs de mesure attribuables notamment au traitement et à la codification des informations. Des précautions ont toutefois été prises par l'équipe de recherche pour définir explicitement chacune des variables retenues pour construire la taxonomie et standardiser l'extraction des informations à partir des bases de données dans les deux régions étudiées (Roberge et al., 2007). Parmi les variables utilisées, seules celles relatives aux degrés de collaboration clinique ont été documentées par le biais d'une enquête spécifique menée par l'équipe de recherche. Plusieurs des directeurs généraux répondant à cette enquête étaient nouvellement en fonction et disposaient d'une connaissance limitée du fonctionnement des services de première ligne sur leur territoire. Pour assurer un portrait fidèle, l'équipe de recherche a demandé aux directeurs généraux de consulter les administrateurs médicaux de leur organisation aptes à fournir les informations recherchées. Enfin, pour accroître la confiance dans la fiabilité des données ainsi obtenues, il a été demandé aux médecins responsables des Directions régionales de médecine générale (DRMG) de chacune des Agences de Montréal et de la Montérégie de qualifier les niveaux de collaboration clinique prévalant entre 2000 et 2004 sur chacun des territoires de CSSS de leur région. L'analyse comparative des résultats ainsi obtenus montre une très bonne concordance dans les évaluations locales et régionales des niveaux de collaboration clinique dans les territoires de CSSS. Bref, les indicateurs choisis (principalement guidés par la littérature) ainsi que toutes les sources de données utilisées contribuent à la triangulation des données recueillies. Cette triangulation assure la validité et fiabilité des données (Lessard-Hébert, Boutin et Goyette, 1995; Miles et Huberman, 2003).

- Validité des résultats : cette thèse s'est appuyée sur l'approche configurationnelle pour développer notre cadre d'analyse du lien entre les sources habituelles de soins et les contextes locaux et la relation des vulnérabilités des personnes et leur appréciation de l'expérience de soins. La stratégie d'analyse choisie peut affecter la qualité des résultats, à savoir si elle permet de mettre en évidence des interactions entre les variables étudiées. Dans cette recherche, la méthodologie utilisée relève de la régression logistique multiple qui examine l'existence des interactions par l'introduction des formes multiplicatives entre les variables supposées jouer en interaction. Une limite de l'étude est l'existence d'un effet de dépendance des participants à l'intérieur de chaque CSSS et à l'intérieur de chaque source habituelle de soins. Une analyse multiniveau dans cette étude pourrait être envisagée. Mais, le territoire d'un CSSS est tellement vaste. Si on retient des répondants qui se trouvent sur le même territoire, il est peu probable qu'ils soient identiques. On a donc décidé de ne pas faire une analyse multiniveau, et ce, pour deux raisons. D'une part, on jugeait que la dépendance entre les observations n'est pas si importante. D'autre part, l'échantillonnage dans cette étude n'a pas été fait dans le but de réaliser une analyse multiniveau. Nous avons alors décidé d'aller avec la régression logistique multiple étant donné que beaucoup des études contextuelles ne font pas d'analyses multiniveaux. Ce qui est proposé dans cette thèse est une approche qui rend l'opérationnalisation des interactions possible. On ne peut toutefois conclure à la capacité d'obtenir des résultats similaires en ayant recours à une analyse multiniveau. Cela consiste notamment à appliquer la même méthode d'analyse, la régression logistique multiple, sur un autre échantillon dans d'autres populations.

Pour terminer, nous ajoutons que les taxonomies organisationnelle et contextuelle utilisées dans cette recherche répondent aux normes les plus hautes de validité. Les méthodes utilisées pour permettre une bonne homogénéité intraclasse et une bonne différence interclasse, ont montré que les cinq modèles organisationnels de première ligne construits et les quatre groupes de contextes locaux représentent les meilleures configurations dans les deux régions étudiées. Leur validité a donc été évaluée selon les critères auxquels doit répondre une définition opérationnelle d'une source habituelle de soins et du contexte local, la validité de concept, de construit et de critère (Leduc, 2007).

## 5.4 Limites et forces de l'étude

Les discussions des quatre articles ont insisté sur les limites de l'étude. Nous ne revenons pas sur ces aspects. Toutefois, d'autres limites pourraient être mises en évidence.

La première limite concerne nos objectifs de recherche. On est conscient que les objectifs énoncés dans cette recherche sont généraux. Ainsi, notre approche consistait à répéter la même analyse après avoir changé le modérateur de la relation proposée entre les vulnérabilités et l'appréciation de l'expérience de soins (objectifs principaux 2, 3 et 4). Selon Contandriopoulos et al. (2005), « La précision de la relation hypothétique entre les variables retenues est tributaire de l'avancement de l'état des connaissances. Il est bien évident que dans les premières études concernant une question de recherche, la relation énoncée dans l'hypothèse prend une forme relativement grossière. Dans les recherches exploratoires, les hypothèses peuvent même devenir des questions de recherche... Cette relation se précise au fur et à mesure que les connaissances s'accumulent. Dans un domaine où le niveau des connaissances est relativement élevé, la précision des hypothèses doit refléter l'état d'avancement des connaissances. » (Contandriopoulos et al., 2005, p. 30). Donc, même si l'état des connaissances ne permet pas de formuler des hypothèses, l'objectif de la recherche doit être clair.

Cette étude s'appuie sur un cadre conceptuel issu de l'état des connaissances. Étant donné la faiblesse de l'état de connaissance sur les interactions entre les vulnérabilités, on n'a pas pu articuler à priori des hypothèses sur le comportement de dix composantes de l'expérience de soins compte tenu des interactions complexes entre les cinq vulnérabilités des personnes, les sources habituelles de soins utilisées et les contextes locaux de l'obtention des soins. Nous avons ainsi travaillé avec un grand nombre des variables interreliées et pour lesquelles il était difficile de poser des hypothèses sur leurs influences mutuelles. Notre recherche se veut être une étude exploratoire des interactions potentielles entre les variables, sans avoir à poser des hypothèses préalables. Nos résultats mettent en évidence certaines associations intéressantes entre les vulnérabilités elles-mêmes et entre les vulnérabilités, les sources habituelles de soins et les contextes locaux et les dix composantes de l'expérience de soins. Bien que les associations trouvées puissent être un artéfact attribué au grand nombre de tests effectués, les associations

intéressantes identifiées permettront de mieux orienter les recherches futures (Vandenbroucke et Pearce, 2018).

Certaines limites en analyse statistique doivent être mentionnées. La première est issue de notre choix de construction des modèles de régression logistique. Nous admettons que la méthode de sélection automatisée stepwise qu'on a utilisée pour identifier les interactions significatives est associée à des lacunes documentées dans la littérature (Greenland et Pearce, 2015). Selon Greenland et Pearce (2015), la régression stepwise automatisée peut donner des p-value et des intervalles de confiance déformés (le p-value peut être exagérément significatif et l'intervalle de confiance plus étroit). Elle comporte donc plus le risque de commettre des erreurs de type 1 (sous-estimation des erreurs-types), ce qui implique des résultats significatifs qui ne devraient pas l'être (des faux positifs). Elle peut aussi causer une inflation des coefficients estimés (une moindre précision des estimations à l'aide des intervalles de confiance (IC)). Dans nos modèles, nous admettons qu'on a porté une grande attention à ne garder que les variables dont les estimations sont statistiquement significatives pour que les modèles soient épurés. Donc, les rapports de cote (RC) qui ne sont pas significatifs n'ont pas été rapportés. Il est donc possible que certains de ces RC non rapportés soient proches de la significativité. Il est également possible qu'il reste de la confusion résiduelle dans les modèles (des variables qui n'ont pas été incluses dans le modèle car elles ne sont pas significatives, malgré qu'elles soient des variables confondantes) (des faux négatifs). Étant donné le grand nombre des modèles qu'on avait à construire, notre but de modélisation était d'arriver au modèle le plus simple possible, parcimonieux, qui prédit le mieux l'appréciation positive de l'expérience de soins avec un nombre minimum de variables explicatives.

D'après Greenland et Pearce (2015), les études de simulation semblent confirmer que les faux négatifs (exclusion incorrecte des variables confondantes) constituent une plus grande menace à l'exactitude des estimations que les faux positifs (inclusion incorrecte des variables confondantes). Pour ces auteurs, quelle que soit l'approche de modélisation utilisée, il semble plus important d'éviter d'exclure des variables de confusion éventuellement importantes que d'éviter d'inclure des variables de confusion faibles ou non confondantes. Pour terminer, on a essayé de voir s'il existe une différence majeure dans les résultats en effectuant un modèle global

avec entrée forcée qui combine l'ensemble des variables. On a observé que les effets significatifs dans le modèle global correspondent aux effets identifiés dans la sélection et que les RC observés sont comparables et ne modifient pas l'interprétation. Par ailleurs, dans le modèle épuré, les IC sont un peu plus étroites, ce qui confirme qu'il y a une sous-estimation des erreurs-types dans le modèle épuré.

La deuxième limite concerne l'erreur de type 1. En statistique, plus on teste, plus on trouve des associations statistiquement significatives (Bressoux, 2010a). Pour cette raison, nous soulignons qu'il faut qu'on soit prudent dans l'interprétation de nos résultats. Comme on a fait beaucoup de tests, certains résultats pourraient correspondre à des erreurs de type 1 (de faux positifs) à cause de la multiplicité des tests. On a discuté dans la section 3.4 du chapitre méthodes de notre choix de ne pas appliquer la correction de Benferroni qu'on considèrerait sévère dans le cas d'une étude de type exploratoire comme la nôtre. Nous admettons qu'idéalement la conception d'un plan d'analyse ciblé à priori devrait être privilégiée, mais difficilement applicable dans le contexte de cette étude exploratoire. Par ailleurs, des recherches futures permettront à l'aide d'un plan d'analyse ciblé à priori de vérifier s'il est possible de répliquer les résultats identifiés dans cette étude.

La troisième limite concerne la gestion de l'échantillonnage. Nous rappelons que le plan d'échantillonnage de notre étude est stratifié et non proportionnel à deux niveaux. Le premier représente les 23 territoires de CSSS dont 12 à Montréal et 11 en Montérégie. Au deuxième niveau, un individu par ménage a été sélectionné de façon aléatoire en utilisant la méthode de génération de numéros de téléphone aléatoire (random digit dialing). L'échantillonnage est non proportionnel, car un nombre de 400 répondants était visé par territoire, et ce, malgré des tailles de population différentes. On a choisi de ne pas prendre en compte du plan d'échantillonnage. Cela implique qu'il existe un effet de clusters potentiel dans les modèles (Sakshaug et West, 2014). Les participants dans chacun de CSSS se ressemblent possiblement et on n'a pas tenu compte de ça dans les analyses. Par conséquent, les erreurs-types peuvent être sous-estimés et les coefficients estimés peuvent être incorrectement interprétés comme statistiquement significatifs ( $p < 0,05$ ), alors qu'ils ne le sont pas. C'est effectivement une limite de notre étude.

