

## ÉTAT DES CONNAISSANCES

### Mécanismes d'accès aux services de proximité

Une production de l'Institut national  
d'excellence en santé  
et en services sociaux (INESSS)  
Direction des services sociaux






# Mécanismes d'accès aux services de proximité

*Rédigé par*  
Isabelle Boisvert  
Paula L. Bush

*Avec la collaboration de*  
Mylaine Breton  
Yves Couturier  
Émilie Dionne  
Serge Dumont  
Jeannie Haggerty  
Lara Maillet

*Sous la direction de*  
Sylvie Desmarais  
Denis A. Roy



Le contenu de ce rapport a été rédigé et édité par l'INESSS.

## **Membres de l'équipe projet**

### **Auteurs**

Isabelle Boisvert, Ph. D.  
Paula L. Bush, Ph. D.

### **Collaborateurs externes**

Mylaine Breton, Ph. D., Université de Sherbrooke  
Yves Couturier, Ph. D., Université de Sherbrooke  
Émilie Dionne, Ph. D., Université McGill  
Serge Dumont, Ph. D., CIUSSS de la Capitale-Nationale  
– IUPLSSS  
Jeannie Haggerty, Ph. D., Université McGill  
Lara Maillet, Ph. D., CIUSSS Estrie CHUS – IUPLSSS

### **Adjointe à la direction**

Michèle Archambault, M. Sc.

### **Direction**

Sylvie Desmarais, M. Sc.  
Denis A. Roy, MD, MPH, M. Sc., FRCPC

### **Repérage d'information scientifique**

Julien Chevrier, M.S.I.

### **Soutien administratif**

Nathalie Vanier

---

## **Équipe de l'édition**

Patricia Labelle  
Denis Santerre  
Hélène St-Hilaire

### **Sous la coordination de**

Renée Latulippe, M.A.

### **Avec la collaboration de**

Micheline Lampron, révision linguistique

---

## **Dépôt légal**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019  
Bibliothèque et Archives Canada, 2019  
ISSN 1915-3104 INESSS (PDF) ISBN 978-2-550-83943-9 (PDF)  
© Gouvernement du Québec, 2019

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Mécanismes d'accès aux services de proximité – État des connaissances. Rapport rédigé par Isabelle Boisvert et Paula L. Bush. Québec, Qc : INESSS; 2019. 55 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

## Comité de travail

**M<sup>me</sup> Francine Blackburn**, directrice adjointe de l'enseignement et des affaires universitaires, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**M<sup>me</sup> Mylaine Breton**, professeure, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke – campus Longueuil, chercheuse Centre de recherche – Hôpital Charles-Le Moyne

**M. Yves Couturier**, professeur, Département de travail social, Université de Sherbrooke, membre du Centre de recherche sur le vieillissement du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, directeur scientifique du Réseau 1

**M<sup>me</sup> Émilie Dionne**, chercheuse postdoctorale, Département de médecine familiale, Université McGill

**M. Serge Dumont**, directeur scientifique du Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval (CERSSPL-UL), Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**M<sup>me</sup> Jeannie Haggerty**, professeure, Département de médecine familiale, Université McGill

**M<sup>me</sup> Lara Maillet**, chercheuse d'établissement, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, CIUSSS de l'Estrie – CHUS et professeure associée, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke

## Comité d'excellence clinique en services sociaux (services sociaux généraux, soutien aux personnes âgées, déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme)

**M<sup>me</sup> Mathilda Abi-Antoun**, directrice des services intégrés de première ligne, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

**D<sup>r</sup> Serge Bergeron**, directeur des services professionnels, CISSS de Lanaudière

**M<sup>me</sup> Marie-Joëlle Carbonneau**, citoyenne

**M<sup>me</sup> Jacinthe Cloutier**, adjointe à la directrice du programme DI-TSA-DP, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

**M. Michel Desaulniers**, conseiller en orientation, CIUSSS de la Capitale-Nationale, IRDPQ

**M<sup>me</sup> Christine Fournier**, chargée de projet, RUIS de l'Université de Montréal

**M. Francis Frenette**, infirmier praticien, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

**M. Angelo Galletto**, citoyen

**M. Pierre Paul Milette**, directeur général adjoint santé physique et DSM DP-SSG, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

**M<sup>me</sup> Line Perreault**, éthicienne, CISSS de la Montérégie-Centre

**M<sup>me</sup> Geneviève Racine**, psychoéducatrice, CISSS de Chaudière-Appalaches

**M<sup>me</sup> Myriam Rousseau**, chercheuse, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

**M. François Routhier**, chercheur, CIRRISS/CIUSSS de la Capitale-Nationale et professeur agrégé au Département de réadaptation de l'Université Laval

**M. Mathieu Roy**, conseiller scientifique aux DGA, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

## **Responsabilité**

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions ne reflètent pas forcément les opinions des personnes consultées aux fins du dossier.

*L'usage du masculin dans ce document a pour unique but d'alléger le texte.*

# TABLE DES MATIÈRES

SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	I
RÉSUMÉ.....	II
SUMMARY.....	VII
1. PROBLEMATIQUE.....	1
1.1 Contexte de la demande.....	1
1.2 Question décisionnelle.....	2
2. METHODE.....	3
2.1 Revue de la littérature scientifique.....	3
2.1.1 Stratégie de recherche documentaire.....	3
2.1.2 Repérage et sélection des études potentielles.....	3
2.1.3 Admissibilité des articles scientifiques et non scientifiques.....	4
2.1.4 Évaluation de la qualité des études recensées.....	5
2.1.5 Synthèse des résultats.....	5
2.2 Consultation d'experts.....	5
2.2.1 Consultation d'experts.....	5
2.2.2 Consultation auprès des comités d'excellence clinique.....	6
3. DEFINITIONS.....	7
3.1 Services de proximité.....	7
3.2 Accès et cadre conceptuel utilisé.....	8
4. SYNTHÈSE DES MÉCANISMES D'ACCÈS AUX SERVICES DE PROXIMITÉ.....	12
SECTION 1 : MÉCANISMES QUI NÉCESSITENT QUE L'USAGER AGISSE POUR ÉTABLIR UN PREMIER CONTACT AVEC LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX.....	13
4.1 Guichets d'accès aux soins de santé et aux services sociaux.....	13
4.1.1 Caractéristiques.....	14
4.1.2 Avantages.....	15
4.1.3 Inconvénients.....	15
4.2 Mécanismes de gestion des listes d'attente centralisée.....	15
4.2.1 Caractéristiques.....	15
4.2.2 Avantages.....	17
4.2.3 Inconvénients.....	17
4.3 GMF.....	19
4.3.1 Caractéristiques.....	19
4.3.2 Avantages.....	21
4.3.3 Inconvénients.....	22
4.4 Cliniques médicales sans rendez-vous.....	23

4.4.1	Caractéristiques .....	23
4.4.2	Avantages .....	23
4.4.3	Inconvénients .....	24
4.5	Portails-patients .....	24
4.5.1	Caractéristiques .....	24
4.5.2	Avantages .....	25
4.5.3	Inconvénients .....	25
4.6	Visites électroniques .....	26
4.6.1	Caractéristiques .....	27
4.6.2	Avantages .....	27
4.6.3	Inconvénients .....	28
4.7	Conseils et références téléphoniques.....	29
4.7.1	Caractéristiques .....	29
4.7.2	Avantages .....	30
4.7.3	Inconvénients .....	30
SECTION 2 : MÉCANISMES D'ACCÈS POUR LES POPULATIONS VULNÉRABLES .....		31
4.8	Démarchage (outreach) : au cœur des services de proximité adaptés aux populations vulnérables.....	31
4.8.1	Caractéristiques .....	31
4.8.2	Avantages .....	31
4.8.3	Inconvénients .....	32
4.9	Agents de santé communautaire .....	33
4.9.1	Caractéristiques .....	33
4.9.2	Avantages .....	34
4.9.3	Inconvénients .....	34
4.10	Cliniques mobiles .....	36
4.10.1	Caractéristiques .....	36
4.10.2	Avantages .....	36
4.10.3	Inconvénients .....	37
5.	ACCÈS ADAPTÉ .....	38
5.1	Caractéristiques .....	38
5.2	Avantages .....	39
5.3	Inconvénients .....	40
CONCLUSION .....		41
ANNEXE A Stratégies de repérage d'information scientifique .....		53



## **LISTE DES ANNEXES**

Annexe A Stratégies de repérage d'information scientifique .....	53
--	----

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 Dimensions du cadre conceptuel Lévesque <i>et al.</i> , 2013.....	9
Figure 2 Système de mécanismes d'accès aux services de proximité .....	12



## SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AAFP	American Academy of Family Physicians
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CRD	Centre for Reviews and Dissemination
CRDS	Centre de répartition des demandes de services
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
DMÉ	Dossier médical électronique
GACO	Guichet d'accès pour les clientèles orphelines
GMF	Groupe de médecine de famille
HIPAA	Health Insurance Portability and Accountability Act
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IUPLSSS	Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux
MHV	My Health/eVet
MOHLTC	Ministry of Health and Long-Term Care
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NHS	National Health Service
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
PRISMA	Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
UDI	Utilisateur de drogues injectables
UPMC	University of Pittsburgh Medical Center
VGQ	Vérificateur général du Québec
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

# RÉSUMÉ

Afin d'être appuyé dans sa réflexion concernant l'établissement d'un accès unique et standardisé aux continuums de soins de santé et de services sociaux, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a sollicité l'expertise de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) pour réaliser un état des connaissances sur les mécanismes d'accès aux services de proximité. Ce document décrit les différents mécanismes relevés dans la littérature scientifique et dans la littérature grise. Un mécanisme d'accès est ici défini comme « une modalité ou un ensemble de modalités permettant à une personne d'établir un premier contact avec les services de proximité dans son milieu de vie, pour répondre à un besoin de santé ou de bien-être, dans un délai raisonnable ».

Le présent rapport est le fruit d'une recension non systématique des études jugées pertinentes. Il est bonifié par les travaux des membres du comité de travail, par des études qualitatives portant sur des aspects contextuels et expérientiels de l'accès aux services de proximité et par la littérature grise fournissant des exemples d'implantation de divers mécanismes d'accès.

## FAITS SAILLANTS

- La littérature fait état d'un éventail de mécanismes d'accès aux services de proximité, mais d'aucun système qui les intègre afin de répondre à l'ensemble des besoins de la population.
- Plusieurs barrières contextuelles peuvent freiner l'accès aux services de proximité pour les usagers, dont les horaires restreints des professionnels, la difficulté à planifier un rendez-vous, des considérations liées à un faible niveau socioéconomique, à la culture, à la religion, à la langue, les attitudes personnelles (ex. : la honte) et un manque de connaissances quant aux services disponibles.
- Comme aucun mécanisme ne peut permettre un accès total aux services de proximité pour l'ensemble de la population, un système intégrant un éventail de mécanismes pourrait faciliter l'atteinte d'un tel objectif.
- Les mécanismes d'accès analysés dans ce rapport sont complémentaires et peuvent être mis en place pour que 1) les usagers présentant des besoins puissent recevoir des services, et que 2) le système de santé et des services sociaux puisse rejoindre les clientèles vulnérables.
- Les mécanismes d'accès s'inscrivent à différents niveaux du système de santé et de services sociaux, en ayant notamment pour fonction d'aider à la navigation dans le continuum de services, de faciliter la coordination entre les services ou de rejoindre des clientèles socialement vulnérables.

- Certains mécanismes sont adaptés à des populations socialement vulnérables et peuvent favoriser leur premier contact avec les services de proximité, dont le démarchage, les agents de santé communautaire et les cliniques mobiles.
- Des mécanismes peuvent être intégrés dans un guichet d'accès unique et standardisé pour faciliter l'accès aux services de proximité pour les usagers : les mécanismes de gestion des listes d'attente centralisée, les portails-patients ainsi que les conseils et références téléphoniques en sont des exemples.
- L'accès adapté repose sur cinq principes directeurs pouvant favoriser l'utilisation des services de proximité en temps opportun, soit : 1) l'équilibre entre l'offre et la demande, 2) la réduction des retards accumulés, 3) la révision du système de rendez-vous, 4) l'intégration de la pratique interprofessionnelle, et 5) l'élaboration des plans de contingence.
- Quelques obstacles rencontrés lors du déploiement de l'accès adapté au Québec incluent la difficulté d'assurer le suivi de certains usagers, en raison de la responsabilité transférée aux usagers de planifier eux-mêmes leurs rendez-vous médicaux (abolition des mécanismes de rappel des patients).

## **Description sommaire des mécanismes d'accès recensés**

Deux grands types de mécanismes d'accès ont été relevés, soit 1) les mécanismes d'accès qui nécessitent que l'utilisateur agisse pour établir un premier contact avec le système de santé et de services sociaux, et 2) les mécanismes d'accès qui requièrent que le système agisse pour établir un premier contact avec l'utilisateur.

### **1) Mécanismes d'accès qui nécessitent que l'utilisateur agisse pour établir le premier contact**

#### **a) Guichets d'accès aux soins de santé et aux services sociaux**

- Les guichets d'accès sont des points de chute des nouvelles demandes de services de santé ou de services sociaux.
- Il existe plusieurs guichets d'accès permettant à la population d'accéder aux services spécifiques et spécialisés, tels que ceux du Centre de répartition des demandes de service (CRDS), des maladies chroniques, de la cancérologie, de la déficience intellectuelle, de la dépendance, de la santé mentale, du soutien à domicile, des services sociaux généraux, etc.
- Dans l'architecture actuelle des soins de santé et des services sociaux au Québec, le service d'Accueil, Analyse, Orientation et Référence (AAOR) représente la principale porte d'entrée pour l'ensemble de la population qui désire obtenir une réponse à un besoin social ou psychologique et une orientation vers les services appropriés.
- Aucune étude spécifique portant sur le service de l'AAOR n'a été répertoriée lors de notre recherche documentaire, ce qui permet difficilement d'évaluer

l'impact de ce mécanisme spécifique sur l'accès aux services sociaux pour la population du Québec.

#### **b) Mécanismes de gestion des listes d'attente centralisée**

- Afin de mieux coordonner la demande et l'offre de services, certains mécanismes de gestion des listes d'attente centralisée permettent aux usagers de s'inscrire à un point d'admission central, afin d'obtenir un rendez-vous dans un point de service approprié et y recevoir les soins ou les services requis.
- Trois principaux types de mécanismes de gestion des listes d'attente centralisée sont recensés :
  1. la mise en file d'attente : aucun usager n'est priorisé. Les usagers sont inscrits sur une liste d'attente et reçoivent des services chronologiquement en fonction de la date à laquelle ils y ont été enregistrés, quel que soit leur état clinique (premier arrivé, premier servi);
  2. la catégorisation : priorise les usagers selon différentes catégories. Cette évaluation est basée sur les informations cliniques;
  3. la notation : priorise les usagers selon la note (score) obtenue. Un outil standardisé permet d'attribuer une note (score) basée sur les besoins de l'utilisateur, qui sont évalués en fonction de l'information médicale ou sociale recueillie.
- Présentement, la littérature scientifique ne permet pas de déterminer l'efficacité de ces mécanismes. À notre connaissance, aucune donnée sur l'utilisation de listes d'attente centralisées dans le contexte des services de première ligne en dehors du Canada n'est disponible actuellement.

#### **c) Groupe de médecine de famille (GMF) et autres cliniques médicales sans rendez-vous**

- Depuis 2002, le groupe de médecine de famille (GMF) est le modèle préconisé pour l'organisation des services médicaux de première ligne au Québec. À une clientèle qui s'inscrit volontairement auprès d'un médecin membre, le GMF offre des services médicaux de première ligne, avec ou sans rendez-vous, les fins de semaine et les jours fériés.
- Certains avantages des GMF ont été relevés dans la littérature recensée, dont des améliorations significatives au regard de l'accessibilité, de la coordination médecin-infirmier, de la globalité des soins et de la connaissance de l'utilisateur. Toutefois, la vérificatrice générale du Québec a établi dans un rapport datant de 2015 que la transition du modèle de première ligne des CLSC vers les GMF présente plusieurs écueils [VGQ, 2015].

#### **d) Portails-patients et visites électroniques**

- Le portail-patient est un moyen technologique permettant aux usagers d'avoir accès à l'ensemble de leur dossier clinique, et leur donnant la possibilité de

communiquer avec les professionnels de la santé ainsi que d'accéder à de l'information liée à la santé. Pour être efficace, le portail doit être convivial, bidirectionnel, et permettre le dialogue entre tous les partenaires et l'utilisateur. Il doit de plus promouvoir l'autogestion des soins.

- L'analyse de la preuve portant sur l'impact des portails-patients sur la sécurité, sur leurs effets sur la santé, sur l'efficacité et la qualité des soins aux usagers ainsi que sur les coûts et l'utilisation du système de santé est limitée et peu concluante. L'incidence connue des portails-patients se résume à une diminution des taux de consultation en cabinet, une diminution du nombre de contacts par téléphone, une hausse du nombre de messages envoyés, une meilleure adhésion au traitement, un meilleur taux de rétention des usagers et une réduction du taux d'absence aux rendez-vous (en comparaison d'un groupe témoin). En outre, il semblerait que les portails favorisent la communication de l'utilisateur avec son praticien, ce qui occasionne une légère augmentation de la charge de travail de celui-ci.

#### **e) Conseils et références téléphoniques**

- Une des fonctions des guichets d'accès téléphonique est la consultation, soit un procédé par lequel les appels des usagers sont reçus, et leurs besoins évalués et traités par des médecins généralistes ou des infirmiers, qui fournissent des conseils ou orientent vers un service plus approprié.
- Les consultations téléphoniques semblent entraîner une réduction du nombre de visites immédiates à un médecin et ne semblent pas entraîner d'augmentation des visites aux urgences. Toutefois, des questions demeurent concernant l'efficacité de ce mécanisme ainsi qu'en lien avec certains enjeux déontologiques et légaux. Davantage de recherches seraient nécessaires pour établir l'utilisation, le coût, la sécurité et la satisfaction associés aux consultations téléphoniques.

## **2) Mécanismes d'accès qui requièrent que le système agisse pour établir un premier contact avec l'utilisateur**

- Les approches de démarchage ciblent tous les groupes en situation d'exclusion sociale, à risque, réticents ou encore incapables d'accéder aux services de proximité, en raison de restrictions physiques, de stigmatisation ou de difficultés financières.
- Le succès de telles approches dépend de la visibilité des intervenants et professionnels et de leur accessibilité, ainsi que des liens de confiance établis avec la population et les partenaires communautaires.

### **a) Agents de santé communautaire**

- Un exemple d'approche de démarchage est le travail qu'effectuent les agents de santé communautaire. Ils identifient, de façon proactive, les usagers nécessitant des soins de santé ou des services sociaux (ex. : dans une salle

d'attente à l'urgence ou dans le milieu de vie des utilisateurs de drogues injectables) et les adressent à un professionnel du réseau.

- Les agents de santé communautaire jouent un rôle important en aidant les usagers à naviguer dans un système de soins de santé et de services sociaux complexe et souvent difficile à coordonner.
- Les agents de santé communautaire facilitent l'accès aux soins de santé et aux services sociaux pour les populations à faible revenu, en particulier au regard de la prévention et de la gestion des maladies chroniques.

#### **b) Cliniques mobiles**

- Les cliniques mobiles sont des véhicules adaptés pour offrir des services de prévention ainsi que des soins de santé et des services sociaux. Elles facilitent l'accès aux services de proximité, notamment pour certaines clientèles et populations stigmatisées.
- Une continuité optimale des services repose sur la présence de cliniques mobiles intégrées au continuum de soins et services.
- Les coûts associés à l'achat et aux réparations d'un véhicule de même qu'une possible absence de confidentialité dans les petits territoires sont des enjeux potentiels.



# SUMMARY

## Mechanisms for accessing local services

To support its reflection regarding establishing a standardized single point of access to the health-care and social-services continuum, the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sought the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)'s expertise, asking it to prepare a report of the current state of knowledge regarding mechanisms for accessing local services. This report describes the different mechanisms found in the scientific and grey literatures. An access mechanism is defined, here, as "a modality or set of modalities by which a person can enter into contact with local services in his or her community, and have a health or well-being need met within a reasonable amount of time".

This report is the result of a nonsystematic review of relevant research. It is enriched with the research of the working committee members, qualitative studies about contextual and experiential aspects of local health and social services access, and grey literature, which provided examples of the implementation of various access mechanisms.

# HIGHLIGHTS

- The literature describes an array of mechanisms for accessing local services, but of no system that integrates them in order to meet all of the population's needs.
- A number of contextual barriers can hinder access to local services for users, such as professionals' limited hours, difficulty planning an appointment, issues relating to a low socioeconomic status, culture, religion and language, individual attitudes (e.g., shame), and a lack of knowledge regarding available services.
- Since no one mechanism can provide complete access to local services for the entire population, a system integrating an array of mechanisms could make it easier to achieve this objective.
- The access mechanisms examined in this report are complementary and can be put in place so that 1) users can obtain services as needed, and that 2) the health and social services system can reach vulnerable populations.
- There are access mechanisms at different levels of the health care and social services system. Their purpose is, among other things, to help navigate the services continuum, to facilitate coordination between services and to reach socially vulnerable populations.
- Certain mechanisms are tailored to socially vulnerable populations and can promote their initial contact with local services, such as outreach, community health workers and mobile clinics.
- Mechanisms can be incorporated into a standardized single point of access to make it easier for users to access local services. Examples include mechanisms for centralized waitlist management, patient portals, and telephone advice and referrals.
- Advanced access is based on five guiding principles that can promote the timely use of local services: 1) the balance between supply and demand, 2) reducing backlogs,

3) revising the appointment system, 4) integrating interdisciplinary practice, and 5) developing contingency plans.

- Some of the obstacles encountered during the rollout of advanced access in Québec include difficulty providing follow-up for certain users given that the responsibility for booking medical appointments was transferred to patients.

### **Brief description of the identified access mechanisms**

Two main types of access mechanisms were found: 1) those where the user takes the initiative to make the initial contact with the health and social services system, and 2) those where the health and social services system takes the initiative to make the initial contact with the user.

#### **1) Access mechanisms where the user takes the initiative to make the initial contact with the health and social services system**

##### **a) Single points of access to health care and social services**

- Access points are drop-off points for new requests for health and social services.
- There are several access points through which the population can access specific and specialized services, such as those for *Centre de répartition des demandes de service* (CRDS), chronic diseases, oncology, intellectual disabilities, addictions, mental health, home care, general social services, etc.
- In the present organizational structure of Québec's health and social services system, the Service d'Accueil, Analyse, Orientation et Référence (AAOR) (Reception, Analysis, Orientation and Referral Services) is the main entry point for anyone seeking an answer to a social or psychological need or a referral to appropriate services.
- Our literature search did not yield any study specifically on the AAOR services. As a result, it is difficult to assess the impact of this specific mechanism on Quebecers' access to social services.

##### **b) Mechanisms for centralized waitlist management**

- To better coordinate services supply and demand, certain centralized waitlist management mechanisms enable users to register at a central intake point to obtain an appointment, and subsequent care or services, at an appropriate service point.
- Three main types centralized waitlist management mechanisms were identified:
  1. Waitlisting: No user is given priority. Users are placed on a waitlist and obtain services in chronological order based on the date on which they were registered, regardless of their clinical status (first come, first served);
  2. Classification: Users are prioritized according to different categories. This evaluation is based on clinical information;
  3. Scoring: Users are prioritized according to the score obtained. A standardized tool is used to assign a score based on the user's needs, which are assessed from the medical or social information gathered.
- Currently, the effectiveness of these mechanisms cannot be determined from the scientific literature. To our knowledge, no research on the use of centralized waitlists in front-line services outside of Canada is presently available.

### **c) Family medicine groups (FMGs) and other walk-in medical clinics**

- Since 2002, the family medicine group (FMG) has been the recommended model for organizing primary medical services in Québec. The FMG provides front-line medical services, with or without an appointment, on weekends and holidays to patients who register voluntarily with a member physician.
- Certain advantages of FMGs were noted in the literature reviewed, such as significant improvements in access, doctor-nurse coordination, the inclusiveness of care, and knowledge of the patient. However, Québec's auditor general states, in a 2015 report, that the transition from the front-line model of CLSCs to FMGs entailed a number of pitfalls (Vérificateur général du Québec, 2015).

### **d) Patient portals and e-visits**

- The patient portal is a technology whereby patients can access their entire health record, can communicate with health professionals, and can access health information. For it to be effective, the portal must be user-friendly and bidirectional and permit dialogue between all the partners and the patient. It should also promote the self-management of care.
- The analysis of the evidence regarding the impact of patient portals on safety, health, effectiveness and quality of patient care, and health-care system costs and utilization is limited and inconclusive. The known impact of patient portals can be summed up as a decrease in office visit rates, a decrease in the number of telephone contacts, an increase in the number of messages sent, better treatment adherence, better patient retention and a reduction in the number of no-shows (compared to a control group). Furthermore, it would seem that patient portals foster patients' communication with their clinician, which results in a slight increase in the clinician's workload.

### **e) Telephone advice and referrals**

- One of the functions of telephone access points is consultation, a process by which users' calls are received and their needs assessed and dealt with by general practitioners or nurses, who provide advice or direct the users to a more appropriate service.
- Telephone consultations seem to result in a reduction in the number of immediate visits to a physician and do not seem to result in an increase in the number emergency department visits. However, some questions remain with regard to the effectiveness of this mechanism and certain ethical and legal issues. Further research would be necessary to determine the use, cost and safety of and satisfaction with telephone consultations.

## **2) Access mechanisms where the system takes the initiative to make the initial contact with the user**

- Outreach approaches target all socially marginalized, at-risk or reticent groups, or groups that are unable to access local services because of physical restrictions, stigmatization or financial problems.
- The success of such approaches depends on the workers' or professionals' visibility and the relationships of trust established with the population and community partners.

**a) Community health workers**

- An example of an outreach approach is the work done by community health workers. They proactively identify users in need of health care or social services (e.g., in an emergency department waiting room or the living environments of injection drug users) and direct them to a professional in the system.
- Community health workers play a key role by helping users navigate within the complex and often difficult-to-coordinate health care and social services system.
- Community health workers facilitate access to health care and social services for low-income groups, especially with regard to prevention and the management of chronic diseases.

**b) Mobile clinics**

- Mobile clinics are vehicles that have been modified to provide prevention services, health care and social services. They facilitate access to local services, especially for certain stigmatized populations.
- Optimal service continuity depends on the presence of mobile clinics integrated into the care and services continuum.
- Costs associated with the purchase and repairs of a vehicle as well as possible lack of confidentiality in smaller jurisdictions are potential issues.

# 1. PROBLÉMATIQUE

## 1.1 Contexte de la demande

Un système de santé et de services sociaux performant repose sur une première ligne forte. Cela requiert un accès facilité à une offre de soins et de services sociaux intégrée [Breton *et al.*, 2017a]. Or, il est connu que l'accès aux soins de santé et aux services sociaux de première ligne demeure un enjeu important au Québec, et ce, malgré les nombreuses initiatives réalisées. Cette situation a d'ailleurs été soulevée dans le rapport d'évaluation intitulé « La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2016 », du Commissaire à la santé et au bien-être [CSBE, 2017]. Parmi les problèmes relevés, mentionnons que :

1. l'utilisateur ne sait pas toujours à qui s'adresser, en raison d'une multiplicité de modalités d'accès aux soins de santé et aux services sociaux et d'une pluralité d'orientations ministérielles;
2. l'utilisateur doit formuler à répétition ses besoins lors de l'analyse de sa demande et de son évaluation (multiplication des démarches);
3. les délais d'attente sont parfois trop longs pour que l'utilisateur ait accès, en temps opportun, aux soins de santé et aux services sociaux;
4. l'utilisateur ne peut pas toujours bénéficier d'une réponse globale et intégrée à l'ensemble de ses besoins, en raison d'un manque d'adaptation, d'intégration et de continuité des soins et services de première ligne, incluant les services spécifiques et spécialisés.

Le plan stratégique du MSSS précise, à l'orientation 2, qu'il faut « offrir des services et des soins accessibles, intégrés et de qualité au bénéfice des usagers ». Sur le plan législatif, le projet de loi 20<sup>1</sup> prescrit également le respect de certaines normes, afin d'offrir une vraie garantie d'accès à un médecin de famille, notamment aux heures défavorables<sup>2</sup>.

Conséquemment, il a été déterminé que l'accès aux services de proximité, dans une vision intégrée des volets santé et social, est un chantier prioritaire pour le MSSS. Ce chantier comporte trois objectifs, soit :

1. implanter le nouveau programme de financement et de soutien professionnel des groupes de médecine familiale (GMF), sur la base d'une équipe interprofessionnelle;
2. définir un mécanisme d'accès unique et standardisé aux continuums de soins de santé et de services sociaux;

---

<sup>1</sup> Projet de loi n° 20 : Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée. Disponible à : <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-20-41-1.html>.

<sup>2</sup> Le terme « heures défavorables » fait référence aux heures durant lesquelles certains soins de santé ou services sociaux ne sont pas disponibles, soit de soir, de nuit, les fins de semaine et les jours fériés.

3. rédiger une politique sur l'accès aux services de proximité.

Le MSSS a sollicité l'expertise de l'INESSS pour réaliser un état des connaissances sur les mécanismes d'accès aux services de proximité, afin de soutenir ses propres travaux.

## **1.2 Question décisionnelle**

Afin d'aider le MSSS dans sa réflexion concernant l'établissement d'un accès unique et standardisé aux continuums de soins de santé et de services sociaux, le présent état des connaissances décrit différents mécanismes d'accès aux services de proximité relevés dans la littérature scientifique et dans la littérature grise.

## **2. MÉTHODE**

Deux méthodes ont été utilisées afin de documenter les différents mécanismes d'accès aux services de proximité relevés dans la littérature scientifique et grise et de contribuer à la réflexion entourant l'établissement d'un accès unique et standardisé aux continuums de soins de santé et de services sociaux, soit : 1) une revue non systématique de la littérature scientifique, réalisée en collaboration avec des experts québécois (ci-après « le comité de travail »), et 2) une consultation d'experts.