Outre les limites en statistique, nous présentons les limites suivantes. Une des limites principales de notre étude est l'utilisation des données secondaires. Cette limite englobe trois points. Le premier est la capacité limitée d'une enquête téléphonique populationnelle générale de détecter les appréciations de l'expérience de soins des personnes très vulnérables dans nos deux régions étudiées. Ces personnes sont souvent peu représentées dans les échantillons de population générale. Ainsi, il est difficile par ce type d'enquête de rejoindre par téléphone les personnes trop âgées (75 ans et plus), les personnes gravement malades, les itinérants ou ceux qui n'ont pas de téléphone résidentiel. Il est encore plus difficile de rejoindre par téléphone les personnes ne parlant ni le français ni l'anglais. Si nous avions un nombre suffisant de ces personnes « très vulnérables », les résultats obtenus pourraient être différents. Il faut donc répéter l'étude. Les enquêtes qui collectent de l'information à partir des sous-populations (par exemple, PROSPER (Cassady et al., 2000)) ayant une probabilité plus élevée d'avoir des problèmes de santé chroniques ou mentaux (par exemple, les participants sélectionnés à partir des utilisateurs des établissements de santé) semblent une bonne option pour le futur.

Le deuxième point tient à la portée théorique de notre étude. Une composante essentielle de l'appréciation de l'expérience de soins n'est pas couverte dans cette recherche, notamment les caractéristiques des professionnels de la santé comme le propose Donabedian dans son cadre de processus de soins médicaux (Donabedian, 1973). Dans le même cadre, il propose que l'appréciation de l'expérience de soins soit le résultat de l'interaction entre le patient et le médecin (Donabedian, 1973). La non prise en compte des caractéristiques des professionnels de la santé dans le cadre de cette thèse vient du fait que notre base de données ne comporte aucune variable relative aux fournisseurs de soins. Cela dit, pour mieux apprécier, comprendre et analyser l'appréciation de l'expérience de soins des utilisateurs en fonction de leurs vulnérabilités, il faut collecter des données qui renseignent sur les fournisseurs de soins lors des enquêtes d'appréciation de l'expérience de soins. Cependant, les configurations de modèles organisationnels utilisées dans cette thèse, ont été réalisées à partir des variables, entre autres, relatives aux équipes médicales. Ces variables permettent donc tenir compte de façon indirecte des professionnels de la santé.

Le troisième point concerne la validité externe de notre recherche. Le terrain de notre recherche est limité aux deux régions les plus peuplées de la province du Québec : Montréal et la Montérégie. Ces deux terrains au Québec sont assez épuisés. Ils sont aussi en totalité ou partiellement urbains. Nous pensons important de faire la même recherche dans d'autres régions plus rurales du Québec ainsi que dans d'autres provinces comme l'Ontario ou d'autres pays dont le système de soins est universel comme le Royaume-Uni ou la Nouvelle-Zélande. Nous pensons également important que cette étude soit reproduite dans le contexte d'un système non universel de soins comme celui qu'on retrouve aux États-Unis. Il serait important de faire des comparaisons avec des contextes de système de soins non universel pour voir l'évolution de nos résultats.

Une deuxième limite vient de l'opérationnalisation de la notion de la vulnérabilité culturelle. Cette notion est en lien avec l'immigration. Elle est déterminée par le lieu de naissance : à l'extérieur du Canada. Un Canadien né à l'extérieur du Canada est donc considéré comme vulnérable culturellement, alors qu'il ne l'est pas. À l'inverse, un immigrant né au Canada n'est pas considéré en état de vulnérabilité culturelle, alors qu'il pourrait l'être. Nous soulignons ici que la variable confondante langue parlée à la maison a été retirée de tous les modèles à travers les analyses (articles 1, 2, 3 et 4) car elle s'avérait toujours non significative. Cela indique l'existence d'une confusion entre la vulnérabilité culturelle et la langue parlée à la maison qui mesurent effectivement la même chose : les personnes nées à l'extérieur du Canada sont majoritairement des personnes qui ne s'expriment pas en français ni en anglais à la maison. L'inclusion de cette variable confondante dans les modèles a donc permis d'une façon indirecte de constater que le lieu de naissance est bien lié à l'immigration.

Une troisième limite est la mesure de l'utilisation des services hospitaliers et des salles d'urgence n'est pas précise. Cette mesure est basée sur la simple question oui/non. On ne peut pas savoir le nombre d'utilisations au cours des deux dernières années précédant l'enquête. Également, on ne peut pas savoir la raison de l'utilisation. Il est possible que l'utilisation fût pour des services de routine et non pas pour des besoins urgents.



Une quatrième limite fait référence à la temporalité de cette recherche. Elle couvre une période de temps spécifique comme bon nombre de recherches. Depuis, plusieurs transformations se sont produites et, plus récemment, une réforme très controversée, c'est-à-dire les lois 10 et 20. Adoptée le 9 février 2015, la loi 10 modifie l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. Cette loi fusionne les 128 Centres de santé et services sociaux (CSSS) du Québec en 33 méga Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). De plus, la loi 10 abolit les agences régionales dont la responsabilité était de coordonner les différents établissements de chaque région administrative du Québec pour confier ces responsabilités aux CISSS. La loi 20, adoptée le 10 novembre 2015, porte essentiellement sur une série de mesures visant à améliorer l'accès aux soins de première ligne, comme l'établissement de super-cliniques, baptisées groupes de médecine de famille réseau (GMF-R), et la garantie de pouvoir consulter son médecin de famille dans un délai de trois jours, et ce, dans l'objectif d'augmenter la proportion de Québécois qui ont un médecin de famille de 70 % à 85 % d'ici 2018. Cela laisse croire que les conditions observées durant la collecte des données ont changé et vont continuer de changer. Il serait intéressant de faire la même recherche et de voir l'impact de la nouvelle réforme organisationnelle sur l'appréciation de l'expérience de soins des groupes vulnérables. Toutefois, les résultats identifiés dans cette étude pourront servir de point de départ pour regarder leur évolution dans le temps dans des recherches futures.

Il importe ici de souligner que la recherche nous indique qu'il faut réaliser les analyses contextuelles en utilisant des unités géographiques de petite taille pour être capable de faire une meilleure prise de décision et planification dans l'offre de services de santé (Wennberg et Gittelsohn, 1973) et pour détecter les améliorations dans les conditions socioéconomiques et dans l'accès géographique aux soins surtout pour les patients de communautés culturelles (Basu et al., 2014). La nouvelle réforme au Québec a regroupé les territoires de CSSS. Or, il est constaté les difficultés qu'ont les gestionnaires et les cliniciens à utiliser les données provenant des enquêtes d'appréciation de l'expérience pour cibler les transformations qui pourraient améliorer l'expérience de soins (Baker, 2014). Plus les unités régionales locales étudiées dans les enquêtes populationnelles d'appréciation de l'expérience de soins sont larges, plus c'est donc difficile aux gestionnaires et aux cliniciens de cibler les transformations nécessaires. Malgré ça,

il serait intéressant dans le futur de reproduire la même recherche pour voir l'impact de la nouvelle réforme en tenant compte des CI(U)SSS sur l'appréciation de l'expérience de soins des groupes vulnérables.

Devant ces limites, il est important de rappeler que notre but n'était pas d'ajuster le meilleur modèle explicatif et de prédiction de l'influence des vulnérabilités sur l'appréciation de l'expérience de soins. Il était plutôt d'explorer l'influence des vulnérabilités et de leurs interactions sur l'appréciation de l'expérience de soins compte tenu des sources habituelles de soins et des contextes locaux. Cette étude se veut être une étude exploratoire des interactions entre les trois types des déterminants de l'appréciation de l'expérience de soins.

Parmi les forces de l'étude, plusieurs émergent de ses contributions méthodologiques, pratiques et théoriques. Tout d'abord, cette étude s'attaque à une problématique pertinente telle l'analyse des vulnérabilités et les conditions permettant aux personnes vulnérables d'avoir une appréciation positive de leur expérience de soins. Elle analyse les concepts de vulnérabilités, des sources habituelles de soins, des contextes locaux et de l'appréciation de l'expérience de soins en tenant compte de leur caractère multidimensionnel. Elle adopte un cadre conceptuel global permettant d'étudier la complexité des interrelations entre les déterminants de l'appréciation de l'expérience de soins en s'appuyant sur l'approche configurationnelle en analyse des organisations. Elle examine les interactions non seulement entre les types de vulnérabilités, mais aussi entre les vulnérabilités, les sources habituelles de soins et les contextes locaux pour analyser l'appréciation de l'expérience de soins à travers 10 composantes : utilisation des services hospitaliers, utilisation des salles d'urgence, accessibilité géographique et organisationnelle, accessibilité économique, continuité d'affiliation, continuité d'information, globalité, réactivité et résultats de santé des services. Elle opérationnalise la complexité des relations en tenant compte d'une approche configurationnelle (à travers des taxonomies contextuelles, organisationnelles et de vulnérabilités) et des analyses multivariées des interactions doubles (articles 1,2 et 3) et triples (article 4). La liaison faite entre les résultats des trois enquêtes d'envergure, de 9 206 personnes, 6656 cliniques de première ligne et 23 territoires des CSSS, a donné naissance à une base de données jumelées très riche en termes de variables. À partir de cette base de données jumelées, c'est la première fois, à notre connaissance

cette étude a permis de faire émerger une image complète des appréciations des personnes vulnérables au Québec de leur expérience de soins de première ligne.

## CONCLUSION ET PERSPECTIVES

La présente recherche se voulait une analyse des interrelations des déterminants individuel, organisationnel et contextuel de l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne. Elle s'est appuyée sur l'approche configurationnelle pour développer notre cadre conceptuel. Cette approche configurationnelle permet de considérer la dynamique de l'ensemble des facteurs influençant l'expérience de soins telle qu'appréciée par les patients et l'interaction entre les variables tout en tenant compte du caractère multidimensionnel des sujets de la recherche. Cette étude est, à notre connaissance, l'une des premières dans la recherche sur l'expérience de soins à adopter un cadre conceptuel d'analyse permettant d'étudier la complexité de l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne adoptant une approche multidimensionnelle. Elle témoigne de l'importance de considérer les interrelations entre les déterminants pour une meilleure compréhension des variations dans l'appréciation de l'expérience de soins en fonction des vulnérabilités des personnes.

Les résultats de cette étude ouvrent des pistes de recherche importantes afin de mieux comprendre les déterminants de l'appréciation de l'expérience de soins ainsi que la trajectoire que l'on doit suivre pour analyser leur association.

Nous formulons les propositions suivantes. Premièrement, il serait nécessaire qu'une étude comme celle que nous venons de réaliser soit reproduite sur des populations vulnérables de tailles plus importantes pour assurer un nombre suffisant de sujets vulnérables dans l'analyse des interactions entre plusieurs variables et non seulement deux variables. Il faut suréchantillonner les populations vulnérables, surtout dans les contextes locaux où certains groupes vulnérables, telles les personnes vulnérables culturellement, sont beaucoup moins présents par rapport à d'autres contextes.

Deuxièmement, en plus de la taille des populations vulnérables, il serait souhaitable de collecter des données longitudinales, permettant de faire un suivi dans le temps des personnes, des sources habituelles de soins et des contextes locaux. Cela servirait à observer si les associations identifiées entre les vulnérabilités, la source habituelle de soins et le contexte local

restent robustes dans le temps. Cela permettrait également de mettre en relation l'influence des vulnérabilités sur l'appréciation de l'expérience de soins avec les modèles organisationnels des services de première ligne et les unités administratives territoriales émergentes et en voie de disparition. Des données longitudinales permettraient également d'analyser l'appréciation de l'expérience de soins des personnes vulnérables dans les nouveaux modèles d'organisation de première ligne, tels que les GMF-R et les unités administratives de CISSS ou CIUSSS mises en place au Québec au cours de la dernière réforme de 2015.