### **2.1 Revue de la littérature scientifique**

Compte tenu de la nécessité d'alimenter la réflexion du demandeur sur les mécanismes d'accès aux services de proximité en temps opportun, les étapes usuelles d'une revue systématique n'ont pas été suivies. Par exemple, l'identification et la sélection ont été faites par une personne, tandis que la liste de publications à inclure a été complétée par les experts de contenu de notre comité de travail.

De plus, compte tenu de la demande très ciblée de la part du MSSS de réaliser un état des connaissances sur les mécanismes d'accès aux services de proximité, afin de soutenir les travaux relatifs à un des objectifs spécifiques du chantier prioritaire lié à l'accès et dont les résultats étaient attendus rapidement, certains éléments du contexte québécois ne sont pas pleinement présentés dans ce rapport. Les lecteurs sont toutefois invités à consulter les sources mentionnées dans les références fournies à la fin du document, pour approfondir leur réflexion sur chacun des mécanismes d'accès recensés.

#### **2.1.1 Stratégie de recherche documentaire**

La recherche documentaire visant à repérer les études primaires et secondaires pertinentes a été réalisée en collaboration avec un conseiller en information scientifique spécialisé dans ce type de recherche. La stratégie complète de recherche des écrits scientifiques et de ceux provenant de la littérature grise est présentée à l'Annexe A. La stratégie déployée favorise la spécificité des écrits sur le thème des mécanismes d'accès, au détriment de la sensibilité et de l'exhaustivité des écrits. De plus, certaines recherches portant sur des mécanismes d'accès en particulier ont été réalisées, afin d'obtenir davantage d'informations descriptives ou contextuelles.

#### **2.1.2 Repérage et sélection des études potentielles**

Les étapes de repérage des titres et résumés et de sélection des études scientifiques (textes intégraux) ont été réalisées par une des membres de l'équipe-projet. En ce qui a trait à la littérature grise, deux professionnelles de l'équipe-projet ont repéré des écrits à l'aide de consignes du comité de travail. Des exemples d'implantation de divers mécanismes d'accès dans des territoires canadiens et des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ont été trouvés lors de ces étapes et inclus dans le présent rapport. Cependant, notons que ces exemples ne constituent pas des modèles de meilleures pratiques ayant fait l'objet d'une évaluation. Ils représentent simplement l'expérience d'un territoire avec le mécanisme en question.

### 2.1.3 Admissibilité des articles scientifiques et non scientifiques

Afin de sélectionner les textes les plus pertinents, les critères d'inclusion suivants ont été retenus.

1. L'article est soit :
  - a. une recension systématique des écrits;
  - b. une étude scientifique (quantitative, qualitative ou mixte) issue de la stratégie de recherche documentaire ou recommandée par des membres du comité de travail;
  - c. une étude scientifique qualitative qui rapporte des résultats expérimentiels pour un mécanisme d'accès donné;
  - d. un texte non scientifique (ex. : un site Web, un rapport gouvernemental) qui rapporte une expérience avec un tel mécanisme dans un contexte donné.
2. L'article porte sur un ou des mécanismes d'accès aux services de proximité. Est défini comme mécanisme d'accès une modalité ou un ensemble de modalités permettant à une personne d'établir un premier contact avec les services de proximité dans son milieu de vie, pour répondre à un besoin de santé ou de bien-être, dans un délai raisonnable. Ils incluent également les modalités qui permettent au système de santé ou de services sociaux d'entrer en contact avec les usagers qui pourraient nécessiter des services.
3. L'article porte sur a) l'ensemble des usagers<sup>3</sup> provenant de la population en général, inscrite ou non auprès d'un GMF, b) les clientèles particulières présentant des besoins spécifiques ou complexes, ou c) les populations socialement vulnérables.

L'article décrit un ou des mécanismes d'accès aux services de proximité existant sur les différents territoires canadiens, les pays membres de l'OCDE ayant des politiques visant l'intégration des soins de santé et des services sociaux, ou dans tout autre pays ayant expérimenté des modèles innovants en matière d'accès aux soins de santé et aux services sociaux.

Les critères d'exclusion retenus sont les suivants.

1. N'ont pas été considérés comme mécanismes d'accès : 1) les modalités d'accès à des services d'information générale pour l'autogestion des soins, 2) les modalités de prestation de soins et de services à distance, 3) les modalités d'interaction entre les intervenants ou entre des organisations et des organismes.
2. N'ont pas été considérés les aspects propres aux enjeux d'accès aux services de santé et aux services sociaux de 2<sup>e</sup> ou de 3<sup>e</sup> ligne.

---

<sup>3</sup> Le terme « usager » est défini, dans le présent document, comme « toute personne possédant une connaissance expérimentielle de l'utilisation des soins de santé ou des services sociaux ».



#### **2.1.4 Évaluation de la qualité des études recensées**

Aucune évaluation de la qualité méthodologique des études primaires et secondaires recensées n'a été effectuée. Toutefois, les informations concernant la méthodologie des études retenues sont présentées afin de permettre au lecteur d'apprécier la pertinence des résultats.

#### **2.1.5 Synthèse des résultats**

La synthèse présentée est de nature descriptive. Une professionnelle de l'équipe-projet a réalisé l'extraction des données pour la majorité des écrits retenus, alors qu'une seconde professionnelle a complété l'information au besoin. L'extraction n'a pas été soumise à un processus d'accord interjuge.

Les données extraites sont :

- les caractéristiques des mécanismes d'accès;
- les caractéristiques des populations visées par les mécanismes d'accès;
- les caractéristiques des milieux où les mécanismes d'accès ont été déployés;
- l'impact des mécanismes d'accès sur les dimensions de l'accès [Lévesque *et al.*, 2013], sur la charge de travail des praticiens et du personnel des établissements, de même que sur les aspects économiques (avantages et inconvénients des mécanismes d'accès);
- des exemples concrets d'implantation des mécanismes d'accès.

## **2.2 Consultation d'experts**

### **2.2.1 Consultation d'experts**

Afin de bénéficier de l'expertise des différents chercheurs québécois ayant une programmation de recherche portant sur l'accès aux soins de santé ou aux services sociaux, l'INESSS les a sollicités pour siéger à un comité de travail. Les experts consultés ont ainsi eu pour mandat d'accompagner l'Institut dans la réalisation de cet état des connaissances, en aidant l'équipe-projet à cadrer le mandat, à identifier la littérature pertinente, à analyser les résultats et à les interpréter. La participation des chercheurs sollicités a également été utile pour s'assurer de l'adéquation entre les travaux et les besoins exprimés par le Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), et ainsi garantir la pertinence clinique et pratique du projet. Les membres du comité de travail se sont réunis à trois reprises durant l'été et l'automne 2017. Ils ont aussi été interpellés par courriel pour commenter des versions préliminaires du présent rapport et y ajouter leurs expertises spécifiques.

Les experts consultés sont des scientifiques des instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS) (L. Maillet, S. Dumont, F. Blackburn), du Centre de recherche - Hôpital Charles-Le Moyne (M. Breton), du Centre hospitalier de St. Mary (J. Haggerty, É. Dionne) et de Réseau-1 Québec (Y. Couturier). Certains membres du

comité de travail ont rédigé des sections de cet état de connaissances à partir de leurs propres travaux de recherche. Ils sont alors cités comme des auteurs collaborateurs, et une mention spéciale est faite dans les sections écrites par les collaborateurs pour rendre compte de la propriété intellectuelle.

### **2.2.2 Consultation auprès des comités d'excellence clinique**

Les réflexions préliminaires de cet état des connaissances ont été présentées aux membres des deux comités d'excellence clinique en services sociaux de l'INESSS. Le mandat de ces comités consiste à contribuer à assurer la rigueur scientifique ainsi que l'acceptabilité professionnelle et sociale des productions de l'INESSS. Les membres des deux comités, auxquels siègent des médecins, des professionnels du RSSS, des gestionnaires, des chercheurs, des citoyens et des éthiciens, ont émis des commentaires et rétroactions qui ont été intégrés au présent document afin de mieux contextualiser cet état des connaissances.

### 3. DÉFINITIONS

Une définition des services de proximité ainsi qu'une définition de l'accès sont présentées dans cette section. De plus, le cadre conceptuel utilisé dans le cadre de cette synthèse est également exposé.

#### 3.1 Services de proximité

Le document *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* [MSSS, 2004] indique que « la notion de proximité implique d'accroître la disponibilité des services le plus près possible de la population du territoire, mais fait aussi référence à la présence des acteurs et partenaires locaux pour soutenir les concertations, la planification et l'action intersectorielle ».

Nous retenons également la définition des services de proximité de l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS), de la Capitale-Nationale. Celle-ci nous semble bien adaptée au contexte québécois actuel, et est apparue intéressante comme point de départ pour nos travaux. Cette définition s'énonce comme suit :

*Les soins et les services de première ligne (ou de proximité) sont axés sur la promotion, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, la réadaptation et les soins de fin de vie. Ils privilégient des approches interprofessionnelles, centrées sur la personne. Intégrant véritablement les approches sociales et de santé, l'instance locale de première ligne constitue la voie d'accès aux services, en particulier pour les clientèles vulnérables, tout en assurant la continuité avec les services de deuxième et troisième lignes. Elle établit des partenariats intersectoriels et mobilisateurs de la participation active des citoyens, dans une perspective de responsabilité populationnelle. Elle favorise le transfert des connaissances et s'appuie sur des approches populationnelles basées sur les déterminants de la santé et sur des méthodes scientifiquement valables et socialement acceptables<sup>4</sup>.*

Il est à noter que dans cette définition, l'expression « clientèles vulnérables » renvoie à des « personnes vulnérables dont le contexte de vie et/ou les comportements à risque les exposent à des problématiques de santé et/ou sociales. Ce même contexte rend l'accès aux ressources et aux soins du RSSS difficile pour ces personnes. Le contexte de vie fait référence à l'accessibilité, l'organisation et la disponibilité des soins et des services dans le milieu de vie des personnes »<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Source : Comité sur la recherche en santé primaire (2012), VRRC, Université Laval - Serge Dumont, Communication personnelle.

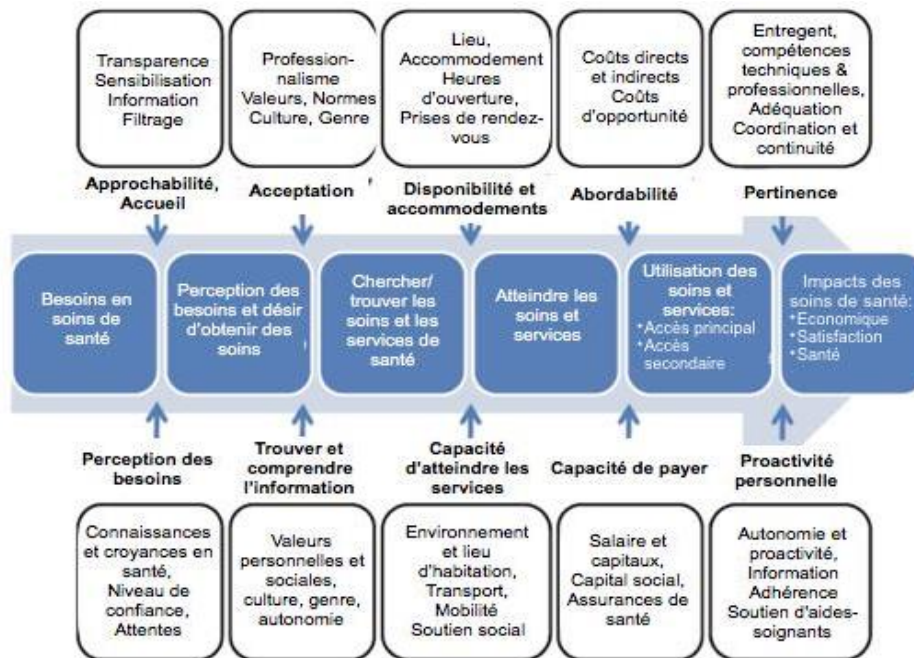
<sup>5</sup> Cette définition est adaptée des travaux effectués au sein du projet de recherche « L'action intersectorielle pour la lutte contre les ITSS : analyse de l'expérimentation en cours dans le territoire du CSSS Saint-Michel-Saint-Léonard (2014-2016) », réalisé avec la communauté et le CSSS Saint-Michel-Saint-Léonard. Subvention : ARIMA. Chercheuses : Nasser Touati et Lara Maillet.

### 3.2 Accès et cadre conceptuel utilisé

De nombreuses définitions de l'accès ont été formulées dans la littérature scientifique. Le cadre conceptuel de Lévesque [2013], qui vise à détailler l'accès aux services de santé selon ses différentes composantes générales, a été retenu pour faciliter l'analyse des mécanismes d'accès relevés lors de la recherche documentaire (figure 1).

Lévesque et ses collaborateurs [2013] définissent l'accès comme « l'aptitude à atteindre et obtenir des services de soins de santé appropriés en cas de perception d'un besoin de soins ». Pour ces auteurs, l'accès inclut la détermination des besoins de soins et de services, la capacité d'atteindre, d'obtenir ou d'utiliser les services, de même que l'adéquation et la qualité des services reçus en lien avec les besoins à combler. Leur définition met également l'accent sur la nature dynamique de l'accès, en considération de l'interaction complexe et continue des dimensions de l'offre (ex. : services de soins, institutions, organismes, prestataires de services) et de la demande (ex. : personne, famille, communauté, niveaux populationnels). En ce sens, l'accès résulte d'une interaction dynamique entre les caractéristiques des demandeurs (des usagers, de leurs familles et de leurs proches) et celles des organismes et professionnels de la santé qui offrent les services dans les environnements sociaux et physiques. La conception proposée est organisée selon cinq grandes dimensions de l'offre et de la demande. Du côté de l'offre, ces dimensions sont : 1) la facilité d'approche, l'accueil, 2) l'acceptabilité, 3) la disponibilité et les accommodements, 4) « l'abordabilité », et 5) la pertinence. Du côté de la demande, on relève : 1) la perception des besoins, 2) l'aptitude à trouver et à comprendre l'information, 3) la capacité d'atteindre les services, 4) la capacité de payer et 5) la proactivité personnelle.

Figure 1 Dimensions du cadre conceptuel Lévesque *et al.*, 2013<sup>6</sup>



Seules les dimensions 1 à 3 du cadre conceptuel de Lévesque [2013], à savoir la facilité d'approche, l'acceptation et la disponibilité, qui touchent à l'accessibilité de premier contact<sup>7</sup>, seront décrites, compte tenu de leur pertinence dans le cadre du présent rapport.

La dimension « **facilité d'approche et accueil** » a trait à l'existence et à l'accessibilité des services, soit des services qu'une personne peut obtenir pour combler ses besoins. Cette dimension implique que les services existent et sont connus de la population, c'est-à-dire que des mécanismes sont déployés pour assurer la diffusion de l'information auprès des différents pans et groupes sociaux, selon leurs caractéristiques démographiques ou géographiques. En effet, une recension systématique des écrits indique que des initiatives sont nécessaires pour améliorer les connaissances des citoyens quant aux services de santé et aux services sociaux disponibles dans leur région, et quant aux moments et à la manière de les utiliser [Villaseñor et Krouse, 2016]. Cette dimension de l'accès se rapporte aussi à la transparence des services et à l'information sur la disponibilité de ces derniers et des traitements. Enfin, elle englobe toute activité assurant l'accessibilité universelle des services afin que ceux-ci soient accueillants. Parallèlement à cette notion, on retrouve celle de la perception des besoins, qui fait référence à l'aptitude de l'utilisateur à percevoir ses besoins. Elle inclut les connaissances de la personne en matière de santé et de bien-être, ainsi que sur les

<sup>6</sup> Traduction libre, Émilie Dionne.