Troisièmement, il serait également intéressant qu'une étude comme celle réalisée puisse être reproduite dans les pays à faible revenu. Ces pays sont faiblement exploités comme terrain de recherche sur l'appréciation de l'expérience de soins et leur mode de financement du système de soins est plutôt non universel. La comparaison des résultats émanant de plusieurs contextes permettra d'appliquer le cadre conceptuel de la thèse et de le tester empiriquement, d'identifier les facteurs les plus influents qui peuvent varier en fonction des caractéristiques des systèmes de soins, dont le mode de financement, et de synthétiser les données provenant de plusieurs pays.

Quatrièmement, il serait essentiel de tenir compte des caractéristiques des professionnels de la santé comme déterminant important de l'appréciation de l'expérience de soins en tenant également compte des autres facteurs individuels reliés aux utilisateurs ainsi que les facteurs organisationnels et contextuels dans l'analyse de la problématique de cette thèse.

Cinquièmement, il serait essentiel de créer des banques de données jumelées, comportant des variables au niveau des patients, des médecins, des organisations de santé de première ligne et des territoires géographiques afin de permettre aux chercheurs, dans le futur, d'approfondir les connaissances de leur influence sur l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne.

Finalement, du point de vue de la méthode, il faudrait comparer les analyses effectuées à d'autres approches en analyse statistique telle l'analyse multiniveau et d'autres mesures pour établir la valeur ajoutée de celles utilisées dans cette thèse et confirmer la trajectoire du lien entre les caractéristiques des individus, des organisations et des environnements locaux et

l'appréciation de l'expérience de soins de première ligne. L'utilisation d'une approche mixte qui complète l'analyse quantitative par l'analyse qualitative permettrait d'approfondir les connaissances sur l'appréciation de l'expérience de soins dans son ensemble et couvrir d'autres aspects intéressants des recherches futures.

En conclusion, l'objectif de notre recherche consistait à étudier les liens qui existent entre les vulnérabilités des personnes et l'appréciation de l'expérience de soins compte tenu des sources habituelles de soins utilisées et des contextes locaux au sein desquels les soins sont obtenus dans le contexte d'un système universel de soins. Nous avons montré que les relations qui lient les composantes de notre modèle, à savoir, les vulnérabilités, les sources habituelles de soins utilisées, les contextes et l'appréciation de l'expérience de soins, interagissent ensemble, et cette interaction est déterminante dans les résultats de l'expérience de soins telle que perçue par les patients. Pour Luxford (2014), comprendre l'expérience de soins telle qu'appréciée par l'utilisateur constitue une première étape essentielle pour l'amélioration de l'expérience de soins. L'enjeu principal pour le système de soins au Québec dans ses politiques de santé est donc de réussir à tenir compte de ces interrelations pour permettre d'offrir une expérience de soins de première ligne optimale.

Nous avons vu qu'il existe une association positive entre les vulnérabilités et l'appréciation de l'expérience de soins à l'exception de la vulnérabilité culturelle. Nous avons également vu que les vulnérabilités interagissent entre elles-mêmes. La vulnérabilité sanitaire est la plus déterminante dans cette interaction. La vulnérabilité culturelle est ainsi supplantée par la vulnérabilité sanitaire. Lorsqu'une personne immigrante est atteinte d'une maladie chronique, elle rapporte une meilleure appréciation de son expérience de soins comparée à une personne née au Canada. Les politiques québécoises de santé en lien avec les vulnérabilités devront donc mettre l'accent sur l'ensemble des vulnérabilités tout en s'adressant principalement à la vulnérabilité sanitaire dans ses politiques pour que tous les groupes vulnérables puissent avoir un accès aux soins en cas de présence d'une maladie chronique. Nous avons vu que c'est dans les contextes où les ressources sont les plus disponibles que l'appréciation de l'expérience de soins est la moins bonne, surtout en termes de continuité des soins. Cette appréciation est en revanche la meilleure dans les contextes avec un niveau élevé

de collaboration entre les organisations de santé. Nous avons également vu que c'est le modèle professionnel à prestataire unique, la pratique solo, qui assure la meilleure expérience de soins pour les personnes vulnérables, surtout sur le plan relationnel et culturel. Nous avons également vu que c'est la continuité de soins qui est plus assurée par ce modèle à prestataire unique pour sa clientèle vulnérable. Or, ce modèle de pratique solo est en déclin comparé à une pratique de groupe. La continuité des soins risque donc de diminuer beaucoup si on continue de raisonner plutôt en termes d'accessibilité dans les pratiques de groupe. Ainsi, le fait de raisonner en termes de disponibilité des ressources n'est pas suffisant. Il faut mettre l'accent sur la collaboration entre les établissements de santé. L'enjeu est donc de trouver et encourager les combinaisons des modèles organisationnels de première ligne tout en tenant du contexte afin de permettre une expérience de soins optimale surtout en termes de continuité des soins pour les groupes vulnérables.

Les configurations organisationnelles et contextuelles récentes réussiront-elles à offrir une expérience de soins optimale pour les groupes vulnérables au Québec ? Comment les organisations de santé de première ligne peuvent-elles parvenir à incorporer la perspective de l'utilisateur de son expérience de soins dans l'offre de service? Qu'est-ce qu'il faut faire pour améliorer l'expérience de soins des personnes de communautés culturelles au Québec? Est-ce que ces personnes ont une appréciation différente de l'expérience de soins de leurs homologues québécois, car essentiellement, elles ont un barème différent d'appréciation de l'expérience de soins? Enfin, quel est le degré avec lequel l'appréciation que les utilisateurs ont de leur expérience de soins de première ligne peut corroborer ou différer avec celle des professionnels de la santé? Pour nous, il faut écouter l'utilisateur et incorporer la perspective de son expérience de soins dans le design du service sans pour autant négliger la perspective du médecin, ce que les organisations de santé n'ont pas encore réussi à faire.

Plusieurs travaux de recherche restent à réaliser dans l'avenir proche pour relever ces défis.

## BIBLIOGRAPHIE

- Adams, E. K. (1994). Effect of increased Medicaid fees on physician participation and enrollee service utilization in Tennessee, 1985-1988. *Inquiry*, 31(2), 173-187.
- Adams, E. K. (2001). Factors affecting physician provision of preventive care to Medicaid children. *Health Care Financ Rev*, 22(4), 9-26.
- Aday, L. A. (1993). *At risk in America: the health and health care needs of vulnerable populations in the United States*. (1<sup>e</sup> éd.). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Aday, L. A. (1994). Health status of vulnerable populations. *Annu Rev Public Health*, 15, 487-509. doi: 10.1146/annurev.pu.15.050194.002415
- Aday, L. A. (2001). *At risk in America: The health and health care needs of vulnerable populations in the United States* (2<sup>e</sup> éd.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Adler, N. E. et Newman, k. (2002). Socioeconomic Disparities in Health: Pathways and Policies *Health Affairs*, 21(2), 60-76.
- Ahmed, R. et Bates, B. R. (2007). Gender Differences in Patients' Perceptions of Physicians' Cultural Competence in Health Care Interactions. *Women's Health & Urban Life*, 6(2), 58-80.
- Akhavan, S. et Tillgren, P. (2015). Client/patient perceptions of achieving equity in primary health care: a mixed methods study. *Int J Equity Health*, 14, 65-65. doi: 10.1186/s12939-015-0196-5
- Andersen, R. et Aday, L. A. (1978). Access to medical care in the U.S.: realized and potential. *Med Care*, 16(7), 533-546.
- Andersen, R. et Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*, 51(1), 95-124.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.
- Andersen, R. M. (2008). National Health Surveys and the Behavriol Model of Health services Use *Medical Care*, 46(7), 647-653.
- Andersen, R. M. et Davidson, P. (2001). *Improving Access to care in America dans «Changing the U.S Health System»*. (2<sup>e</sup> éd.). Jossy-Bass.
- Arbaje, A. I., Yu, Q., Newhall, K. A. et Leff, B. (2015). Prevalence, Geographic Variation, and Trends in Hospital Services Relevant to the Care of Older Adults: Development of the



- Senior Care Services Scale and Examination of Measurement Properties. *Med Care*, 53(9), 768-775. doi: 10.1097/mlr.0000000000000408
- Asada, Y. et Kephart, G. (2007). Equity in health services use and intensity of use in Canada. *BMC Health Serv Res*, 7, 41. doi: 10.1186/1472-6963-7-41
- Baicker, K., Chandra, A. et Skinner, J. S. (2005). Geographic variation in health care and the problem of measuring racial disparities. *Perspect Biol Med*, 48(1 Suppl), S42-53.
- Baker, G. R. (2014). Données de recherche à l'appui : comment la participation du patient contribue à de meilleurs soins Repéré à <https://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/reports/evidenceboost-rossbaker-peimprovedcare-f.pdf?sfvrsn=8>
- Basu, J., Mobley, L. et Thumula, V. (2014). *The Small Area Predictors of Ambulatory Care Sensitive Hospitalizations: A Comparison of Changes over Time*.
- 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. *Canadian Medical Association Journal*, 185(12), E590. doi: 10.1503/cmaj.121802
- Begun, J. W. et Luke, R. D. (2001). Factors underlying organizational change in local health care markets, 1982-1995. *Health Care Manage Rev*, 26(2), 62-72.
- Bejean, S., Peyron, C. et Urbinelli, R. (2007). Variations in activity and practice patterns: a French study for GPs. *Eur J Health Econ*, 8(3), 225-236. doi: 10.1007/s10198-006-0023-4
- Bélanger, L., Marquis, J.-G. et Mercier, A.-M. (2013). La communauté de pratiques québécoise en évaluation de l'expérience patient: une expertise à partager ! *Le point en administration de la santé et des services sociaux*, 9(3), 28-30.
- Bertakis, K. D. (2009). The influence of gender on the doctor-patient interaction. *Patient Education and Counseling*, 76(3), 356-360. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.022>
- Berz, J. P. B., Johnston, K., Backus, B., Doros, G., Rose, A. J., Pierre, S. et Battaglia, T. A. (2009). The influence of black race on treatment and mortality for early-stage breast cancer. *Medical Care*, 47(9), 986-992. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819e1f2b
- Blackwell, D. L., Martinez, M. E., Gentleman, J. F., Sanmartin, C. et Berthelot, J. M. (2009). Socioeconomic status and utilization of health care services in Canada and the United States: Finding from a binational health survey. *Med Care*, 47(11), 1136-1146. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181adcbe9