<sup>7</sup> Une définition plus opérationnelle de l'**accessibilité de premier contact**, proposée par Haggerty et ses collaborateurs [2007], fait référence à « la facilité avec laquelle une personne peut obtenir les services requis (y compris des conseils et du soutien) du clinicien de son choix dans un délai approprié à l'urgence du problème ».

services offerts par le système de santé et de services sociaux, ses croyances et son aptitude à accéder à l'information. Il est possible que les usagers et les prestataires des services de proximité n'aient pas des attentes semblables, en termes de délai pour recevoir des services. Cela pourrait s'expliquer, en partie, par un manque de connaissances quant à la sévérité du problème pour lequel ils veulent des services (les usagers peuvent penser qu'il y a un besoin urgent de consulter alors qu'il n'y en a pas, ou l'inverse), une faible connaissance des options offertes par le réseau territorial de services et une faible utilisation appropriée des services de proximité [Villaseñor et Krouse, 2016].

### **La dimension « facilité d'approche et accueil » en contexte**

Les obstacles à surmonter pour accéder à son médecin de famille surpassent les bienfaits d'en avoir un [Villaseñor et Krouse, 2016]. Outre les barrières structurelles (ex. : horaires), il y a celles qui sont d'ordre culturel (ex. : langue, religion) ou qui relèvent de l'attitude des usagers (ex. : honte, réticence à impliquer des tierces personnes) [Rice *et al.*, 2018; Woodgate *et al.*, 2017; Greenwood *et al.*, 2015].

En raison de ces obstacles, les usagers se rendent à l'urgence ou à une clinique sans rendez-vous au lieu de consulter leur médecin de famille [Villaseñor et Krouse, 2016]. Selon certains auteurs, un faible niveau socioéconomique est associé à une utilisation préférentielle des services d'urgence chez les personnes n'ayant pas de médecin de famille [Ohle *et al.*, 2017; Booker *et al.*, 2015; Villaseñor et Krouse, 2016]. D'autres facteurs sociodémographiques, tels qu'un faible revenu, un âge avancé, la structure du ménage, la perception du niveau d'urgence, ainsi que l'influence des proches, ont un plus grand impact sur l'utilisation des services ambulanciers que le problème clinique ou le diagnostic lui-même [Booker *et al.*, 2015].

La deuxième dimension est celle de l'**acceptabilité**. Cette dimension fait référence à l'influence que peuvent avoir les facteurs sociaux et culturels, autant sur l'offre de services des prestataires de soins et de services que sur la réception et l'accueil de ces services par la population. Ces facteurs incluent le genre, l'âge et l'appartenance sociale des prestataires de services, leurs croyances et leurs valeurs personnelles, culturelles ou sociales. Le pendant de cette dimension du côté de l'utilisateur est son aptitude à chercher et à trouver l'information. Encore une fois, on se penche sur les facteurs culturels et sociaux de même que sur l'environnement dans lequel baigne l'utilisateur, lesquels peuvent influencer sur l'information qu'il peut chercher et trouver. Enfin, la dimension de l'acceptabilité inclut l'autonomie de la personne, son aptitude à choisir elle-même les services de santé et les services sociaux, à obtenir de l'information sur les diverses options disponibles en matière de santé ainsi que sa capacité à connaître et à faire respecter ses droits.

### La dimension « acceptabilité » en contexte

Des leçons peuvent être tirées d'une synthèse narrative de 35 études portant sur l'accès aux services de première ligne pour les utilisateurs de drogues injectables (UDI) [Islam *et al.*, 2012]. Les auteurs rapportent que l'anonymat, la confidentialité, l'absence de jugement et une attitude accueillante de la part des employés et professionnels de même que des services sans rendez-vous facilitent l'accès aux services. Enfin, l'accès à un éventail de soins de santé et de services sociaux accroît le niveau d'acceptabilité des services perçu par les UDI [Islam *et al.*, 2012].

La troisième dimension, soit « **disponibilité et accommodements** », fait référence à l'accessibilité physique et temporelle des services. La disponibilité englobe l'existence matérielle des ressources, en capacité suffisante pour offrir les services nécessaires et combler les besoins, lorsque cela est requis. Cette dimension inclut également les caractéristiques des professionnels de la santé (ex. : leurs qualifications), les caractéristiques des lieux offrant des services (ex. : Sont-ils accessibles en transport en commun ? Ont-ils des portes automatiques et des rampes d'accès ?). Par correspondance, du côté de l'utilisateur, Lévesque et ses collaborateurs [2013] introduisent l'aptitude de la personne à atteindre les services, c'est-à-dire sa mobilité, la disponibilité du transport à partir de son domicile, son accès à un transport, son réseau social, sa flexibilité occupationnelle et ses connaissances ayant trait à l'atteinte des services (ex. : réseau d'autobus, emplacement des établissements de soins et de services, etc.).

### La dimension « disponibilité et accommodements » en contexte

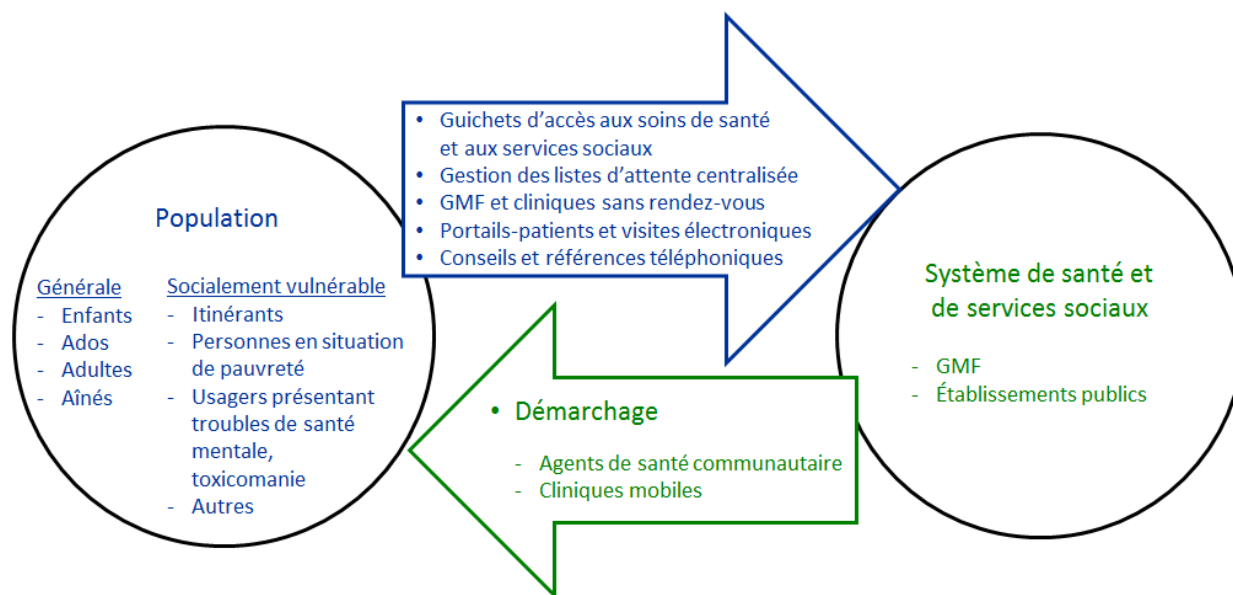
La colocalisation de divers types de professionnels est une façon d'améliorer la disponibilité des services de proximité et, ainsi, leur accessibilité. En effet, les bénéfices de la multidisciplinarité, tels qu'augmenter la compétence culturelle des professionnels et accroître l'accès, ont été souvent démontrés, notamment pour des populations vulnérables (ex. : les itinérants et les utilisateurs de drogues injectables [Health Quality Ontario, 2016; Khanassov *et al.*, 2016; Dawson *et al.*, 2015; Islam *et al.*, 2012]). Certains chercheurs mentionnent que les usagers veulent se faire soigner de façon holistique, et qu'une organisation intégrée des services facilite l'accès aux professionnels auxquels ils sont adressés, de même qu'elle augmente les chances qu'ils les consultent [Banfield *et al.*, 2017; McCabe et Leas, 2008].

Les jeunes souffrant de dépression peuvent rencontrer des obstacles d'ordre personnel à l'accès aux services de proximité (ex. : honte, stigmatisation, réticence à consulter des omnipraticiens) ou logistique (ex. : transport). En Australie, le programme *Headspace* vise, entre autres, à améliorer l'accès aux services chez cette population. Il regroupe des omnipraticiens, psychiatres, infirmiers et autres professionnels de la santé à l'intérieur d'une même clinique, dans laquelle cohabitent d'autres services gouvernementaux et non gouvernementaux pour les jeunes [McCann et Lubman, 2012].

## 4. SYNTHÈSE DES MÉCANISMES D'ACCÈS AUX SERVICES DE PROXIMITÉ

Notons, d'entrée de jeu, que la recherche documentaire et les consultations effectuées n'auront pas permis de mettre en lumière l'existence d'un système intégré d'accès aux services de proximité destiné à répondre aux différents besoins de l'ensemble de la population. En contrepartie, les résultats de cette recherche pointent vers un éventail de mécanismes d'accès complémentaire aux services de proximité. Deux grands types de mécanismes d'accès sont représentés à la figure 1. D'abord, il y a celui qui nécessite que l'utilisateur agisse pour établir un premier contact avec le système de santé et de services sociaux. Ce type de mécanisme d'accès comprend : 1) les guichets d'accès aux soins de santé et aux services sociaux, 2) les mécanismes de gestion des listes d'attente centralisée, 3) les GMF et les cliniques sans rendez-vous, 4) les portails-patients (incluant les visites électroniques), et 5) les conseils et références téléphoniques. Un deuxième type de mécanisme d'accès requiert que le système agisse pour établir un premier contact avec l'utilisateur. Ces approches de démarchage incluent, entre autres, les agents de santé communautaire et les cliniques mobiles.

**Figure 1 Système de mécanismes d'accès aux services de proximité**



Les différents mécanismes d'un système d'accès aux services de proximité sont présentés ci-après selon leurs caractéristiques, avantages et inconvénients. Leur efficacité a également été rapportée, lorsque des études qui en ont évalué les retombées ont été recensées dans la littérature. Finalement, dans le but d'illustrer plus concrètement le déploiement de chacun des mécanismes d'accès, un exemple d'application a été fourni.



# **SECTION 1 : MÉCANISMES QUI NÉCESSITENT QUE L'USAGER AGISSE POUR ÉTABLIR UN PREMIER CONTACT AVEC LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX**

Sept mécanismes seront détaillés, soit :

1. les guichets d'accès aux soins de santé et aux services sociaux;
2. les mécanismes de gestion des listes d'attente centralisée;
3. les GMF;
4. les cliniques médicales sans rendez-vous;
5. les portails-patients;
6. les visites électroniques;
7. les conseils et références téléphoniques.

Les guichets d'accès, les mécanismes de gestion des listes d'attente centralisée, les GMF et les cliniques sans rendez-vous s'inscrivent tous dans la dimension « facilité d'accès, accueil » du cadre conceptuel de Lévesque [2013]. Toutefois, comme il a été mentionné ci-dessus, cette dimension implique que les services sont connus de la population, ce qui n'est peut-être pas le cas pour l'ensemble de la population québécoise.

Pour leur part, les portails-patients, les visites électroniques et les conseils et références téléphoniques sont tous des mécanismes qui touchent la dimension « disponibilité et accommodation » du cadre conceptuel de Lévesque [2013].

## **4.1 Guichets d'accès aux soins de santé et aux services sociaux**

Afin de permettre l'accès aux différents soins de santé ou services sociaux, les usagers eux-mêmes ou les professionnels qui désirent diriger un usager vers d'autres services peuvent contacter différents guichets d'accès en fonction de la nature de leurs besoins, tels que ceux du Centre de répartition des demandes de service (CRDS), des maladies chroniques, de la cancérologie, de la déficience intellectuelle, de la dépendance, de la santé mentale, du soutien à domicile, des services sociaux généraux, etc. Ces guichets d'accès représentent par conséquent la porte d'entrée de l'ensemble des nouvelles demandes de services de santé ou de services sociaux, qu'elles proviennent de référents du réseau ou encore de la personne nécessitant des services ou ses proches.

Il est actuellement difficile de documenter concrètement le fonctionnement et les caractéristiques de l'ensemble des guichets d'accès existant au Québec, puisque ceux-ci varient en fonction des différents CISSS et CIUSSS. De plus, plusieurs travaux d'intégration de ces guichets sont en cours, en vue de permettre à la population un accès fluide aux divers continuums de soins de santé et de services sociaux. Cela fait en sorte que l'implantation de ce type de mécanisme d'accès est actuellement en mouvance. Afin d'illustrer le fonctionnement de l'un des guichets d'accès existant au Québec, le service de l'AAOR sera décrit ci-après.

#### 4.1.1 Caractéristiques

Dans l'architecture des services de santé et des services sociaux au Québec, le service de l'AAOR représente la principale porte d'entrée pour l'ensemble de la population qui désire obtenir une réponse à un besoin social ou psychologique et être orientée vers des services appropriés.

Lorsqu'une personne s'adresse au CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) de sa région afin de recevoir un service psychosocial, la demande est analysée par le service de l'AAOR, conformément à l'offre des services sociaux généraux [MSSS, 2013]. Elle peut être traitée immédiatement s'il s'agit d'un besoin de service ponctuel ou de courte durée ou être dirigée vers l'un ou l'autre des autres services sociaux généraux (ex. : consultation sociale, consultation psychologique, etc.). Toujours selon l'offre des services sociaux généraux, l'AAOR doit également s'assurer, en présence d'une situation de crise, de la mise en place immédiate d'un processus d'intervention par le biais du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 ou d'un autre service, selon le besoin. La personne peut aussi être orientée vers les services de santé publique ou vers une autre ressource de la communauté.

Le service de l'AAOR est généralement offert avec ou sans rendez-vous de jour et de soir en semaine et à certaines heures la fin de semaine. Il est accessible 70 heures par semaine pour des rencontres en personne ainsi que 70 heures par semaine par téléphone, selon l'offre de services sociaux généraux [MSSS, 2013]. Il est dispensé dans les locaux du CISSS ou CIUSSS.