- Bleich, S. N., Ozaltin, E. et Murray, C. J. L. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience ? *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 271-278.
- Blendon, R. J., Schoen, C., DesRoches, C., Osborn, R. et Zapert, K. (2003). Common concerns amid diverse systems: health care experiences in five countries. *Health Aff (Millwood)*, 22(3), 106-121.
- Blendon, R. J., Schoen, C., DesRoches, C. M., Osborn, R., Scoles, K. L. et Zapert, K. (2002). Inequities in health care: a five-country survey. *Health Aff (Millwood)*, 21(3), 182-191.
- Blumenthal, D., Mort, E. et Edwards, J. (1995). The efficacy of primary care for vulnerable population groups. *Health Serv Res*, 30(1, Part 2), 253-273.
- Boivin, A., Currie, K., Fervers, B., Gracia, J., James, M., Marshall, C., . . . Burgers, J. (2010). Patient and public involvement in clinical guidelines: international experiences and future perspectives. *Qual Saf Health Care*, 19(5), e22. doi: 10.1136/qshc.2009.034835
- Boivin, A., Green, J., Van der Meulen, J., Légaré, F. et Nolte, E. (2009). Why Consider Patients' Preferences? A Discourse Analysis of Clinical Practice Guideline Developers. *Medical Care*, 47(8), 908-915.
- Boivin, A., Lehoux, P., Burgers, J. et Grol, R. (2014). What Are the Key Ingredients for Effective Public Involvement in Health Care Improvement and Policy Decisions? A Randomized Trial Process Evaluation. *The Milbank Quarterly*, 92(2), 319-350. doi: 10.1111/1468-0009.12060
- Borgès Da Silva, R. (2010). *La pratique médicale des omnipraticiens : influence des contextes organisationnel et géographique*. (Thèse de doctorat, Université de Montréal). Repéré à [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/3924/Borges-Da-Silva\\_Roxane\\_2010\\_these.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/3924/Borges-Da-Silva_Roxane_2010_these.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Borgès Da Silva, R., Pineault, R., Hamel, M., Levesque, J.-F., Roberge, D. et Lamarche, P. (2013). Constructing Taxonomies to Identify Distinctive Forms of Primary Healthcare Organizations. *ISRN Family Med*, 2013, 11. doi: 10.5402/2013/798347
- Bottone, F. G., Musich, S., Wang, S. S., Hommer, C. E., Yeh, C. S. et Hawkins, K. (2014). Obese older adults report high satisfaction and positive experiences with care. *BMC Health Serv Res*, 14, 220. doi: 10.1186/1472-6963-14-220
- Bourgueil, Y., Marek, A. et Mousquès, J. (2009). Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande *Questions d'économie de la santé - Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDÉS)*, 141 - Avril 2009.

- Bressoux, P. (2010a). *Modélisation statistique appliquée aux sciences sociales* (2<sup>e</sup> éd.). Bruxelles, Belgique: Éditions de De Boeck Université.
- Bressoux, P. (2010b). Modéliser des interactions et des non-linéarités (*Modélisation statistique appliquée aux sciences sociales* (2<sup>e</sup> éd.)). Bruxelles, Belgique: Éditions De Boeck Université
- Bressoux, P. (2010c). Modéliser des relations multiples (*Modélisation statistique appliquée aux sciences sociales* (2<sup>e</sup> éd.)). Bruxelles, Belgique: Éditions de De Boeck Université.
- Bressoux, P. (2010d). Modéliser des relations simples (*Modélisation statistique appliquée aux sciences sociales* (2<sup>e</sup> éd.)). Bruxelles, Belgique: Éditions de De Boeck Université.
- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P. et Hartz, Z. (2011). *L'évaluation : concepts et méthodes*. (2<sup>e</sup> éd.). Canada, Québec: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Browne, K., Roseman, D., Shaller, D. et Edgman-Levitan, S. (2010). Measuring patient experience as a strategy for improving primary care. *Health Aff (Millwood)*, 29(5), 921-925. doi: 10.1377/hlthaff.2010.0238
- Broyles, R. W., McAuley, W. J. et Baird-Holmes, D. (1999). The medically vulnerable: their health risks, health status, and use of physician care. *J Health Care Poor Underserved*, 10(2), 186-200.
- Campbell, J. L., Ramsay, J. et Green, J. (2001). Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. *Qual Health Care*, 10(2), 90-95.
- Campbell, S. M., Braspenning, J., Hutchinson, A. et Marshall, M. (2002). Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Qual Saf Health Care*, 11(4), 358-364. doi: <http://doi.org/10.1136/qhc.11.4.358>
- Cannon, A. R. et John, C. H. S. (2007). Measuring Environmental Complexity: A Theoretical and Empirical Assessment. *Organizational Research Methods*, 10(2), 296-321. doi: 10.1177/1094428106291058
- Carlson, M. J. et Blustein, J. (2003). Access to care among vulnerable populations enrolled in commercial HMOs. *J Health Care Poor Underserved*, 14(3), 372-385.
- Cassady, C. E., Starfield, B., Hurtado, M. P., Berk, R. A., Nanda, J. P. et Friedenber, L. A. (2000). Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*, 105(4), 998-1003.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., Touché, J., Béland, F., Nguyen, H. et Conseil de la santé et du bien-être. (2005). Un cadre d'évaluation globale de la performance des

systèmes de services de santé : Le modèle EGIPSS. Repéré à [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilSanteBienEtre/Rapports/200509\\_modeleEGIPSS.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilSanteBienEtre/Rapports/200509_modeleEGIPSS.pdf)

Chandra, A. (2009). Who you are and where you live: Race and the geography of healthcare. *Medical Care*, 47(2), 135-137.

Chatman, J. A. (1989). Improving Interactional Organizational Research : A Model of Person-Organization Fit. *Academy of Management review*, 14(3), 333-349.

Chatman, J. A. (1991). Matching People and Organizations : Selection and Socialization in Public Accounting Firms *Administrative Science Quarterly*, 36(91), 459-484.

Cleary, P., Zaslavsky, A. et Cioffi, M. (2000). *Sex Differences in Assessments of the Quality of Medicare Managed Care*.

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychol Bull*, 112(1), 155-159.

College of Family Physicians of Canada, Canadian Medical Association et Royal College of Physicians of Canada. (2010). The National Physicians Survey. Repéré à <http://nationalphysiciansurvey.ca/>

Commissaire à la santé et au bien-être. (2011). L'expérience de soins de la population : le Québec comparé - Résultats de l'enquête internationale du Commonwealth Fund de 2010 auprès de la population de 18 ans et plus. Repéré à [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010/CWF/csbe\\_CWF2010.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010/CWF/csbe_CWF2010.pdf)

Commissaire à la santé et au bien-être. (2012). L'expérience de soins des personnes présentant les plus grands besoins de santé : le Québec comparé - Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2011. Repéré à [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2011/CWF/csbe\\_CWF2011.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2011/CWF/csbe_CWF2011.pdf)

Commissaire à la santé et au bien-être. (2014). 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 2013. Repéré à [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/CWF/CSBE\\_CWF\\_2016\\_Rapport\\_Resultats.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/CWF/CSBE_CWF_2016_Rapport_Resultats.pdf)

Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L. et Boyle, P. (2005). *Savoir préparer une recherche : La définir, la structurer, la financer*. Gaetan morin.

Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. L. et Avargues, M. C. (2000). Evaluation in the health sector: concepts and methods. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 48(6), 517-539.

- Contandriopoulos, A. P., Denis, J. L. et Avargues, M. C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 48, 517-539.
- Contandriopoulos, A. P., Denis, J. L. et Touati, N. (2001). Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 38-52.
- Cooper, L. A. et Powe, N. R. (2004). Disparities in Patient Experiences, Health Care Processes, and Outcomes : The Role of Patient-Provider Racial, Ethnic, and Language Concordance The Commun Wealth Fund
- Coyle, N., Strumpf, E., Fiset-Laniel, J., Tousignant, P. et Roy, Y. (2014). Characteristics of physicians and patients who join team-based primary care practices: Evidence from Quebec's Family Medicine Groups. *Health Policy*, 116(2), 264-272. doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.02.010>
- Cram, P., Saag, K. G., Lou, Y., Edmonds, S. W., Hall, S. F., Roblin, D. W., . . . Wolinsky, F. D. (2017). Racial Differences and Disparities in Osteoporosis-related Bone Health: Results From the PAADRN Randomized Controlled Trial. *Med Care*, 55(6), 561-568. doi: 10.1097/mlr.0000000000000718
- Darlington, E., Violon, N. et Jourdan, D. (2018). *Implementation of health promotion programmes in schools: An approach to understand the influence of contextual factors on the process?*
- Delnoij, D. (2009). Measuring patient experiences in Europe: what can we learn from the experiences in the USA and England? *European Journal of Public Health*, 19(4), 354-356. doi: 10.1093/eurpub/ckp105
- Denberg, T. D., Kim, F. J., Flanigan, R. C., Fairclough, D., Beaty, B. L., Steiner, J. F. et Hoffman, R. M. (2006). The influence of patient race and social vulnerability on urologist treatment recommendations in localized prostate carcinoma. *Med Care*, 44(12), 1137-1141. doi: 10.1097/01.mlr.0000233684.27657.36
- Devault, A. et Féchette, L. (2002). Le soutien social et l'intervention de nature psychosociale ou communautaire *Série RECHERCHES, no 19*: Centre d'étude et de recherche en intervention sociale GÉRIS, Université du Québec en Outaouais.
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of medical care administration: Specifying requirements for health care*. Cambridge: Harvard University Press.
- Doty, D. H. et Glick, W. H. (1994). Typologies as a Unique Form of Theory Building: Toward Improved Understanding and Modeling. *The Academy of Management Review*, 19(2), 230-251. doi: 10.2307/258704

- Doyal, L. (2001). Sex, gender, and health: the need for a new approach. *BMJ*, 323(7320), 1061-1063.
- Doyle, C., Lennox, L. et Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, 3(1).
- Dubé-Linteau, A. et Institut de la statistique du Québec. (2017). Mesure de l'expérience patient par enquête : des concepts aux bonnes pratiques. Repéré à file:///O:/R%C3%A9vision\_2018/mesure-experience-patient.pdf
- Duncan, C., Jones, K. et Moon, G. (1996). Health-related behaviour in context: a multilevel modelling approach. *Soc Sci Med*, 42(6), 817-830.
- Economou, A., Nikolaou, A. et Theodossiou, I. (2008). Socioeconomic status and health-care utilization: A study of the effects of low income, unemployment and hours of work on the demand for health care in the European Union. *Health Services Management Research*, 21(1), 40-59. doi: 10.1258/hsmr.2007.007013
- Elliott, M., Haviland, A., Orr, N., Hambarsoomian, K. et Cleary, P. (2011). How do the experiences of Medicare beneficiary subgroups differ between managed care and original Medicare? *Health Services Research*, 46(4), 1039-1058. doi: 10.1111/j.1475-6773.2011.01245.x
- Elliott, M. N., Haviland, A. M., Kanouse, D. E., Hambarsoomian, K. et Hays, R. D. (2009). Adjusting for subgroup differences in extreme response tendency in ratings of health Care: Impact on disparity estimates. *Health Services Research*, 44(2 Pt 1), 542-561. doi: 10.1111/j.1475-6773.2008.00922.x
- Elliott, M. N., Lehrman, W. G., Beckett, M. K., Goldstein, E., Hambarsoomian, K. et Giordano, L. A. (2012). Gender differences in patients' perceptions of inpatient care. *Health Services Research*, 47(4), 1482-1501. doi: 10.1111/j.1475-6773.2012.01389.x
- Elliott, M. N., Lehrman, W. G., Goldstein, E., Hambarsoomian, K., Beckett, M. K. et Giordano, L. A. (2010). Do hospitals rank differently on HCAHPS for different patient subgroups? *Med Care Res Rev*, 67(1), 56-73. doi: 10.1177/1077558709339066
- Elstad, J. I. (2016). Income inequality and foregone medical care in Europe during The Great Recession: multilevel analyses of EU-SILC surveys 2008–2013. *International Journal for Equity in Health*, 15, 101. doi: 10.1186/s12939-016-0389-6
- Fiscella, K. et Shin, P. (2005). The inverse care law: implications for healthcare of vulnerable populations. *J Ambul Care Manage*, 28(4), 304-312.