Le service de l'AAOR propose, pour l'utilisateur [MSSS, 2013], ce qui suit :

1. L'accueil : l'intervenant assure la prise de contact avec la personne qui fait appel au service et la collecte des informations relatives à sa situation problématique, à ses attentes, à ses forces et à celles de son milieu, aux raisons et aux circonstances de sa demande, etc.
2. L'analyse (des informations) : l'intervenant décide du sens et de la signification à accorder aux informations recueillies, dans le but de circonscrire la nature des problèmes et des besoins de la personne et de clarifier sa demande. Ces informations comprennent, notamment, l'appréciation du degré d'urgence, la vérification de critères d'obtention de services et la détermination des services que le CISSS ou CIUSSS peut offrir en fonction des besoins définis. L'analyse permet également de préciser les facteurs de risque pouvant mener à des problèmes plus importants.
3. L'orientation : l'intervenant explore avec la personne des stratégies d'aide appropriées et des pistes de solution en fonction de sa situation et de ses besoins, et il répond à ses questions. S'il s'agit d'un problème pouvant être résolu avec un nombre maximum de trois rencontres, l'intervention peut être effectuée dans le cadre du service d'AAOR. L'orientation consiste aussi à fournir à l'utilisateur l'information nécessaire sur les services disponibles au sein du CISSS ou CIUSSS ou dans la communauté, lorsque le recours à ces services est jugé pertinent. Lorsque la personne est dirigée vers d'autres services, l'intervenant doit s'assurer qu'elle a la capacité de faire elle-même les

démarches auprès de ces derniers. S'il y a un doute à cet égard, il est de la responsabilité de l'intervenant de prendre les mesures appropriées, afin de s'assurer qu'elle puisse accéder au service requis. Ces mesures peuvent se traduire par une référence personnalisée, un accompagnement, etc.

4. La référence : il s'agit d'une mesure personnalisée consistant à procéder à une recommandation directe de la personne auprès du service le plus apte à l'aider à résoudre les difficultés avec lesquelles elle est aux prises. Elle est réalisée au moyen d'un document papier ou électronique ou d'une communication téléphonique avec un intervenant exerçant la fonction d'accueil. La référence peut se situer dans un contexte de crise et exiger, le cas échéant, la mise en place immédiate d'un processus d'intervention par le biais du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 ou de toute autre ressource appropriée.

#### **4.1.2 Avantages**

L'AAOR a pour objectif de permettre un accès facile et rapide aux services sociaux du CISSS ou CIUSSS. Ce service vise également à connaître les problématiques sous-jacentes pour diriger les personnes vers les services appropriés, afin qu'elles trouvent réponse à leurs besoins de nature sociale ou psychologique. Le service de l'AAOR est un mécanisme pouvant permettre, lorsque son déploiement est optimal, un accès à l'ensemble des services de proximité, pour la population d'un territoire donné. Les effets de l'AAOR ne semblent pas avoir été documentés, pour le moment, par le biais d'une étude évaluative.

#### **4.1.3 Inconvénients**

Aucune étude spécifique portant sur le service de l'AAOR n'a été répertoriée lors de notre recherche documentaire sur l'accès aux services de soins de santé et aux services sociaux. Une recherche plus précise sur ce mécanisme pourrait être faite ultérieurement, au besoin.

## **4.2 Mécanismes de gestion des listes d'attente centralisée**

Auteurs de cette section : Mylaine Breton<sup>1,2,3</sup>, Mélanie-Ann Smithman<sup>1,2,4</sup>, Martin Sasseville<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Université de Sherbrooke, <sup>2</sup>Centre de recherche - Hôpital Charles-Le Moyne, <sup>3</sup>Chaire de recherche du Canada sur la gouvernance clinique des services de première ligne, <sup>4</sup>Boursière du Fonds québécois de recherche en santé (FQRS).

### **4.2.1 Caractéristiques**

Les mécanismes de gestion des listes d'attente centralisée sont utilisés afin de résoudre des problèmes de délais prolongés, dans le but de faciliter l'accès à des soins de santé et des services sociaux. L'idée à la base de la gestion d'une liste d'attente centralisée est d'avoir un point d'admission central où les usagers peuvent recevoir un service d'un professionnel au sein d'un groupe, comparativement à une gestion non centralisée,

désorganisée et pouvant générer une offre de services inégale. Ce mécanisme s'inscrit dans la dimension « facilité d'approche, accueil » du cadre conceptuel de Lévesque [2013]. À l'international et au Canada, les mécanismes de gestion des listes d'attente centralisée ont souvent été utilisés pour l'accès aux soins spécialisés non urgents (chirurgies électives) [Dew *et al.*, 2005; Noseworthy *et al.*, 2003]. Pour les services de première ligne, ce type de mécanisme a été implanté dans plusieurs provinces, afin d'aider les usagers sans affiliation à un professionnel de première ligne. Chaque province présente un fonctionnement et des caractéristiques différents, qui font actuellement l'objet d'une recherche pancanadienne. À notre connaissance, il n'existe aucune preuve de l'utilisation de liste d'attente centralisée dans le contexte des services de première ligne en dehors du contexte canadien [Breton *et al.*, 2018; Breton *et al.*, 2017b; Breton *et al.*, 2012].

Une revue portant sur ces mécanismes de gestion des listes d'attente centralisée, en cours de réalisation [Breton *et al.*, 2018], est synthétisée sous forme de vidéo, à l'adresse suivante : <https://www.youtube.com/watch?v=Z3USrL2PWCs&feature=youtu.be>.

De cette revue, il ressort trois principaux types de mécanismes, lesquels sont présentés ci-dessous.

1. La mise en file d'attente : Les usagers sont inscrits sur une liste d'attente et reçoivent des services chronologiquement, en fonction de la date à laquelle ils y ont été enregistrés. Il s'agit d'un mécanisme basé sur une approche « premier arrivé, premier servi », reposant sur le principe de l'égalité d'accès à un service, où tous les usagers sont sujets au même temps d'attente, indépendamment de leur condition clinique. La mise en file d'attente implique que l'offre de services est suffisamment grande pour répondre à la demande.
2. La catégorisation : Un professionnel de la santé attribue une catégorie aux usagers, laquelle représente un temps d'attente recommandé, selon l'information médicale disponible, et ce, afin de donner la priorité à ceux ayant des besoins plus urgents. La catégorisation ne permet pas l'accès aux services sur une base égalitaire, mais vise plutôt à améliorer l'équité en raison d'une demande disproportionnée face à l'offre. Ainsi, les usagers ayant des besoins plus prononcés reçoivent le service demandé plus rapidement que ceux ayant des besoins moins criants. Basé sur la demande, ce type de gestion des listes d'attente est utilisé lorsque l'offre d'un service ne peut significativement pas combler la demande pour ce service.
3. La notation : Un outil standardisé permet d'attribuer une note (score) basée sur les besoins médicaux ou sociaux des usagers. Le classement de ces derniers sur la liste d'attente est déterminé en fonction de la note accordée. La littérature récente a montré que la note utilisée pour la priorisation des usagers s'appuie non seulement sur des informations cliniques, mais intègre également des informations de nature sociale et économique. Idéalement, lorsque l'utilisateur est inscrit sur une liste d'attente basée sur la notation, des mises à jour sur son état de santé ainsi que sur le temps d'attente écoulé sont prises en compte afin de procéder à la priorisation des cas.

Pour implanter un mécanisme de gestion des listes d'attente centralisée, il faut notamment :

- décider lequel des trois mécanismes est le plus approprié au contexte;
- concevoir un outil et un guide de pratique de priorisation des usagers selon les critères appropriés pour le service en question, si la catégorisation ou la notation est retenue comme mécanisme;
- prévoir des ressources humaines pour la gestion de la liste d'attente (demandes des usagers, priorisation (si applicable), liaison entre usagers et professionnels);
- mettre en place les ressources technologiques nécessaires (base de données, système de mise à jour des informations sur l'utilisateur, etc.);
- planifier les modalités de la centralisation de l'offre et de la demande pour le service en question (point central pour les demandes d'inscription à la liste d'attente, participation des professionnels de la santé, etc.);
- prévoir un système de suivi de la liste d'attente centralisée pour pouvoir déceler et résoudre d'éventuels problèmes de gestion.

Plusieurs articles scientifiques ont souligné l'importance d'avoir une personne-ressource, tant pour faciliter l'implantation du mécanisme de gestion des listes d'attente que pour favoriser son utilisation à long terme. Cette personne assure un suivi étroit des listes d'attente, en plus de s'occuper des difficultés qui se présentent. Finalement, un tel mécanisme devrait être conçu en collaboration avec des cliniciens pour en augmenter l'acceptabilité et la pertinence.

#### **4.2.2 Avantages**

Les études sur les mécanismes de gestion des listes d'attente centralisée rapportent des résultats variables. Certaines portant sur la mise en file d'attente signalent une diminution des temps d'attente moyens et une augmentation du volume de services dans des contextes où d'importantes ressources ont été investies dans le système de santé et de services sociaux pour augmenter l'offre de services, et où de fortes mesures coercitives ont été mises en vigueur pour assurer le respect des cibles de temps d'attente [Nikolova *et al.*, 2015; Sinko *et al.*, 2015; Propper *et al.*, 2010; Dimakou *et al.*, 2008; Propper *et al.*, 2008; Hauck et Street, 2007]. Une étude a mentionné une baisse du nombre de références aux urgences à la suite de l'implantation d'un mécanisme de catégorisation [Mariotti *et al.*, 2014].

#### **4.2.3 Inconvénients**

Pour qu'un tel mécanisme fonctionne correctement, les lignes directrices de priorisation par catégories doivent être appliquées de manière homogène, et il faut définir clairement quels types d'utilisateurs appartiennent à chaque catégorie. Dans les endroits où le mécanisme de la catégorisation a été mis en œuvre, les professionnels ont généralement la liberté de sélectionner les utilisateurs de la catégorie de leur choix. Il semble que dans certains cas, cela ait contribué à réduire l'efficacité prévue, c'est-à-dire de donner la

priorité aux usagers les plus malades. De plus, la catégorisation dépend de l'information acheminée aux professionnels. Or, comme la condition de l'utilisateur peut fluctuer dans le temps, il est possible qu'un usager dont la condition s'est détériorée ne reçoive pas les services requis en temps opportun, faute d'actualisation de sa catégorisation. Quelques études sur la catégorisation ont rapporté une hétérogénéité dans l'application des règles de priorisation lorsque les balises des catégories étaient floues [Breton *et al.*, 2017c; Askildsen *et al.*, 2010]. Finalement, il a été relevé que dans certains cas, les usagers prioritaires ont attendu proportionnellement plus longtemps que ceux jugés moins prioritaires, notamment dans des contextes où les professionnels de la santé avaient la possibilité de sélectionner les usagers à partir de la liste d'attente centralisée [Breton *et al.*, 2015; Askildsen *et al.*, 2011].

Afin d'être utilisé de manière optimale, un mécanisme de notation doit être sensible à l'ensemble des aspects qui peuvent être pris en compte, afin de fournir le service aux usagers qui peuvent le plus en bénéficier. Il convient de souligner que la notation est une nouvelle forme de gestion des listes d'attente centralisée et que, par conséquent, des informations limitées sont disponibles dans la littérature relativement à leur efficacité. L'une des critiques les plus courantes formulées à l'égard de ce type de mécanisme est que son caractère rationnel s'oppose au jugement clinique de certains professionnels. Ainsi, afin de minimiser la réticence face à son utilisation de même que les risques qui y sont associés de manière opportune, la concordance ainsi que la précision des outils doivent refléter la réalité clinique des usagers.

L'un des défis liés à la gestion des listes d'attente centralisée est de s'assurer que le mécanisme utilisé ne soit pas en opposition avec d'autres politiques de santé, dont une politique de temps d'attente maximum mise en place en parallèle. Un autre enjeu concerne la validité de l'outil servant à discriminer les usagers dans des catégories ou selon des notes (scores), ce qui reflète une hiérarchisation.

### **Quelques applications québécoises de la gestion des listes d'attente centralisée**

- Au Québec, le système des guichets d'accès pour la clientèle orpheline (GACO) s'appuie sur une information clinique à jour du patient concernant son statut d'affiliation à un médecin de famille, de même que sur les critères de vulnérabilité inscrits à son dossier informatique de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Des enjeux liés aux délais d'attente demeurent préoccupants au Québec, puisque pour certaines catégories de patients dites plus prioritaires, ces délais sont similaires à ceux de catégories jugées moins prioritaires [Breton *et al.*, 2017c].
- Un autre domaine d'application du mécanisme de gestion des listes d'attente centralisée est celui des centres de répartition des demandes de service, ces nouveaux guichets régionaux de centralisation et de traitement des demandes pour une première consultation en soins spécialisés acheminées par les médecins de famille. Ces guichets ont été implantés dans 16 régions du Québec, et ce, pour 9 spécialités. Les CRDS font partie d'un ensemble de stratégies et de mécanismes visant à assurer à l'utilisateur un accès à proximité aux services spécialisés, à l'intérieur du délai correspondant à sa condition clinique. Aucune étude n'a encore été réalisée sur ce mécanisme québécois.
- Sur le plan des services sociaux, le programme-services Soutien à l'autonomie des personnes âgées, par exemple, applique également le mécanisme de la gestion des listes d'attente centralisée. Ce programme-services regroupe dans un guichet unique tous les services offerts par le RSSS aux personnes en perte d'autonomie et à leurs proches aidants. Bien que les services puissent varier d'un établissement à l'autre, ceux qui sont généralement offerts sont :
  - l'évaluation des besoins, à la suite de laquelle des services de proximité peuvent être dispensés, entre autres exemples;
  - les soins et services à domicile;
  - les services communautaires aux aînés et proches aidants, comme les repas, l'aide domestique et le transport.

## **4.3 GMF**

### **4.3.1 Caractéristiques**

Selon la définition du MSSS, le GMF est « un regroupement de médecins de famille qui travaillent en étroite collaboration avec d'autres professionnels de la santé pour permettre à la clientèle d'avoir plus facilement accès à des soins médicaux » [Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000, p. 52].

Les premiers GMF ont fait leur apparition en 2002, à la suite du rapport publié en 2000 de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, présidée par M. Michel Clair. Cette commission recommandait « que l'organisation d'un réseau de première ligne constitue l'assise principale du système de santé et de services sociaux; que le réseau soit formé à partir de la double réalité actuelle des CLSC et des cabinets de

médecins; que le volet médical du réseau de première ligne soit assumé par des groupes de médecine familiale avec la collaboration des infirmiers cliniciens » [Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000, p. 43]. Dans les années suivantes, l'implantation des GMF s'est effectuée graduellement à travers le Québec.

À la suite de l'inscription volontaire de l'utilisateur auprès d'un médecin membre, le GMF offre des services médicaux de première ligne, avec ou sans rendez-vous. Dans un GMF, chaque médecin s'occupe de ses propres patients, qui sont inscrits sur la liste, mais tous les médecins membres d'un même GMF ont accès à l'ensemble des dossiers médicaux de ce GMF. Par conséquent, une personne qui se présente pour une consultation peut être reçue par un autre médecin que son médecin affilié [Gouvernement du Québec, 2018]. Dans les GMF, les services sont dispensés du lundi au vendredi, selon un mode sur rendez-vous et sans rendez-vous. Les samedis, dimanches et jours fériés, un niveau minimal de services est offert sans rendez-vous. Une garde téléphonique, 24 heures sur 24 et sept jours sur sept, est assurée par un médecin en dehors des heures d'ouverture pour les personnes inscrites qui répondent à divers critères de vulnérabilité (ex. : personnes âgées, malades chroniques) [Breton *et al.*, 2011].

En plus des médecins de famille qui y travaillent, les GMF sont constitués de divers professionnels [Breton *et al.*, 2011]. Ainsi, le MSSS soutient financièrement l'embauche d'infirmiers cliniciens, de travailleurs sociaux et de pharmaciens dans tous les GMF du Québec, tout en offrant un soutien financier pour l'intégration d'autres types de professionnels cliniques dans les équipes. Ces collaborations contribuent à la qualité des soins et services, tout en étant source de satisfaction pour les patients, les médecins de famille et les professionnels de la santé. Ainsi, en relocalisant dans les GMF certains professionnels des CLSC, dont les travailleurs sociaux, les équipes cliniques sont mieux outillées pour offrir à leurs patients des soins de santé et des services sociaux de qualité, complets et intégrés aux autres services disponibles dans le réseau.

Afin de guider les médecins de famille dans le choix des professionnels de la santé dont les activités et les compétences sont les plus pertinentes pour répondre aux besoins spécifiques de leurs clientèles, le MSSS propose des guides d'intégration des professionnels en GMF<sup>8</sup>.

Offrant les mêmes services que les GMF, les groupes de médecine de famille universitaire (GMF-U) accueillent des résidents en médecine de famille, des étudiants et stagiaires de différentes disciplines, qui y reçoivent de la formation et y sont supervisés. Les GMF-U bénéficient d'une reconnaissance universitaire en matière d'enseignement<sup>9</sup>. Quant à elles, les super-cliniques sont des GMF avec une offre de services de première ligne accrue pour les besoins semi-urgents et les besoins urgents simples. Les super-

---

<sup>8</sup> Guides d'intégration des professionnels en GMF [site Web], disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001529/>.

<sup>9</sup> Source : Groupe de médecine de famille (GMF), groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) et super-clinique. Groupe de médecine de famille universitaire [site Web], disponible à : <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/gmf-gmf-u-et-super-clinique/groupe-de-medecine-de-famille-universitaire/>.



cliniques dispensent donc les mêmes services qu'un GMF, mais elles doivent en plus offrir des consultations aux patients sans médecin de famille ou inscrits dans un autre GMF, être ouvertes 7 jours sur 7, 12 heures par jour et donner la possibilité pour tout patient de prendre un rendez-vous pour le lendemain, et ce, dès trois heures avant leur fermeture, dans le cas où toutes les plages de consultation affichées pour la journée sont comblées. Les super-cliniques offrent également, sur place ou à proximité, des services de prélèvement et des services d'imagerie. De plus, l'accès aux services spécialisés y est facilité. Par cette offre accrue, les services disponibles dans les super-cliniques permettent aux usagers qui ont une condition non prioritaire d'éviter de se présenter à l'urgence d'un centre hospitalier et d'y subir une attente prolongée<sup>10</sup>.

Selon le Plan stratégique du MSSS 2015-2020, il était prévu que 300 GMF soient implantés d'ici 2019-2020 au Québec [MSSS, 2017]. Selon les données préliminaires disponibles en date du 30 juin 2018 sur le site du MSSS<sup>11</sup>, 329 GMF sont en activité. En moyenne, un GMF dessert une clientèle d'environ 15 000 personnes, regroupe environ dix médecins, deux infirmiers ainsi que deux personnes affectées au travail administratif. Les caractéristiques (ex. : nombre de médecins, nombre d'infirmiers, nombre de patients inscrits, prévalence de certaines maladies, données sociodémographiques des populations desservies, etc.), à jour, de tous les GMF au Québec peuvent être consultées sur le site Web « Description dynamique des services de soins de santé et sociaux de première ligne du Québec » (<http://www.ddsquebec.ca/>).

#### 4.3.2 Avantages

Différentes analyses des retombées initiales de la création des GMF ont été effectuées à ce jour, soit par le ministre [MSSS, 2008], soit par des chercheurs (ex. : Dunkley-Hickin, 2013; Clavel, 2012; Breton *et al.*, 2011; Coyle et Strumpf, 2011; Tourigny *et al.*, 2010; Pomey, Martin et Forest, 2009; Beaulieu *et al.*, 2006; tous cités dans [Aubin et Quesnel-Vallée, 2016]), ou dans le cadre d'une vérification de l'optimisation des ressources par le Vérificateur général du Québec [VGQ, 2015].

Ces analyses ont fait état des impacts positifs de la création des GMF, notamment de l'amélioration du travail collaboratif entre les médecins et les infirmiers, de l'augmentation de la qualité de vie au travail des médecins, de l'appréciation des contacts avec différents professionnels de la santé et de l'allongement de la durée des rencontres avec les patients [Aubin et Quesnel-Vallée, 2016].

Une force des GMF rapportée dans la littérature est de permettre aux médecins de famille des cabinets privés, pratiquant en solo, de se regrouper pour améliorer l'offre de services [Breton *et al.*, 2011]. Ce regroupement de professionnels de la santé et des services sociaux permet ainsi à la clientèle d'avoir plus facilement accès à des soins de santé et à des services sociaux. Il permet notamment :

---

<sup>10</sup> Source : Groupe de médecine de famille (GMF), groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) et super-clinique. Super-clinique [site Web], disponible à : <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/gmf-gmf-u-et-super-clinique/super-clinique/>.

<sup>11</sup> Source : Accès aux services médicaux de première ligne [site Web], disponible à : <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/acces-premiere-ligne/>.

- d'assurer un meilleur suivi de l'état de santé et du dossier médical des patients;
- d'améliorer la qualité des soins;
- d'accroître l'accès aux soins de santé et aux services sociaux de première ligne.

Différents avantages des GMF pour les usagers ont été recensés dans la littérature scientifique, dont :

- l'amélioration significative de l'accessibilité, de la coordination médecin-infirmier, de la globalité des soins et de la connaissance du patient [Beaulieu *et al.*, 2006];
- l'augmentation de la facilité à communiquer avec le GMF, à avoir un meilleur accès aux services médicaux en cas d'urgence ou en dehors des heures d'ouverture [MSSS, 2008];
- l'augmentation de la satisfaction quant à la qualité de la relation médecin-patient [MSSS, 2008].

Au regard des effets sur l'utilisation des services, il semble que les patients suivis en GMF reçoivent de celui-ci la presque totalité de leurs services de médecine générale (80 %), comparativement à près de 70 % dans les cabinets non GMF [MSSS, 2008].

#### **4.3.3 Inconvénients**

Malgré les impacts positifs répertoriés concernant la création des GMF, différentes difficultés d'implantation ont été soulevées, notamment :

- la difficulté d'assurer l'accessibilité universelle et la prise en charge des patients vulnérables [VGQ, 2015];
- l'informatisation partielle des GMF, qui pourrait expliquer le fait que l'accès aux médecins de famille s'est peu amélioré dans les dernières années [Aubin et Quesnel-Vallée, 2016];
- le manque de mécanismes de suivi et de reddition de comptes du gouvernement à l'égard des GMF, qui a mené à des iniquités entre les différents GMF [Aubin et Quesnel-Vallée, 2016];
- l'accroissement des tâches administratives [Aubin et Quesnel-Vallée, 2016].

Selon Breton et ses collaborateurs [2011], malgré les effets intéressants du modèle GMF, des améliorations pourraient être apportées. Les auteurs suggèrent certaines pistes de développement, dont :

- accroître l'impact du GMF par une rémunération médicale mixte (le paiement par capitation et le paiement à la vacation), comme il se fait notamment en Ontario;
- accroître la multidisciplinarité au sein du modèle GMF (ex. : avec des infirmiers praticiens qui peuvent faire certaines tâches d'omnipraticien);
- accroître les ressources informatiques au sein du modèle GMF. Bien que Breton et ses collaborateurs parlent de l'importance de l'implantation des dossiers médico-

électroniques, le besoin d'améliorer l'utilisation et l'exploitation de ces dossiers demeure d'actualité;

- accroître l'inscription de la population grâce à l'implantation d'un plus grand nombre de GMF et à une formalisation des activités assurées conjointement par les médecins et les infirmiers.

Tous les experts consultés dans le cadre de cet état des connaissances soulignent que la mise en place d'un accès unique (par les GMF, par exemple) aux services de proximité risque de faire augmenter les inégalités, tant en santé que sur le plan social. Comme le modèle d'accès aux services offerts par les GMF transfère aux usagers la responsabilité de solliciter les services auxquels ils désirent recourir ou d'exprimer leurs besoins, les clientèles vulnérables risquent de ne pas bénéficier des services de proximité nécessaires.

## 4.4 Cliniques médicales sans rendez-vous

### 4.4.1 Caractéristiques

En offrant des consultations médicales le jour même, les cliniques médicales sans rendez-vous représentent une porte d'accès au système de santé en permettant à un usager non affilié à un médecin de famille de recevoir des soins de santé. Un usager affilié à un médecin de famille qui n'est pas disponible peut également se présenter dans une clinique médicale sans rendez-vous pour y consulter un médecin généraliste. Ainsi, pour les usagers qui présentent une condition médicale non urgente, mais qui nécessitent d'être examinés par un médecin, les services médicaux « sans rendez-vous » demeurent une des options possibles. Les services de consultation médicale sont offerts sur la base de l'ordre d'arrivée à la clinique.

Un répertoire des ressources qui offrent de la consultation médicale le jour même est disponible à : <http://sante.gouv.qc.ca/repertoire-ressources/consultations-medicales-sans-rendez-vous/>.

### 4.4.2 Avantages

Selon Villaseñor et Krouse [2016], les cliniques d'urgence sans rendez-vous (*urgent care clinics* [UCC] aux États-Unis) ont le potentiel d'améliorer l'accès aux services, de réduire les coûts associés au système de santé et de détourner les patients des urgences des centres hospitaliers.

Aux États-Unis, l'équipe de Maheswaran et ses collaborateurs [2007] a tenté de pallier les répercussions négatives des rendez-vous manqués chez les usagers de services psychiatriques. Sachant ces usagers plus susceptibles de ne pas se présenter aux rendez-vous, la clinique assurant leur suivi leur a plutôt proposé d'effectuer celui-ci par le biais du « sans rendez-vous ». Grâce à cette mesure, le suivi de ces usagers vulnérables s'est vu augmenté, et l'accès aux services psychiatriques pour les patients traditionnellement moins bien desservis n'a pas diminué.

### 4.4.3 Inconvénients

Certains inconvénients liés aux cliniques médicales sans rendez-vous ont cependant été répertoriés dans la littérature. Il est possible, par exemple, que l'utilisateur ait à se déplacer à la clinique tôt le matin afin de s'assurer de pouvoir consulter un médecin, en raison de plages horaires restreintes. De plus, la consultation dans les cliniques sans rendez-vous peut avoir un effet négatif sur la continuité des soins et services préventifs. Villaseñor et Krouse [2016] mentionnent entre autres que les infirmiers praticiens œuvrant dans ces cliniques pourraient mieux assurer la communication et la collaboration entre les divers praticiens à travers les milieux de services de santé, et ainsi faciliter la continuité des soins et services des patients.

Certaines études ont également mis en lumière que les cliniques médicales sans rendez-vous ne parvenaient pas à réduire le temps d'attente pour les services de première ligne [Maheswaran *et al.*, 2007].

## 4.5 Portails-patients

### 4.5.1 Caractéristiques

Un autre mécanisme s'inscrivant dans la dimension « facilité d'approche, accueil », du cadre conceptuel de Lévesque [2013], est le portail-patient. Ce mécanisme agit en tant qu'interface électronique entre l'utilisateur et le système d'information clinique du fournisseur de services, pour soutenir les soins centrés sur l'utilisateur. Principalement, le portail-patient favorise l'accès aux données de l'utilisateur, en partie ou en totalité. Le degré de satisfaction des usagers envers les portails-patients est élevé, car ils permettent leur participation active aux décisions médicales les concernant [Kruse *et al.*, 2015]. Pour être efficace, un portail doit être convivial, bidirectionnel, et privilégier un véritable dialogue entre tous les partenaires et l'utilisateur. Il doit de plus encourager l'autogestion des soins [Kruse *et al.*, 2015; Rigby *et al.*, 2015].

Dans l'ensemble, les portails-patients peuvent offrir une ou plusieurs des fonctionnalités suivantes [Rigby *et al.*, 2015] :

- accès aux données médicales du patient;
- accès aux résultats des tests effectués;
- impression ou exportation des données;
- renouvellement des prescriptions de médicaments;
- programmation de rendez-vous;
- obtention d'une réponse;
- accès aux informations médicales générales, telles que des lignes directrices, des consignes, des documents d'enseignement, des vidéos de démonstration, etc.;
- communication sécurisée entre l'utilisateur et l'institution.

Il est à noter que le portail-patient ne représente qu'un outil facilitant la prestation de soins coordonnés. Son rôle principal est de permettre l'interaction entre l'utilisateur, les fournisseurs de soins du réseau et les autres soignants du domaine de la santé et des services sociaux [Rigby *et al.*, 2015].

#### 4.5.2 Avantages

Les experts consultés au sein du comité de travail valident la littérature scientifique et l'intérêt grandissant pour les portails-patients. En effet, ces portails électroniques, dont la présence s'impose de plus en plus (ex. : portail d'Hydro-Québec, portails-étudiant, portails des institutions financières), pourraient s'avérer un moyen efficace pour faciliter l'accès aux services de proximité chez une partie de la population. Toutefois, la preuve n'a pas encore été faite quant à leur impact sur la sécurité des données, à leurs effets sur la santé ou le bien-être, à l'efficacité et à la qualité des soins aux usagers ainsi qu'à leurs coûts [Rigby *et al.*, 2015; Ammenwerth *et al.*, 2012]. Des études ont démontré, chez les usagers utilisateurs de portail-patient, une diminution des taux de consultation en cabinet, une augmentation du nombre de messages envoyés au praticien, une meilleure adhésion au traitement, un meilleur taux de rétention au traitement et une réduction du taux d'absence aux rendez-vous (en comparaison du groupe témoin).

Quelques conditions de réussite peuvent être dégagées de la littérature concernant l'implantation de ce mécanisme d'accès :

- le partage de l'information et la participation des usagers à la prise en charge de leur suivi conduisent à l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience du processus (ex. : réduction de la redondance des tests en laboratoire) [Rigby *et al.*, 2015];
- en plus de faciliter la navigation à travers le système de santé et de services sociaux et le contact entre les professionnels et les usagers, les portails-patients présentent différents avantages, notamment celui d'apporter une flexibilité pour les usagers [Otte-Trojel *et al.*, 2014].

#### 4.5.3 Inconvénients

Les portails-patients sont accessibles à tous. Une étude a néanmoins révélé que les usagers qui y ont recours sont plus susceptibles d'être des femmes caucasiennes, éduquées, âgées de moins de 65 ans et préférant les moyens de communication électroniques [Kruse *et al.*, 2015]. Certains chercheurs recommandent aux décideurs de résoudre le problème des barrières à l'utilisation d'un tel mécanisme associées à la littératie et aux considérations culturelles [Rigby *et al.*, 2015]. Selon les études qui ont exploré les attitudes des usagers et praticiens envers les portails-patients, il est clair que les utilisateurs doivent posséder un certain niveau de connaissances pour être en mesure de les utiliser pleinement. Par exemple, l'utilisateur doit détenir minimalement des connaissances sur sa santé et comprendre le jargon médical [Kruse *et al.*, 2015].