- Fongwa, M. N., Cunningham, W., Weech-Maldonado, R., Gutierrez, P. R. et Hays, R. D. (2008). Reports and Ratings of Care: Black and White Medicare Enrollees. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 19(4), 1136-1147.
- Fossett, J. W., Perloff, J. D., Kletke, P. R. et Peterson, J. A. (1992). Medicaid and access to child health care in Chicago. *J Health Polit Policy Law*, 17(2), 273-298.
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale* Paris: Payot.
- Friedberg, M. W., Hussey, P. S. et Schneider, E. C. (2010). Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care. *Health Aff (Millwood)*, 29(5), 766-772. doi: 10.1377/hlthaff.2010.0025
- Frohlich, K. (2000). *The collective lifestyles framework: A contextual analysis of social practices, social structure and disease*. (Thèse de doctorat, Université De Montréal). Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/6804/these.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Frohlich, K. L. et Potvin, L. (2008). The Inequality Paradox: The Population Approach and Vulnerable Populations. *American Journal of Public Health*, 98(2), 216-221.
- Frohlich, K. L., Potvin, L., Chabot, P. et Corin, E. (2002). A theoretical and empirical analysis of context: neighbourhoods, smoking and youth. *Soc Sci Med*, 54(9), 1401-1417.
- Fukuda, Y., Nakamura, K. et Takano, T. (2005). Reduced likelihood of cancer screening among women in urban areas and with low socio-economic status: A multilevel analysis in Japan. *Public Health*, 119(10), 875-884. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2005.03.013>
- Fuller-Thomson, E., Noack, A. M. et George, U. (2011). Health decline among recent immigrants to Canada: findings from a nationally-representative longitudinal survey. *Canadian Journal Of Public Health = Revue Canadienne De Santé Publique*, 102(4), 273-280.
- Gauthier, J., Haggerty, J., Lamarche, P., Lévesque, J. F., Morin, D., Pineault, R. et Sylvain, H. (2009). Between Adaptability and Fragility : Conditions for Access to Health Services for Rural and Remote Communities. Submitted to the Canadien Health Services Research Foundation (CHSRF)
- Gelberg, L., Andersen, R. M. et Leake, B. D. (2000). The Behavioral Model for Vulnerable Populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. *Health Services Research*, 34(6), 1273-1302.

- German, D. et Latkin, C. A. (2012). SOCIAL STABILITY AND HIV RISK BEHAVIOR: EVALUATING THE ROLE OF ACCUMULATED VULNERABILITY. *AIDS and Behavior*, 16(1), 168-178. doi: 10.1007/s10461-011-9882-5
- Gissler, M., Keskimaki, I., Teperi, J., Jarvelin, M. et Hemminki, E. (2000). Regional equity in childhood health - register-based follow-up of the Finnish 1987 birth cohort. *Health & Place*, 6(4), 329 - 336.
- Glazier, R., Tepper, J., Agha, M., Moineddin, R. et Institute for Clinical Evaluative Sciences. (2006). Primary care in disadvantaged populations. In: Primary care in Ontario: ICES Atlas. Repéré à [http://www.jcb.utoronto.ca/people/publications/PC\\_atlas\\_complete.pdf](http://www.jcb.utoronto.ca/people/publications/PC_atlas_complete.pdf)
- Goldstein, A. (1994). Many doctors in few places. Repéré à [https://www.washingtonpost.com/archive/politics/1994/07/31/many-doctors-in-few-places/808c8ff3-63d0-4420-985f-4bb1b7784c59/?utm\\_term=.4f73ae3c3a32](https://www.washingtonpost.com/archive/politics/1994/07/31/many-doctors-in-few-places/808c8ff3-63d0-4420-985f-4bb1b7784c59/?utm_term=.4f73ae3c3a32)
- Goldstein, E., Elliott, M. N., Lehrman, W. G., Hambarsoomian, K. et Giordano, L. A. (2010). Racial/ethnic differences in patients' perceptions of inpatient care using the HCAHPS survey. *Med Care Res Rev*, 67(1), 74-92. doi: 10.1177/1077558709341066
- Grabovschi, C., Loignon, C. et Fortin, M. (2013). Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 13, 94-94. doi: 10.1186/1472-6963-13-94
- Grady, C. (2009). Vulnerability in Research: Individuals with Limited Financial and/or Social Resources. *journal of law, medicine & ethics, Vulnerability in biomedical research, spring 2009*, 19-27.
- Granados, J. A. (2013). Health at advanced age: Social inequality and other factors potentially impacting longevity in nine high-income countries. *Maturitas*, 74(2), 137-147. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.11.013>
- Green, S. B. (1991). How Many Subjects Does It Take To Do A Regression Analysis. *Multivariate Behav Res*, 26(3), 499-510. doi: 10.1207/s15327906mbr2603\_7
- Greene, J., Blustein, J. et Weitzman, B. C. (2006). Race, segregation, and physicians' participation in medicaid. *Milbank Q*, 84(2), 239-272. doi: 10.1111/j.1468-0009.2006.00447.x
- Greenland, S. et Pearce, N. (2015). Statistical Foundations for Model-Based Adjustments. *Annual Review of Public Health*, 36(1), 89-108. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031914-122559
- Griffiths, F. (2007). Complexity science and its relevance for primary health care research. *Ann Fam Med*, 5(4), 377-378. doi: 10.1370/afm.727



- Gulliford, M. C., Naithani, S. et Morgan, M. (2006). Measuring continuity of care in diabetes mellitus: an experience-based measure. *Annals of Family Medicine*, 4(6), 548-555.
- Haggerty, J., Burge, F., Lévesque, J.-F., Gass, D., Pineault, R. et Beaulieu, M.-D. (2007). Operational definitions of attributes of primary care: consensus among Canadian experts. *Annals of Family Medicine*, 5(4), 336-344.
- 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), 1056-1057.
- 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. *Ann Fam Med*, 6(2), 116-123. doi: 10.1370/afm.802
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. et Black, W. (2005). *Multivariate Data Analysis* (5<sup>e</sup> éd.). New Jersey, USA: Prentice Hall.
- Hamel, M., Pineault, R., Levesque, J. F., Roberge, D., Lozier-Sergerie, A., Simard, B., . . . Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoine. (2007). L'organisation des services de santé de première ligne : portrait des services médicaux de première ligne à Montréal et en Montérégie. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/726-OrganisationServices.pdf>
- Haviland, A. M., Elliott, M. N., Weech-Maldonado, R., Hambarsoomian, K., Orr, N. et Hays, R. D. (2012). Racial/ethnic disparities in Medicare Part D experiences. *Med Care*, 50(Suppl), S40-47. doi: 10.1097/MLR.0b013e3182610aa5
- Hayes, A. F. (2013). *Methodology in the social sciences. Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Hiotis, K., Ye, W., Spoto, R., Goldberg, J., Mukhi, V. et Skinner, K. (2005). The importance of location in determining breast conservation rates. *The American Journal of Surgery*, 190(1), 18-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2004.12.002>
- Holland, J. (1995). *Hidden Order: How Adaptation Builds Complexity*. Helix Books ed.
- Houle, C., Sanmartin, C., Berthelot, J. M., Tremblay, S. et Statistique Canada. (2002). Rapports sur la santé - Besoins non satisfaits de soins de santé : évolution. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2001003/article/6101-fra.pdf>
- Huibers, L., Koetsenruijter, J., Grol, R., Giesen, P. et Wensing, M. (2013). Follow-up after telephone consultations at out-of-hours primary care. *Journal Of The American Board Of Family Medicine: JABFM*, 26(4), 373-379. doi: 10.3122/jabfm.2013.04.120185

- Institut canadien d'information sur la santé. (2009). Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada. Repéré à [https://secure.cihi.ca/free\\_products/cse\\_phc\\_aib\\_fr.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/cse_phc_aib_fr.pdf)
- Institut canadien d'information sur la santé. (2012). Disparities in Primary Health Care Experiences Among Canadians with Ambulatory Care Sensitive Conditions. Repéré à [https://secure.cihi.ca/free\\_products/PHC\\_Experiences\\_AiB2012\\_E.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/PHC_Experiences_AiB2012_E.pdf)
- Institut national de la santé et de la recherche médicale. (2011). Mesure de l'expérience du patient : Analyse des initiatives internationales. Repéré à <http://www.rpcu.qc.ca/pdf/documents/Rapport-experience-patientVF.pdf>
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: Institute of Medicine. The National Academies Press.
- Jha, A. K., Orav, E. J., Zheng, J. et Epstein, A. M. (2008). Patients' perception of hospital care in the United States. *N Engl J Med*, 359(18), 1921-1931. doi: 10.1056/NEJMsa0804116
- Kauffman, S. A. (1993). *The Origine of Order : Self-organization and selection in evolution*. New York: Oxford University Press.
- Kawachi, I., Kennedy, B., Gupta, V. et Prothrow-Stith, D. (1999). Women's status and the health of women and men: a view from the States. *Social Science and Medicine*, 48(1), 21 - 32.
- Keenan, P. S., Elliott, M. N., Cleary, P. D., Zaslavsky, A. M. et Landon, B. E. (2009). Quality assessments by sick and healthy beneficiaries in traditional Medicare and Medicare managed care. *Medical Care*, 47(8), 882-888. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181a39415
- Kleinbaum, D. G. et Klein, M. (2002). *Logistic regression A self learning text*. (2<sup>e</sup> éd.). New York, USA: Springer.
- Kontopantelis, E., Roland, M. et Reeves, D. (2010). Patient experience of access to primary care: Identification of predictors in a national patient survey *BMC Family Practice*, 11, 61. doi: 10.1186/1471-2296-11-61
- Kvist, T., Voutilainen, A., Mäntynen, R. et Vehviläinen-Julkunen, K. (2014). The relationship between patients' perceptions of care quality and three factors: nursing staff job satisfaction, organizational characteristics and patient age. *BMC Health Services Research*, 14, 466-466. doi: 10.1186/1472-6963-14-466
- La Vela, S. L. et Gallan, A. S. (2014). Evaluation and measurement of patient experience. *Patient Experience Journal*, 1(1), 28-36.
- Lakey, B., McCabe, K. M., Fiscicaro, S. A. et Drew, J. B. (1996). Environment and perceived determinants of supports perceptions : Three generalizability studies *Journal of Personality and Social Psychology*(70), 1270-1280.