Les défis associés à l'exploitation des portails-patients incluent l'interopérabilité des systèmes, l'interopérabilité sémantique, l'accès contrôlé et sécurisé aux données confidentielles, les coûts élevés liés à la création et au maintien d'une telle plateforme ainsi qu'un potentiel de volume de messages électroniques accru pouvant occasionner

une légère augmentation de la charge de travail [Kruse *et al.*, 2015; Ammenwerth *et al.*, 2012] et provoquer un sentiment de dépassement chez les praticiens qui doivent y répondre. De plus, la facilité du praticien à se familiariser avec cette nouvelle technologie est considérée comme un facteur pouvant influencer sur son utilisation future [Kruse *et al.*, 2015; Rigby *et al.*, 2015]. En Europe, peu de pays ont établi de tels portails, et l'utilisation de ceux qui existent demeure faible [Rigby *et al.*, 2015].

Par ailleurs, il est primordial que les portails-patients soient adaptés aux caractéristiques des populations ciblées (niveau de littératie, littératie en santé, littératie en informatique). Il importe également de reconnaître que certaines clientèles, notamment les populations socialement vulnérables, ne seront pas rejointes par ce mécanisme.

### **My HealthVet**

Aux États-Unis, le portail My HealthVet (MHV) permet aux anciens combattants d'accéder à de l'information sur la santé et de communiquer avec leur équipe de soins. MHV a trois niveaux. Le premier est accessible au grand public et comprend de l'information de base sur la santé ainsi que des ressources éducatives. Le deuxième niveau, accessible seulement aux vétérans qui s'inscrivent en ligne, leur permet de transmettre des informations liées à leur état de santé et à leurs ordonnances (qu'ils peuvent ensuite imprimer pour les professionnels de la santé). Ce niveau permet aussi de demander des renouvellements d'ordonnances. Au troisième niveau, le compte « premium » donne à l'utilisateur inscrit accès à sa liste complète de médicaments, en plus de permettre le téléchargement du dossier médical et une communication (asynchrone) avec l'équipe de soins [Mishuris *et al.*, 2015].

Des entretiens avec 14 vétérans (recevant des services de première ligne à domicile), un médecin, un travailleur social et un infirmier gestionnaire ont révélé trois barrières à l'utilisation du MHV : (1) des connaissances limitées du MHV, (2) la satisfaction par rapport aux communications actuelles avec l'équipe de soins, et (3) un accès limité à un ordinateur et à Internet. Deux facilitateurs de l'utilisation du MHV ont été soulignés : (1) un intérêt à apprendre davantage à propos de ce mécanisme, et (2) l'aide de quelqu'un pour utiliser le MHV (c.-à-d. d'un substitut agissant en tant qu'intermédiaire entre l'utilisateur et son équipe de soins) [Mishuris *et al.*, 2015].

## **4.6 Visites électroniques**

Une des applications concrètes des portails-patients plus « avancés » est la visite électronique, soit un outil en ligne qui permet aux usagers et aux médecins de communiquer de façon synchrone ou asynchrone par voie électronique, par le biais d'un réseau sécurisé sur Internet. Compte tenu de son potentiel intéressant, la visite électronique – mécanisme spécifiquement lié aux portails-patients – sera décrite plus en détail. Cet outil renvoie aux dimensions d'accès [Lévesque *et al.*, 2013] « disponibilité et accommodements » et « acceptation ».

#### 4.6.1 Caractéristiques

L'*American Academy of Family Physicians* [AAFP, 2017] définit la visite électronique comme « un service d'évaluation et de gestion d'un usager par communication électronique avec un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux qualifié ».

Les visites électroniques permettent à l'utilisateur d'avoir une rencontre médicale à partir de la maison ou du travail (ou de partout dans le monde avec un accès à Internet) pour des problèmes de santé non urgents. Selon différents experts, ces visites pourraient représenter une solution simple et efficace pour traiter de nombreuses maladies bénignes ou courantes, telles que la sinusite, une allergie ou une infection urinaire, qui peuvent être diagnostiquées avec précision et prises en charge par un simple échange de messages [Deloitte, 2014]. Les visites électroniques facilitent également l'accès aux soins lorsque les heures d'ouverture de la clinique médicale d'appartenance ne sont pas propices ou pratiques pour le patient ou le professionnel (ex. : lorsqu'un patient a une question urgente à poser à son médecin pendant un voyage) [Zhong *et al.*, 2017]. En revanche, ce type de service nécessite que le professionnel consulté soit disponible et à l'heure. Il est d'ailleurs noté dans la littérature retenue que la visite électronique gagne en popularité. Certains sondages révèlent que les usagers souhaitent un accès électronique aux fournisseurs de soins de santé [Whitten *et al.*, 2007; Tang *et al.*, 2006].

1. Bien que le contexte américain puisse être différent de celui du Québec en matière de soins de santé et services sociaux, électroniques s'adressent uniquement aux patients inscrits qui ont déjà reçu des soins de la part d'un médecin.
2. Le patient amorce le processus de visite électronique et accepte les conditions du service, la politique de confidentialité et les frais de soins asynchrones d'un médecin ou d'un autre professionnel qualifié.
3. Une visite électronique comprend l'échange complet des renseignements en ligne et des autres communications associées à cette rencontre.
4. Le médecin documente correctement les visites électroniques, y compris toutes les communications pertinentes liées à la rencontre, dans le dossier médical du patient.
5. Le médecin ou un autre professionnel de la santé qualifié dispose d'une période de temps définie pour répondre à une demande de visite électronique.
6. Les visites notamment sur le plan du financement, des lignes directrices relatives aux visites électroniques ont été élaborées par l'AAFP [2017].
7. Les visites électroniques devraient être un service médical payant.

#### 4.6.2 Avantages

Les effets positifs des visites électroniques comprennent une amélioration de l'accessibilité, de l'efficacité, de la qualité et de la continuité des soins [Hickson *et al.*, 2015], de même qu'une réduction des coûts liés à l'accès aux systèmes de soins primaires et des coûts assumés par les usagers pour leur déplacement [Deloitte, 2014]. Selon Deloitte, l'utilisation de ce mécanisme d'accès sera de plus en plus populaire et

pourrait potentiellement faire économiser plus de 5 milliards de dollars par rapport au coût des visites médicales en personne par année.

Pour leur part, Leong et ses collaborateurs [2005] indiquent que le temps utilisé par les médecins pour répondre aux usagers n'est pas significativement plus élevé que le temps utilisé en face à face, ce qui laisse penser que les visites électroniques ne représentent pas un fardeau supplémentaire, en termes de temps, pour le professionnel de la santé.

L'impact des visites électroniques sur le nombre de visites en face-à-face n'est pas clairement établi à ce jour. Alors que des études norvégiennes et américaines ont observé une baisse significative de ce type de visite [Zhou *et al.*, 2007; Bergmo *et al.*, 2005], d'autres recherches ont montré une augmentation annuelle significative du nombre de visites en cabinet (ex. : [Palen *et al.*, 2012]). D'autres encore concluent que les visites électroniques n'ont pas d'impact significatif sur le nombre de consultations en face-à-face avec un médecin (ex. : [North *et al.*, 2014]).

Les usagers qui ont bénéficié de visites électroniques rapportent avoir apprécié de ne pas avoir eu à se déplacer dans une clinique médicale ou de ne pas avoir eu à joindre le médecin par téléphone pour discuter de ce qu'ils considéraient comme des symptômes courants nécessitant simplement une ordonnance [Albert *et al.*, 2011].

Les données autorapportées par les bénéficiaires de visites électroniques indiquent que plus de 90 % d'entre eux ont estimé que leur problème de santé a été bien traité par ce biais [Albert *et al.*, 2011]. Au-delà des données autorapportées, l'examen des dossiers médicaux électroniques de ces usagers a montré que seulement 16,9 % avaient reçu des soins médicaux 7 jours après la visite électronique. La visite électronique a également été considérée comme efficace pour identifier les usagers nécessitant des soins immédiats.

#### **4.6.3 Inconvénients**

L'adoption de la visite électronique comme mécanisme d'accès a été lente en raison de la difficulté à concevoir une communication efficace pour poser un diagnostic médical (ex. : pour déterminer les symptômes) et des préoccupations quant à la confidentialité des données [Whitten *et al.*, 2007; Tang *et al.*, 2006].

Les conditions requises pour que les usagers et les professionnels de la santé bénéficient des visites électroniques sont encore peu connues [Zhong *et al.*, 2017].

Des préoccupations concernant ces visites touchent également à la pertinence de l'utilisation d'un tel mécanisme, à l'harmonisation avec les dossiers médicaux, à la santé des usagers, à la maîtrise des technologies médicales par les professionnels ainsi qu'à la sécurité des données et au remboursement des frais associés [Hickson *et al.*, 2015].

Beaucoup de médecins possédant déjà une lourde charge de travail hésitent à adopter ce type de mécanisme, de peur d'être submergés [Zhong *et al.*, 2017]. Certains médecins généralistes sont par ailleurs sceptiques quant à l'utilisation efficiente de nouvelles méthodes dans le but d'améliorer l'accès aux services ou de réduire leur charge de travail [Lawless *et al.*, 2016].



## University of Pittsburgh Medical Center HealthTrack

Mis en place au *University of Pittsburgh Medical Center (UPMC)*, le *UPMC HealthTrack* est un portail sécurisé en ligne dans lequel l'utilisateur est invité à remplir un questionnaire interactif pour des conditions de santé spécifiques, qui est ensuite envoyé par messagerie électronique au médecin. Des questionnaires standardisés ont été élaborés pour sept maladies épisodiques fréquemment rencontrées en cabinet (c.-à-d. les maux de dos, la toux, la diarrhée, la conjonctivite, le rhume, l'infection urinaire ou vaginale). À la réception du questionnaire rempli, le médecin examine le dossier médical électronique du patient et, au besoin, questionne ce dernier pour bonifier la collecte d'informations. Il fournit au patient un diagnostic, propose des tests supplémentaires au besoin, remet une ordonnance si nécessaire et donne des instructions médicales. L'ensemble des échanges est conservé dans le dossier médical électronique du patient pour référence ultérieure (tiré d'Albert *et al.*, 2011, traduction libre).

## 4.7 Conseils et références téléphoniques

### 4.7.1 Caractéristiques

Une consultation téléphonique est un procédé par lequel l'appel de l'utilisateur est reçu, évalué et traité par un médecin généraliste ou un infirmier, qui fournit des conseils ou qui oriente la personne vers un service plus approprié [Bunn *et al.*, 2004]. La consultation peut concerner un problème de santé général ou lié au bien-être et mener à un processus de triage téléphonique permettant à une clientèle particulière d'accéder à des services spécifiques. Selon Booker et ses collaborateurs [2015], lorsque le système de triage est détaillé et qu'il met l'accent sur les soins de santé de première ligne, il peut identifier, rediriger et même prendre en charge les demandes « première ligne ». Il renvoie ainsi à la dimension d'accès « disponibilité et accommodements » du cadre conceptuel de Lévesque [2013]. La littérature scientifique fait état de consensus en lien avec 1) l'incertitude des usagers et proches aidants quant aux besoins urgents, 2) la crainte de conséquences négatives si les soins nécessaires ne sont pas reçus dans un délai opportun, et 3) l'importance d'une évaluation clinique pour rassurer les usagers et les proches aidants.

Au Québec, les services Info-Santé et Info-Social ont été mis en place pour permettre à l'ensemble de la population d'avoir un accès téléphonique rapide en matière de santé ou de services sociaux. En composant le 811, un usager peut ainsi obtenir une consultation soit avec un infirmier ou un professionnel de l'intervention psychosociale des CISSS et des CIUSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine. L'infirmier ou le professionnel recueille certains renseignements personnels, évalue le besoin, y répond et oriente, si nécessaire, la personne vers une ressource appropriée. Le service Info-Santé permet d'éviter de se rendre inutilement à la clinique ou à l'urgence, en répondant aux questions concernant des problèmes de santé non urgents. Quant à lui, le service Info-Social offre 1) des activités d'intervention de type « information » (ex. : information diverse de nature psychosociale à la personne et à son entourage et orientation de la personne vers des

ressources appropriées), 2) des activités d'intervention de type « prévention-éducation » (ex. : prévention de l'apparition ou de l'aggravation de problèmes psychosociaux), et 3) de l'intervention de type « crise » (ex. : intervention téléphonique immédiate, brève et directive qui vise à stabiliser la personne ou son environnement) [Gouvernement du Québec, 2017a; Gouvernement du Québec, 2017b; MSSS, 2013].

#### **4.7.2 Avantages**

D'après une revue systématique [CRD, 2015], la consultation téléphonique (tous types confondus) pourrait réduire le nombre de visites à l'urgence. De manière générale, selon les études recensées, la moitié des appels sont uniquement gérés par téléphone (sans qu'il soit nécessaire de voir l'utilisateur en personne). Les consultations téléphoniques semblent entraîner une réduction du nombre de visites immédiates à un médecin et n'augmentent pas le nombre de déplacements aux urgences. Les résultats indiquent qu'à la suite d'une consultation téléphonique ou en face à face, les usagers montrent un taux de satisfaction similaire.

Des questions demeurent cependant concernant l'efficacité des consultations téléphoniques, et davantage de recherches seraient nécessaires pour établir l'utilisation, le coût, la sécurité et la satisfaction qui y sont associés. On ignore encore si elles ne font que retarder le moment des visites chez le médecin.

#### **4.7.3 Inconvénients**

La consultation téléphonique peut ne pas convenir à certains usagers susceptibles de nécessiter une consultation en personne par la suite [NHS England, 2013]. L'affectation raisonnable de ressources et de soutien, donnant l'assurance que le personnel n'est pas surchargé, est un des éléments au cœur d'une mise en œuvre réussie de ce mécanisme. Une communication efficace est également nécessaire pour faciliter le changement de culture organisationnelle. La consultation téléphonique est, dans certains cas, considérée comme un défi pour la dispensation de soins cliniques de qualité [Murdoch *et al.*, 2015]. Par ailleurs, ce type de service ne donne généralement pas accès au dossier clinique du patient. Par conséquent, contrairement aux visites électroniques, les conseils donnés ne sont pas adaptés au contexte et à l'histoire médicale de l'individu (conseils généraux). Enfin, une lacune touche au manque de communication avec le médecin de famille de l'utilisateur. En Ontario, le modèle « Family Health Team » [MOHLTC, 2006] inclut un service appelé « Telephone Health Advisory Service », où le professionnel répondant peut accéder au dossier médical des patients inscrits, au besoin, et exige qu'un rapport soit envoyé au médecin de famille pour toute consultation téléphonique.

## SECTION 2 : MÉCANISMES D'ACCÈS POUR LES POPULATIONS VULNÉRABLES

Afin de s'assurer que l'ensemble de la population a accès aux services de proximité, il importe que le RSSS prévoie certains mécanismes leur permettant d'aller à la rencontre des gens qui ne vont pas solliciter les services par eux-mêmes pour répondre à leurs besoins. En effet, certaines populations vulnérables, telles que les personnes âgées, les personnes à faible revenu et les personnes présentant divers troubles de santé mentale, peuvent présenter de grands besoins de services de santé et de services sociaux, mais elles y accèdent plus difficilement. Les mécanismes recensés dans cette section englobent trois dimensions d'accès, selon le cadre conceptuel de Lévesque [2013] : « facilité d'approche, accueil », « acceptation » et « disponibilité et accommodements ».