- Lamarche, P. (2006). PHC Mix of models, performance and contexte, Confrence at the PHC Cost-Effectiveness Research Project *Think Tank 2*. Toronto.
- Lamarche, P. (2014). *Organisations de santé et complexité, Notes de cours, ASA 6752*. Université de Montréal.
- Lamarche, P., Beaulieu, M.-D., Pineault, R., Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Haggerty, J., . . . Santé Canada. (2003). Sur la voie du changement : pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada. Repéré à [http://www.getoss.enap.ca/GETOSS/Publications/Lists/Publications/Attachments/420/Sur\\_la\\_voie\\_2003.pdf](http://www.getoss.enap.ca/GETOSS/Publications/Lists/Publications/Attachments/420/Sur_la_voie_2003.pdf)
- Lamarche, P. et Pineault, R. (2006). Projet 3 du programme de recherche «Gauthier J, Haggerty J, Pineault R, Lamarche P, Morin D, Sylvain H, Levesque J-F, Feldman F, Abrahamowicz M. Modèles d'organisation des services de santé primaire et accès aux services pour les communautés rurales, éloignées et isolées du Québec ». RC2-0985-05,2002-2006. Ottawa: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS).
- Lamarche, P., Pineault, R., Gauthier, J., Hamel, M. et Haggerty, J. (2011). Availability of healthcare resources, positive ratings of the care experience and extent of service use: an unexpected relationship. *Healthc Policy*, 6(3), 46-56.
- Lamarche, P., Pineault, R., Haggerty, J., Hamel, M., Levesque, J.-F. et Gauthier, J. (2010). The experience of primary health care users: a rural-urban paradox. *Can J Rural Med*, 15(2), 61-66.
- Landon, B. E., Gill, J. M., Antonelli, R. C. et Rich, E. C. (2010). Prospects for rebuilding primary care using the patient-centered medical home. *Health Aff (Millwood)*, 29(5), 827-834. doi: 10.1377/hlthaff.2010.0016
- Landon, B. E., Zaslavsky, A. M., Bernard, S. L., Cioffi, M. J. et Cleary, P. D. (2004). Comparison of performance of traditional Medicare vs Medicare managed care. *Jama*, 291(14), 1744-1752. doi: 10.1001/jama.291.14.1744
- Larkin, M. (2009). *Vulnerable groups in health and social care*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- LaVela, S. (2014). Evaluation and measurement of patient experience. *Patient Experience Journal*, 1(1), 28-36.
- Law, M. R. et Morris, J. K. (1998). Why is mortality higher in poorer areas and in more northern areas of England and Wales? *J Epidemiol Community Health*, 52(6), 344-352.

- Leduc, N. (2007). *Méthodologie de la recherche, Notes de cours, ASA 6177* Université de Montréal, Département d'administration de la santé
- Lessard-Hébert, M., Boutin, G. et Goyette, G. (1995). *La recherche qualitative : fondements et pratiques* Montréal: Éditions Nouvelles.
- Levesque, J. F., Descôteaux, 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*. Montréal, Canada: Institut National de santé publique du Québec.
- Levesque, J. F., Pineault, R., Hamel, M., Roberge, D., Kapetanakis, C., Simard, B., . . . Centre de recherche de l'hôpital LeMoine. (2007). Les besoins non comblés de services médicaux : un reflet de l'accessibilité des services de première ligne. Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/709\\_cahier\\_thematique\\_bnc.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/709_cahier_thematique_bnc.pdf)
- Levesque, J. F., Pineault, R., Kapetanakis, C., Hamel, M., Roberge, D., Robert, L. et Simard, B. (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., Simard, B., Roberge, D., Hamel, M., Kapetanakis, C., . . . Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoine. (2007). L'expérience de soins de la population : portrait des variations intra-régionales à Montréal et en Montérégie. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/628-ExperienceDeSoinsDeLaPopulation-Resume.pdf>
- Litaker, D. et Tomolo, A. (2007). Association of contextual factors and breast cancer screening: finding new targets to promote early detection. *Journal Of Women's Health* (2002), 16(1), 36-45.
- Loeb, D. F., Binswanger, I. A., Candrian, C. et Bayliss, E. A. (2015). Primary care physician insights into a typology of the complex patient in primary care. *Ann Fam Med*, 13(5), 451-455. doi: 10.1370/afm.1840
- Lurie, N., Zhan, C., Sangl, J., Bierman, A. S. et Sekscenski, E. S. (2003). Variation in racial and ethnic differences in consumer assessments of health care. *American Journal of Managed Care*, 9(7), 502-509 508p.
- Lyratzopoulos, G., Elliott, M., Barbieri, J. M., Henderson, A., Staetsky, L., Paddison, C., . . . Roland, M. (2012). Understanding ethnic and other socio-demographic differences in patient experience of primary care: evidence from the English General Practice Patient Survey. *BMJ Qual Saf*, 21(1), 21-29. doi: 10.1136/bmjqs-2011-000088

- Macintyre, S., Ellaway, A. et Cummins, S. (2002). Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social Science & Medicine*, 55(1), 125-139.
- Macintyre, S. et Ellaway, S. (2000). Ecological Approaches: Rediscovering the Role of the Physical and Social Environment. In: Berkman LF, Kawachi I, editors. *Social epidemiology*. New York (NY): Oxford University Press; 2000. p. 332-48. (*Social Epidemiology* (p. 332-348): Oxford, University Press.
- Manary, M., Staelin, R., Kosel, K., Schulman, K. A. et Glickman, S. W. (2015). Organizational characteristics and patient experiences with hospital care: a survey study of hospital chief patient experience officers. *American Journal Of Medical Quality: The Official Journal Of The American College Of Medical Quality*, 30(5), 432-440. doi: 10.1177/1062860614539994
- Martino, S. C., Elliott, M. N., Hambarsoomian, K., Weech-Maldonado, R., Gaillot, S., Haffer, S. C. et Hays, R. D. (2016). Racial/Ethnic Disparities in Medicare Beneficiaries' Care Coordination Experiences. *Med Care*, 54(8), 765-771. doi: 10.1097/mlr.0000000000000556
- Martsof, G. R., Elliott, M. N., Haviland, A. M., Burkhart, Q., Orr, N., Gaillot, S. et Saliba, D. (2018). Care Experiences Among Medicare Beneficiaries With and Without a Personal Physician. *Medical Care, Publish Ahead of Print*. doi: 10.1097/mlr.0000000000000886
- Matthews, A. M. (1988). Variations in the conceptualization and measurement of rurality: Conflicting findings on the elderly widowed. *Journal of Rural Studies*, 4(2), 141-150.
- Maynou, L. et Saez, M. (2016). Economic crisis and health inequalities: evidence from the European Union. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 135. doi: 10.1186/s12939-016-0425-6
- McCarthy, M., Datta, P. et Sherlaw-Johnson, C. (2009). Organizational determinants of patients' experiences of care for breast, lung and colorectal cancers. *European Journal Of Cancer Care*, 18(3), 287-294. doi: 10.1111/j.1365-2354.2008.00966.x
- McCusker, J., Yaffe, M., Sussman, T., Kates, N., Mulvale, G., Jayabarathan, A., . . . Haggerty, J. (2013). Developing an evaluation framework for consumer-centred collaborative care of depression using input from stakeholders. *Canadian Journal Of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 58(3), 160-168.
- McKelvey, B. (1982). *Organizational systematics: taxonomy, evolution, classification*. Berkeley: Berkeley : University of California Press.

- Mead, N. et Roland, M. (2009). Understanding why some ethnic minority patients evaluate medical care more negatively than white patients: A cross sectional analysis of a routine patient survey in English general practices. *BMJ*, 339. doi: 10.1136/bmj.b3450
- Mechanic, D. et Tanner, J. (2007). Vulnerable people, groups, and populations: Societal View. *Health Aff (Millwood)*, 26(5), 1220-1230. doi: 10.1377/hlthaff.26.5.1220
- Meyer, A. D., Tsui, A. S. et Hinings, C. R. (1993). Configurational approaches to organizational analysis. *Academy of Management Journal*, 36(6), 1175-1195.
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Version traduite de la 2<sup>ème</sup> édition
- Miller, D. (1986). Configurations of Strategy and Structure: Towards a Synthesis. *Strategic Management Journal*, 7(3), 233-249.
- Miller, D. (1992). Environmental fit versus internal fit *Organization Science*, 3(2), 159-178.
- Miller, D. (1996). Configurations de stratégies et de structures : un pas vers la synthèse. *Gestion*, 21(1):, 43-54.
- Miller, D. (1999). Notes on the Study of Configurations. *MIR: Management International Review*, 39(2), 27-39.
- Miller, W. L., Crabtree, B. F., McDaniel, R. et Stange, K. C. (1998). Understanding change in primary care practice using complexity theory. *J Fam Pract*, 46(5), 369-376.
- Mitchell, K. J., Fritschi, L., Reid, A., McEvoy, S. P., Ingram, D. M., Jamrozik, K., . . . Byrne, M. J. (2006). Rural–urban differences in the presentation, management and survival of breast cancer in Western Australia. *The Breast*, 15(6), 769-776. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.breast.2006.04.001>
- Mobley, L. R., May Kuo, T.-M., Driscoll, D., Clayton, L. et Anselin, L. (2008). Heterogeneity in mammography use across the nation: Separating evidence of disparities from the disproportionate effects of geography. *International Journal of Health Geographics*, 7(1), 32. doi: 10.1186/1476-072X-7-32
- Monnat, S. M. et Beeler Pickett, C. (2011). Rural/urban differences in self-rated health: Examining the roles of county size and metropolitan adjacency. *Health & Place*, 17(1), 311-319. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.11.008>
- Morales, L. S., Elliott, M. N., Weech-Maldonado, R., Spritzer, K. L. et Hays, R. D. (2001). Differences in CAHPS adult survey reports and ratings by race and ethnicity: an analysis of the National CAHPS benchmarking data 1.0. *Health Serv Res*, 36(3), 595-617.

- Morin, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*. Paris: Éditions du Seuil.
- Muggah, E., Dahrouge, S. et Hogg, W. (2012). Access to primary health care for immigrants: results of a patient survey conducted in 137 primary care practices in Ontario, Canada. *BMC Family Practice*, 13, 128-128. doi: 10.1186/1471-2296-13-128
- 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. *Canadian Family Physician Médecin De Famille Canadien*, 60(1), e24-e31.
- Murphy, J. F. et Hepworth, J. T. (1996). Age and gender differences in health services utilization. *Research in Nursing & Health*, 19(4), 323-329.
- Murray, C. et Frank, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ*, 78(6), 717-731.
- National Health Service. (2013). The patient experience book. Repéré à <http://www.cafecopywriter.com/wp-content/uploads/2017/03/The-Patient-Experience-Book-1.pdf>
- Nelson, C. H. et Park, J. (2006). The nature and correlates of unmet health care needs in Ontario, Canada. *Social Science & Medicine*, 62(9), 2291-2300. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.10.014>
- Newbold, K. B. (2005). Self-rated health within the Canadian immigrant population: risk and the healthy immigrant effect. *Social Science & Medicine*, 60(6), 1359-1370. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.06.048>
- Nguyen, H. L., Saczynski, J. S., Gore, J. M. et Goldberg, R. J. (2010). Age and sex differences in duration of prehospital delay in patients with acute myocardial infarction: a systematic review. *Circulation. Cardiovascular Quality And Outcomes*, 3(1), 82-92. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.109.884361
- Norwegian Knowledge Centre for the Health Services. (2008). National and cross-national surveys of patient experiences : a structured review (Rapport No 7- 2008). Repéré à [https://fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/publikasjoner/rapporter/20082/rapport\\_0807\\_oecd\\_patientexperiencesurveys.pdf](https://fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/publikasjoner/rapporter/20082/rapport_0807_oecd_patientexperiencesurveys.pdf)
- Organisation de Coopération et de Développement Économiques. (2002). Être à la hauteur : Mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1787/9789264295957-fr>
- Organisation mondiale de la Santé. (1978). Les soins de santé primaires. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma-Ata (URSS), 6-12

septembre 1978. Repéré à  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39243/9242800001.pdf;jsessionid=706E9D57F228483333450DF77BB91C2F?sequence=1>

Organisation mondiale de la Santé. (2000). Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant. Repéré à  
[http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_fr.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_fr.pdf?ua=1)

Organisation mondiale de la Santé (2008). *Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*. Genève, Suisse: OMS.

Organisation mondiale de la Santé (2013). *Rapport sur la santé dans le monde 2013 : La recherche pour la couverture sanitaire universelle*. Genève, Suisse: OMS.

Ostroff, C. et Schmitt, N. (1993). Configurations of organizational effectiveness and efficiency *Academy of Management Journal*, 35(6), 1345-1361.

Pampalon, R., Hamel, D., Gamache, P. et Raymond, G. (2009). Un indice de défavorisation pour la planification de la santé au Canada. *Maladies chroniques au Canada*, 29(4), 199-213.

Pampalon, R. et Raymond, G. (2000). Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec. *Maladies chroniques au Canada*, 21(3), 104-113.

Pathman, D. E., Ricketts, T. C., 3rd et Konrad, T. R. (2006). How adults' access to outpatient physician services relates to the local supply of primary care physicians in the rural southeast. *Health Serv Res*, 41(1), 79-102. doi: 10.1111/j.1475-6773.2005.00454.x

Pauly, M. V. et Pagan, J. A. (2007). Spillovers and vulnerability: the case of community uninsurance. *Health Aff (Millwood)*, 26(5), 1304-1314. doi: 10.1377/hlthaff.26.5.1304

Penchansky, R. et Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140.

Perloff, J. D., Kletke, P. et Fossett, J. W. (1995). Which physicians limit their Medicaid participation, and why. *Health Serv Res*, 30(1), 7-26.

Perneger, T. V. (1998). What's wrong with Bonferroni adjustments. *BMJ : British Medical Journal*, 316(7139), 1236-1238.

Perneger, T. V. (1999). Adjusting for multiple testing in studies is less important than other concerns. *BMJ : British Medical Journal*, 318(7193), 1288-1288.



- Peterson, L. E., Tsai, A. C., Petterson, S. et Litaker, D. G. (2009). Rural–urban comparison of contextual associations with self-reported mental health status. *Health & Place*, 15(1), 125-132. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2008.03.001>
- Pierce, T., Baldwin, M. W. et Lydon, J. E. (1997). *A Relational Scheme Approach to Social Support*. In Pierce, B., Lakey, I.G. , Sarason, B.R. Sarason (Eds). *Sourcebook of social support and personality*. . New York and London: Plenum Press.
- Pineault, R. (2012). *Comprendre le système de santé pour mieux le gérer*. Québec: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Pineault, R., Borgès Da Silva, R., Prud'homme, A., Fournier, M., Couture, A., Provost, S. et Levesque, J.-F. (2014). Impact of Québec's healthcare reforms on the organization of primary healthcare (PHC): a 2003-2010 follow-up. *BMC Health Services Research*, 14(1), 1-12. doi: 10.1186/1472-6963-14-229
- Pineault, R. et Daveluy, C. (1996). *La planification de la santé : concepts, méthodes et stratégies*. Montréal, Québec: Éditions Nouvelles.
- Pineault, R., Levesque, J. F., Roberge, D., Hamel, M., Lamarche, P., Haggerty, J., . . . Centre de recherche Hôpital Charles LeMoine. (2008). L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec : rapport de recherche. Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/777\\_ServicesPremLignes.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/777_ServicesPremLignes.pdf)
- 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
- Plsek, P. E. et Greenhalgh, T. (2001). The challenge of complexity in health care. *BMJ*, 323(7313), 625-628. doi: 10.1136/bmj.323.7313.625
- Poland, B., Frohlich, K. L. et Cargo, M. (2009). Context as a Fundamental Dimension of Health Promotion Program Evaluation. Dans L. Potvin, D. V. McQueen, M. Hall, L. de Salazar, L. M. Anderson & Z. M. A. Hartz (dir.), *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas: Values and Research* (p. 299-317). New York, NY: Springer New York.
- Potvin, L., Haddad, S. et Frohlich, K. L. (2001). Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programmes. *WHO regional publications. European series*(92), 45-62.
- Price, R. A., Elliott, M. N., Zaslavsky, A. M., Hays, R. D., Lehrman, W. G., Rybowski, L., . . . Cleary, P. D. (2014). Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. *Medical Care Research and Review*, 71(5), 522-554. doi: 10.1177/1077558714541480

- Price, R. A., Haviland, A. M., Hambarsoomian, K., Dembosky, J. W., Gaillot, S., Weech-Maldonado, R., . . . Elliott, M. N. (2015). Do experiences with Medicare managed care vary according to the proportion of same-race/ethnicity/language individuals enrolled in one's contract? *Health Services Research*, 50(5), 1649-1687. doi: 10.1111/1475-6773.12292
- Proschan, M. A. et Waclawiw, M. A. (2000). Practical guidelines for multiplicity adjustment in clinical trials. *Control Clin Trials*, 21(6), 527-539.
- Quesnel-Vallée, A., Luchenski, S. et Lynch, J. (2008). Differences between women's and men's socioeconomic inequalities in health: longitudinal analysis of the canadian population, 1994-2003 *J Epidemiol Community Health*, 62(12), 1036-1044. doi: 10.1136/jech.2007.068908
- Quintanilha, M., Mayan, M. J., Thompson, J. et Bell, R. C. (2016). Contrasting “back home” and “here”: how Northeast African migrant women perceive and experience health during pregnancy and postpartum in Canada. *Int J Equity Health*, 15. doi: 10.1186/s12939-016-0369-x
- Read, J. n. G., Amick, B. et Donato, K. M. (2005). Arab immigrants: a new case for ethnicity and health? *Social Science & Medicine*, 61(1), 77-82. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.054>
- Reeves, R. et Secombe, I. (2008). Do patient surveys work? The influence of a national survey programme on local quality-improvement initiatives. *Quality and Safety in Health Care*, 17(6), 437.
- Reeves, R., West, E. et Barron, D. (2013). Facilitated patient experience feedback can improve nursing care: a pilot study for a phase III cluster randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res*, 13, 259. doi: 10.1186/1472-6963-13-259
- Reid, R. J., Mckendry, R., Haggerty, J. et Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2002). Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins : rapport final. Repéré à [http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr\\_contcare\\_f.pdf](http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_f.pdf)
- Rivard, M. (2010). *Régression logistique / Analyse de survie, Note de cours, MSO 6069* Université de Montréal.
- Riverin, B. D., Li, P., Naimi, A. I., Diop, M., Provost, S. et Strumpf, E. (2017). Team-based innovations in primary care delivery in Quebec and timely physician follow-up after hospital discharge: a population-based cohort study. *CMAJ Open*, 5(1), E28-E35. doi: 10.9778/cmajo.20160059

- Roberge, D., Pineault, R., Hamel, D., Borgès Da Silva, R., Cazale, L., Lévesque, J.-F. et Ouellet, D. (2007). Rapport méthodologique de l'analyse des contextes *L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec*: Centre de recherche de l'hôpital Charles Lemoyne, agence de la santé et des services sociaux de Montréal-Direction de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.
- Rodriguez, H. P., Scoggins, J. F., von Glahn, T., Zaslavsky, A. M. et Safran, D. G. (2009). Attributing Sources of Variation in Patients' Experiences of Ambulatory Care. *Medical Care*, 47(8), 835-841.
- Rodriguez, H. P., von Glahn, T., Grembowski, D. E., Rogers, W. H. et Safran, D. G. (2008). Physician Effects on Racial and Ethnic Disparities in Patients' Experiences of Primary Care. *Journal of General Internal Medicine*, 23(10), 1666-1672. doi: 10.1007/s11606-008-0732-8
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 65-72.
- Rogers, J. et Curtis, P. (1980). The concept and measurement of continuity in primary care. *Am J Public Health*, 70(2), 122-127.
- Rothman, K. J. (1990). No adjustments are needed for multiple comparisons. *Epidemiology*, 1(1), 43-46.
- Rothman, K. J., Gallacher, J. E. J. et Hatch, E. E. (2013). Why representativeness should be avoided. *International Journal of Epidemiology*, 42(4), 1012-1014. doi: 10.1093/ije/dys223
- Russell, G. M., Dahrouge, S., Hogg, W., Geneau, R., Muldoon, L. et Tuna, M. (2009). Managing Chronic Disease in Ontario Primary Care: The Impact of Organizational Factors. *Ann Fam Med*, 7(4), 309-318. doi: 10.1370/afm.982
- Safran, D. G. (2003). Defining the Future of Primary Care: What Can We Learn from Patients? *Ann Intern Med*, 138(3), 248-255.
- Safran, D. G., Kosinski, M., Tarlov, A. R., Rogers, W. H., Taira, D. A., Lieberman, N. et Ware, J. E. (1998). The Primary Care Assessment Survey: Tests of Data Quality and Measurement Performance. *Medical Care*, 36(5), 728-739.
- Saha, S., Komaromy, M., Koepsell, T. D. et Bindman, A. B. (1999). Patient-physician racial concordance and the perceived quality and use of health care. *Arch Intern Med*, 159(9), 997-1004.

- Sakshaug, J. W. et West, B. T. (2014). Important considerations when analyzing health survey data collected using a complex sample design. *American Journal of Public Health*, 104(1), 15-16. doi: 10.2105/AJPH.2013.301515
- Saloner, B. et Gresenz, C. R. (2016). Health Care Experiences of Latino Children in Emerging and Traditional Destinations. *Medical Care*, 54(5), 442-448. doi: 10.1097/mlr.0000000000000504
- Sandvik, H., Hunskaar, S. et Diaz, E. (2012). Immigrants' use of of emergency primary health care in Norway: a registry-based observational study *BMC Health Services Research*.
- Sanmartin, C. et Ross, N. A. (2006). Experiencing difficulties accessing first-contact health services in Canada: Canadians without regular doctors and recent immigrants have difficulties accessing first-contact healthcare services. Reports of difficulties in accessing care vary by age, sex and region. *Healthcare Policy*, 1(2), 103-119.
- Schoen, C., Davis, K., DesRoches, C., Donelan, K. et Blendon, R. (2000). Health insurance markets and income inequality: findings from an international health policy survey. *Health Policy*, 51(2), 67-85.
- Schoen, C. et Doty, M. M. (2004). Inequities in access to medical care in five countries: findings from the 2001 Commonwealth Fund International Health Policy Survey. *Health Policy*, 67(3), 309-322. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2003.09.006>
- Schoen, C., Osborn, R., Doty, M. M., Bishop, M., Peugh, J. et Murukutla, N. (2007). Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. *Health Aff (Millwood)*, 26(6), w717-734. doi: 10.1377/hlthaff.26.6.w717
- Schoen, C., Osborn, R., How, S. K., Doty, M. M. et Peugh, J. (2009). In chronic condition: experiences of patients with complex health care needs, in eight countries, 2008. *Health Aff (Millwood)*, 28(1), w1-16. doi: 10.1377/hlthaff.28.1.w1
- Schoen, C., Osborn, R., Huynh, P. T., Doty, M., Davis, K., Zapert, K. et Peugh, J. (2004). Primary care and health system performance: adults' experiences in five countries. *Health Aff (Millwood), Suppl Web Exclusives*, W4-487-503. doi: 10.1377/hlthaff.w4.487
- Schoen, C., Osborn, R., Huynh, P. T., Doty, M., Zapert, K., Peugh, J. et Davis, K. (2005). Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. *Health Aff (Millwood), Suppl Web Exclusives*, W5-509-525. doi: 10.1377/hlthaff.w5.509
- Scott, W. R., Mendel, P. et Pollack, S. (2004). Environments and fields: studying the evolution of a field of medical care organizations (*In Jones, DL (eds). How Institutions Change*: University of Chicago Press.

- Segovia, J. (1979). Institutional outpatient clinics: a case study in unmet needs. *Med Care*, 17(3), 255-266.
- Séguin, L., Xu, Q., Gauvin, L., Zunzunegui, M.-V., Potvin, L. et Frohlich, K. L. (2005). Understanding the dimensions of socioeconomic status that influence toddlers' health: unique impact of lack of money for basic needs in Quebec's birth cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(1), 42.
- Setia, M. S., Quesnel-Vallee, A., Abrahamowicz, M., Tousignant, P. et Lynch, J. (2011). Access to health-care in Canadian immigrants: a longitudinal study of the National Population Health Survey. *Health & social care in the community*, 19(1), 70-79. doi: 10.1111/j.1365-2524.2010.00950.x
- Setia, S. M., Lynch, J., Abrahamowicz, M., Tousignant, P. et Quesnel-Vallee, A. (2011). Self-rated health in Canadian immigrants: Analysis of the Longitudinal Survey of Immigrants to Canada. *Health & Place*, 17(2), 658-670. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2011.01.006>
- Shareck, M., Frohlich, K. et Poland, B. (2013). Reducing social inequities in health through settings-related interventions — a conceptual framework. *Global Health Promotion*, 20(2), 39-52. doi: 10.1177/1757975913486686
- Shi, L. (2000). Vulnerable populations and health insurance. *Med Care Res Rev*, 57(1), 110-134.
- Shi, L., Forrest, C. B., Von Schrader, S. et Ng, J. (2003a). Vulnerability and the patient-practitioner relationship: the roles of gatekeeping and primary care performance. *Am J Public Health*, 93(1), 138-144.
- Shi, L., Forrest, C. B., Von Schrader, S. et Ng, J. (2003b). Vulnerability and the patient-practitioner relationship: the roles of gatekeeping and primary care performance. *American Journal of Public Health*, 93(1), 138-144.
- Shi, L., Macinko, J., Starfield, B., Politzer, R., Wulu, J. et Xu, J. (2005). Primary care, social inequalities and all-cause, heart disease and cancer mortality in US counties: a comparison between urban and non-urban areas. *Public Health*, 119(8), 699-710.
- Shi, L. et Stevens, G. D. (2005a). Vulnerability and the receipt of recommended preventive services: The influence of multiple risk factors. *Medical Care*, 43(2), 193-198.
- Shi, L. et Stevens, G. D. (2005b). Vulnerability and unmet health care needs: The influence of multiple risk factors. *J GEN INTERN MED*, 20(2), 148-154. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.40136.x

- Shi, L. et Stevens, G. D. (2007). The role of community health centers in delivering primary care to the underserved: experiences of the uninsured and Medicaid insured. *J Ambul Care Manage*, 30(2), 159-170. doi: 10.1097/01.JAC.0000264606.50123.6d
- Shi, L. et Stevens, G. D. (2010). *Vulnerable populations in the United States*. (2<sup>e</sup> éd.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Shi, L., Stevens, G. D., Faed, P. et Tsai, J. (2008). Rethinking vulnerable populations in the United States: An introduction to a general model of vulnerability. *Harvard Health Policy Revue*, 9(1), 43-48.
- Shi, L. Y., H. Starfield, B. et Xu, J. H. (2001). Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract*, 50(2), 161-175.
- Shortell, S. M. (1976). Continuity of medical care: conceptualization and measurement. *Med Care*, 14(5), 377-391.
- Shortell, S. M. (1977). The role of environment in a configurational theory of organizations. *Human Relations*, 30(3), 275-302. doi: 10.1177/001872677703000305
- Shugarman, L. R., Mack, K., Sorbero, M., Tian, H., Jain, A., Ashwood, J. S. et Asch, S. (2009). Race and sex differences in the receipt of timely and appropriate lung cancer treatment. *Med Care*, 47(7), 774-781. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181a393fe
- Siu, J. Y.-M. (2015). Communicating under medical patriarchy: gendered doctor-patient communication between female patients with overactive bladder and male urologists in Hong Kong. *BMC Women's Health*, 15, 44-44. doi: 10.1186/s12905-015-0203-4
- Smedley, B. D., Stith, A. Y. et Nelson, A. R. (2003). *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. National Academies Press (US).
- Solheim, E. et Garratt, A. M. (2013). Parent experiences of inpatient pediatric care in relation to health care delivery and sociodemographic characteristics: Results of a Norwegian national survey. *BMC Health Serv Res*, 13, 512. doi: 10.1186/1472-6963-13-512
- Standing, H. (1997). Gender and equity in health sector reform programmes: a review. *Health Policy Plan*, 12(1), 1-18.
- Starfield, B. (1998). *Primary care: Balancing health needs, services and technology*. New York, NY: Oxford University Press.
- Starfield, B., Cassady, C. E., Nanda, J., Forrest, C. et Berk, R. (1998). Consumer Experiences and Provider Perceptions of the Quality of Primary Care: Implications for Managed Care. *the journal of family practice*, 46(3), 216-226.

- Stevens, G. D., Seid, M., Mistry, R. et Halfon, N. (2006). Disparities in primary care for vulnerable children: The influence of multiple risk factors. *Health Services Research, 41*(2), 507-511. doi: 10.1111/j.1475-6773.2005.00498.x
- Stevens, G. D., Shi, L. et Cooper, L. A. (2003). Patient-Provider Racial and Ethnic Concordance and Parent Reports of the Primary Care Experiences of Children. *Ann Fam Med, 1*(2), 105-112. doi: 10.1370/afm.27
- Street, R. L., Jr. (2002). Gender differences in health care provider-patient communication: are they due to style, stereotypes, or accommodation? *Patient Educ Couns, 48*(3), 201-206.
- Tchouaket Nguemeleu, E. (2011). *Influence du financement sur la performance des systèmes de soins*. (Montréal : Université de Montréal, Montréal).
- Tefera, L., Lehrman, W. G. et Conway, P. (2016). Measurement of the Patient Experience: Clarifying Facts, Myths, and Approaches. *Jama, 315*(20), 2167-2168. doi: 10.1001/jama.2016.1652
- Thietard, R. (2001). Management et complexité : concepts et théories. Dans A. Martinet & R. A. Thietard (Eds.), *Stratégies - Actualités et futurs de la recherche* ((p. 438). Paris: vuibert, FNEGE.
- Traynor, T. L. (2008). Regional economic conditions and crash fatality rates – a cross-county analysis. *Journal of Safety Research, 39*(1), 33-39. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsr.2007.10.008>
- Tremblay, D., Roberge, D. et Berbiche, D. (2015). Determinants of patient-reported experience of cancer services responsiveness. *BMC Health Serv Res, 15*(1), 425. doi: 10.1186/s12913-015-1104-9
- Tuominen, M., Kaljonen, A., Ahonen, P. et Rautava, P. (2012). Does the organizational model of the maternity health clinic have an influence on women's and their partners' experiences? A service evaluation survey in Southwest Finland. *BMC Pregnancy And Childbirth, 12*, 96-96. doi: 10.1186/1471-2393-12-96
- Valderas, J. M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C. et Roland, M. (2009). Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med, 7*(4), 357-363. doi: 10.1370/afm.983
- Vandenbroucke, J. P. et Pearce, N. (2018). From ideas to studies: how to get ideas and sharpen them into research questions. *Clin Epidemiol, 10*, 253-264. doi: 10.2147/clep.S142940
- Virnig, B. A., Scholle, S. H., Chou, A. F. et Shih, S. (2007). Efforts to reduce racial disparities in Medicare managed care must consider the disproportionate effects of geography. *American Journal of Managed Care, 13*(1), 51-56 56p.

- Vladeck, B. C. (2007). How useful is vulnerable as a concept ? *Health Aff (Millwood)*, 26(5), 1231-1234. doi: 10.1377/hlthaff.26.5.1231
- Walker, K. O., Steers, N., Liang, L.-J., Morales, L. S., Forge, N., Jones, L. et Brown, A. F. (2010). The vulnerability of middle-aged and older adults in a multiethnic, low-income area: contributions of age, ethnicity, and health insurance. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(12), 2416-2422. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03189.x
- Weech-Maldonado, R., Elliott, M., Pradhan, R., Schiller, C., Hall, A. et Hays, R. D. (2012). Can hospital cultural competency reduce disparities in patient experiences with care? *Med Care*, 50 Suppl, S48-55. doi: 10.1097/MLR.0b013e3182610ad1
- Weech-Maldonado, R., Fongwa, M. N., Gutierrez, P. et Hays, R. D. (2008). Language and regional differences in evaluations of Medicare managed care by Hispanics. *Health Serv Res*, 43(2), 552-568. doi: 10.1111/j.1475-6773.2007.00796.x
- Weech-Maldonado, R., Morales, L. S., Elliott, M., Spritzer, K., Marshall, G. et Hays, R. D. (2003). Race/ethnicity, language, and patients' assessments of care in Medicaid managed care. *Health Services Research*, 38(3), 789-808. doi: 10.1111/1475-6773.00147
- Weinick, R., Haviland, A., Hambarsoomian, K. et Elliott, M. N. (2014). Does the racial/ethnic composition of Medicare Advantage plans reflect their areas of operation? *Health Serv Res*, 49(2), 526-545. doi: 10.1111/1475-6773.12100
- Weinick, R. M., Elliott, M. N., Volandes, A. E., Lopez, L., Burkhart, Q. et Schlesinger, M. (2011). Using Standardized Encounters to Understand Reported Racial/Ethnic Disparities in Patient Experiences with Care. *Health Services Research*, 46(2), 491-509. doi: 10.1111/j.1475-6773.2010.01214.x
- Weisman, C. S., Henderson, J. T., Schiffrin, E., Romans, M. et Clancy, C. M. (2001). Gender and patient satisfaction in managed care plans: analysis of the 1999 HEDIS/CAHPS 2.0H Adult Survey. *Womens Health Issues*, 11(5), 401-415.
- Wennberg, J. et Gittelsohn. (1973). Small area variations in health care delivery. *Science*, 182(4117), 1102-1108.
- Williams, A. P., Vayda, E., Stevenson, H. M., Burke, M. et Pierre, K. D. (1990). A typology of medical practice organization in Canada. Data from a national survey of physicians. *Med Care*, 28(11), 995-1004.
- Wolf, J. A., Niederhauser, V., Marshburn, D. et LaVela, S. (2014). Defining Patient Experience. *Patient Experience Journal*, 1 (1).



# ANNEXE



Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES)  
#404

N<sup>o</sup> de certificat  
CERFM

## CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

- 3<sup>e</sup> RENOUELEMENT -

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	
Titre du projet	L'influence des modèles d'organisation des services de santé de première ligne sur l'expérience de soins de la population défavorisée
Étudiante requérante	Ola Haidar [REDACTED], Candidate au doctorat en Santé publique, Faculté de Médecine.
Sous la direction de	Paul Lamarche, professeur titulaire, Département d'administration de la santé, Faculté de Médecine, Université de Montréal
Financement	
Organisme	
Programme	
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	
Chercheur principal	
No de compte	

### 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 (CERES)  
Université de Montréal

<b>21 décembre 2016</b>	<b>1er janvier 2018</b>
Date de délivrance du renouvellement*	Date du prochain suivi
<b>16 juin 2010</b>	<b>1er janvier 2018</b>
Date du certificat initial	Date de fin prévue

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