### 4.8 Démarchage (outreach) : au cœur des services de proximité adaptés aux populations vulnérables

#### 4.8.1 Caractéristiques

Les interventions de proximité se définissent avant tout par une territorialisation des pratiques, au sein desquelles les intervenants et professionnels ne travaillent plus à partir des bureaux d'un établissement, mais bien au cœur des communautés où vivent les populations ciblées. Cela permet d'offrir des services et d'agir directement auprès d'elles et, par extension, d'agir sur les inégalités sociales et de santé.

Les approches de démarchage ciblent tous les groupes en situation d'exclusion sociale, à risque, réticents ou incapables d'accéder aux services de proximité, en raison de restrictions physiques, de stigmatisation ou de difficultés financières. Elles permettent d'améliorer la santé, le bien-être et la qualité de vie de la population d'un territoire et, par le fait même, de répondre aux objectifs de la responsabilité populationnelle, en agissant en amont sur les déterminants sociaux et de santé. Ces approches permettent une évaluation globale du fonctionnement et des habiletés des personnes au quotidien. En agissant ainsi en amont, il est possible de prévenir ou de réduire les hospitalisations des personnes ciblées, de maintenir leur indépendance fonctionnelle, de leur permettre de garder un logement et de soulager certains de leurs symptômes.

#### 4.8.2 Avantages

Le succès des interventions de proximité et des approches de démarchage dépend de la visibilité des intervenants et professionnels et de leur accessibilité, ainsi que des liens de confiance établis avec les citoyens et les partenaires communautaires. Il est aussi reconnu que les interventions de proximité permettent la mise en place d'une forme de collaboration structurée entre les services de santé et sociaux et les partenaires du milieu (organismes communautaires, écoles, services de police, office municipal d'habitation-logement, etc.). En outre, différents avantages de telles approches ont été relevés dans une synthèse des connaissances portant sur les services offerts à une population itinérante [Islam *et al.*, 2012], notamment le fait d'augmenter l'accès à un professionnel de première ligne ou de faciliter l'inscription aux services de première ligne.

### 4.8.3 Inconvénients

Sur le plan organisationnel, malgré plusieurs aspects positifs, il s'avère que la mise en place d'équipes d'intervention de proximité reposant sur une collaboration interprofessionnelle comporte des défis. La répartition de ces ressources entre les différentes directions impliquées pose des enjeux de gestion, tant du point de vue humain, financier que logistique. De plus, le déploiement intersectoriel et intégré lié directement à ce type d'approche est complexe. Les divers intervenants et professionnels ont besoin d'avoir des échanges avec les partenaires du milieu, ce qui signifie que des espaces et du temps doivent être prévus pour le permettre. Enfin, les besoins des personnes vulnérables peuvent être difficiles à cerner. Par ailleurs, il ressort que sans lien de confiance établi, une personne ou un groupe de personnes vulnérables ciblé peut être susceptible de rejeter l'intervenant au premier contact [Health Quality Ontario, 2016].

#### **Interventions de quartier (Sherbrooke, Québec)**

Au Québec, le projet des « Interventions de quartier » à Sherbrooke se déroule dans deux quartiers démunis de la ville depuis 2009. Ces interventions sont basées sur une approche de démarchage avec des équipes composées d'intervenants psychosociaux (travailleurs sociaux) et d'infirmiers [Morin *et al.*, 2017]. L'approche a démontré la pertinence de placer des intervenants de différents sous-programmes dans des quartiers spécifiques. Le projet s'étend maintenant, alors que des équipes de divers programmes, tels que santé mentale, accueil psychosocial, gestion de cas pour jeunes et familles, s'implantent progressivement sur les territoires, avec l'objectif d'y former deux équipes interprogrammes. L'approche d'intervention de quartier a eu des retombées importantes non seulement sur les individus ciblés, mais également sur les groupes communautaires et les partenaires institutionnels du projet. La réduction de l'isolement des personnes vulnérables est certainement l'un des effets majeurs de l'intervention de quartier. En favorisant l'engagement et la participation des personnes et en les reliant, les activités du projet (comme les cuisines collectives, les groupes de marche ou les groupes de femmes africaines) ont contribué à construire un climat de confiance, de responsabilisation, de solidarité et de promotion de défense des droits au sein des communautés. Les intervenants ont ainsi pu créer des liens avec des gens de communautés culturelles qui avaient peu accès aux services de santé et sociaux, dont plusieurs personnes ayant le statut de réfugiées. De nombreux participants ont dépassé leur méfiance et ont demandé une aide individuelle après s'être engagés dans un groupe. Certains sont même passés du rôle d'« aidé » à celui d'« aidant », voire à une participation citoyenne plus soutenue. Tout cela a contribué à modifier la dynamique du quartier, en permettant un meilleur climat social et l'essor d'une communauté d'intervention, en plus d'agir sur deux autres déterminants de la santé, soit l'accès au logement et à la sécurité alimentaire [Morin *et al.*, 2013].

## 4.9 Agents de santé communautaire

Un exemple d'approche de démarchage est le travail qu'effectuent les agents de santé communautaire, soit des membres d'une communauté qui sont choisis par des concitoyens ou par des organisations locales pour agir comme un pont entre la communauté et le système de santé et de services sociaux [Knickman, 2011].

### 4.9.1 Caractéristiques

Employés dans une variété de programmes visant à réduire les disparités en santé, les agents de santé communautaire identifient, de façon proactive, les usagers nécessitant des soins de santé ou des services sociaux (ex. : dans une salle d'attente à l'urgence) et leur assignent un praticien en soins de première ligne. Ils agissent à titre de membres de confiance de la communauté en ayant une compréhension approfondie de ses besoins, puisqu'ils partagent la même origine ethnique, culture, langue ou expérience de vie. Ces caractéristiques fournissent une base pour établir une relation de confiance avec les personnes et les familles qu'ils servent, ce qui leur permet d'adapter efficacement les services pour répondre à leurs besoins spécifiques. La relation établie peut permettre de contourner les barrières sociales ou culturelles potentielles entre les communautés et les services de santé et sociaux offerts. Plutôt que de détenir un diplôme spécifique, il est essentiel que les agents de santé communautaire puissent 1) répondre aux besoins particuliers de la population cible, 2) être en mesure de communiquer avec une diversité de personnes, et 3) fournir de l'aide à la navigation à travers le système de services et du soutien aux usagers [Craig *et al.*, 2011].

Ainsi, les agents de santé communautaire :

- jouent un rôle important en aidant les personnes à naviguer vers/dans un système de santé et de services sociaux complexe et souvent non coordonné;
- sensibilisent et éduquent leurs clients sur les problèmes de santé (ex. : nutrition) et sociaux;
- facilitent l'inscription aux programmes d'assurance maladie publics;
- dirigent les clients non assurés vers les services et soins dont ils ont besoin, au moment opportun;
- aident à la coordination des services et soins;
- effectuent des visites à domicile;
- offrent des conseils informels.

Aux États-Unis, les agents de santé communautaire s'intègrent généralement dans les équipes de soins de santé, dont les « Medical Homes ». Leurs caractéristiques uniques en tant que pairs reconnus et accessibles en font des membres précieux pour une équipe interdisciplinaire de santé à domicile. Au Canada, ces intervenants se retrouvent davantage au sein des organismes communautaires (ex. : organisation pour les réfugiés) et sont peu intégrés dans des cliniques de soins.

#### **4.9.2 Avantages**

Plusieurs organismes d'amélioration de la qualité connus à l'échelle nationale ont recommandé l'inclusion d'agents de santé communautaire dans les programmes visant à améliorer la santé et le bien-être des personnes ayant des besoins sociaux et médicaux complexes [Craig *et al.*, 2011]. De nombreuses études ont démontré que ceux-ci facilitent l'accès aux soins de santé et aux services sociaux pour les populations à faible revenu, en particulier au regard de la prévention et de la gestion des maladies chroniques. Chez les femmes américaines d'origines ethniques diverses, ces agents sont considérés comme efficaces pour accroître les connaissances et changer les comportements en matière de santé et de bien-être, ainsi que pour augmenter l'accès aux soins [Andrews *et al.*, 2004]. La mise en œuvre de services d'agents de santé communautaire permettrait d'améliorer l'accès aux services sociaux et de santé, les comportements liés à la santé et, dans une moindre mesure, les résultats de santé des adultes de 50 ans et plus [Verhagen *et al.*, 2014]. Enfin, plusieurs études ont révélé que les interventions des agents de santé communautaire peuvent réduire les coûts associés aux services dispensés.

#### **4.9.3 Inconvénients**

Parmi les nombreux obstacles à l'intégration formelle des agents de santé communautaire dans les équipes de soins, l'absence d'un mécanisme pour rembourser les services qu'ils fournissent a été soulignée dans certains États américains. Le développement d'un champ d'application standardisé pour la profession et la formalisation des compétences essentielles et harmonisées pour la formation et la certification des agents de santé communautaire apparaissent comme des enjeux centraux.

Il reste beaucoup à apprendre sur le recrutement, la formation, les fonctions, la rétention et le perfectionnement professionnel des agents de santé communautaire. Les résultats positifs observés dans un territoire peuvent ne pas être atteints dans un autre en raison de différences culturelles. Ce type d'intervention se doit d'être développé en lien direct avec le terrain et les besoins des populations locales. La capacité d'adaptation de ces intervenants aux exigences et aux besoins locaux des populations desservies est essentielle pour améliorer les résultats sociosanitaires [Zahn *et al.*, 2012; Matos *et al.*, 2011].

## Territoires du Nord-Ouest

Dans le Grand-Nord, les services de proximité sont souvent offerts par des infirmiers. Le fait que ceux-ci effectuent des tâches professionnelles traditionnellement réservées aux médecins est commun dans ce territoire. Les agents de santé communautaire assurent un premier contact dans des petites communautés et aident à franchir des barrières culturelles entre les professionnels et les usagers. Une étude qualitative menée par Oosteveer et Young [2015] rapporte des défis auxquels les populations autochtones font face pour accéder aux services de proximité dans les Territoires du Nord-Ouest (TNO). Quatorze entrevues avec des professionnels et des usagers ont été effectuées dans cinq communautés des TNO. Tous les répondants ont mentionné qu'un accès équitable aux services de proximité à travers les TNO n'était pas réaliste, notamment en raison de leurs caractéristiques géographiques et de la présence de communautés peu peuplées et éloignées. Cependant, ils ont exprimé le besoin de viser, dans la mesure du possible, la mise en place de services offerts localement, en temps opportun, sans risque ni barrière. En ce qui a trait aux situations urgentes, les professionnels et usagers ont décrit l'accès comme « loin d'être idéal » et « inacceptable ». Les enjeux exprimés sont de trois types :

1. manque de personnel qualifié lorsque requis;
2. taux élevé d'utilisation du transport médical aérien (avec des retards souvent occasionnés par des conditions météorologiques difficiles);
3. nombre insuffisant de citoyens avec une formation en premiers soins (perçu comme moyen de pallier le manque de professionnels pour certains soins de santé).

Quant aux situations non urgentes, les enjeux suivants ont été mentionnés :

1. manque de confidentialité (particulièrement vrai dans les petites communautés desservies par un agent de santé communautaire autochtone). Les usagers rapportent ne pas se sentir à l'aise de parler de leur santé physique et mentale par crainte que l'information circule dans la communauté;
2. difficulté pour des professionnels autochtones à travailler dans leur propre communauté (ex. : pression sociale due aux attentes élevées des proches). Il a été souligné, cependant, que des professionnels autochtones ont des avantages que des étrangers n'ont pas (ex. : connaissance de la langue, de la culture, des dynamiques sociales);
3. autres enjeux similaires à ceux rapportés pour les situations urgentes (ex. : taux élevé d'utilisation du transport médical aérien, manque de personnel, faible rétention des professionnels, taux de roulement de personnel élevé).

## Colombie-Britannique

En Colombie-Britannique, des « navigateurs » provenant de plusieurs communautés offrent du soutien pour aider les usagers à naviguer dans le système de santé et de services sociaux, à optimiser leurs expériences de soins et à agir comme des partenaires de soins. Ils peuvent être impliqués dans la promotion de la santé, la prévention, la mise en place de ressources d'autogestion, des programmes de littératie en santé et l'offre de soins adaptés aux nouveaux arrivants, entre autres. Les navigateurs peuvent :

- faire le lien entre les usagers et les soins spécialisés ou communautaires requis;
- réaliser des forums ou des événements dans la communauté, au cours desquels des experts offrent des présentations sur divers sujets relatifs à la santé et au bien-être;
- indiquer aux usagers comment accéder à divers services;
- offrir de l'éducation et de l'information pour optimiser l'utilisation du système de santé et des services sociaux par les usagers (ex. : quand et comment utiliser les services de proximité).

Source : HealthLink BC, disponible à : <https://www.healthlinkbc.ca/navigation-services>.

## 4.10 Cliniques mobiles

### 4.10.1 Caractéristiques

Les cliniques mobiles sont des véhicules adaptés qui se rendent dans les milieux de vie des populations difficiles à rejoindre (ex. : milieux ruraux, itinérants) et offrent des services de prévention ainsi que des soins de santé et des services sociaux [Yu *et al.*, 2017; Hill *et al.*, 2014]. Aux États-Unis, les cliniques mobiles intègrent plusieurs recommandations de l'*Institute of Medicine's Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care*, dont (1) l'inclusion des agents de santé communautaire, (2) la mise en place de soins centrés sur l'utilisateur et focalisés sur l'éducation et l'« empowerment », (3) la formation des employés en compétences culturelles, (4) la prestation stable de soins dans les communautés, et (5) la multidisciplinarité. Ces cliniques sont équipées pour pouvoir évaluer les besoins de services de proximité et y répondre, ainsi que pour mettre les usagers en contact avec un éventail de services dans la communauté. Œuvrant à la jonction des milieux cliniques et communautaires, les cliniques mobiles sont en mesure de développer les réseaux essentiels pour agir sur les déterminants sociaux et médicaux de la santé des usagers. Des informations supplémentaires sont disponibles à [MobileHealthMap.org](http://MobileHealthMap.org).

### 4.10.2 Avantages

Plusieurs études démontrent que les cliniques mobiles sont un moyen efficace pour faciliter l'accès aux services de proximité, notamment pour des minorités, la population masculine et des populations stigmatisées, ainsi que pour ceux qui n'ont pas le temps ou la motivation de se rendre aux cliniques traditionnelles. La visibilité et l'accessibilité des cliniques mobiles éliminent certaines des barrières logistiques aux services usuels, telles que le transport, la difficulté à fixer des rendez-vous, les temps d'attente. Elles encouragent des populations à recevoir les services de proximité dont elles ont besoin [Yu *et al.*, 2017].



Des études qualitatives ont révélé que le milieu informel et familial des cliniques mobiles est apprécié des usagers. Parce que ces cliniques se rendent dans leurs milieux de vie, les usagers ont l'impression que les professionnels prennent bien soin d'eux et ils sont motivés à mieux se prendre en charge.

Aux États-Unis, les cliniques mobiles entraînent une diminution des coûts de grâce à la réduction des visites non nécessaires aux urgences.

#### **4.10.3 Inconvénients**

Les cliniques mobiles ont cependant quelques limites.

1. La continuité des services sociaux et de santé peut être difficile à assurer si les cliniques mobiles ne sont pas intégrées dans le système de santé et de services sociaux.
2. Les coûts associés à l'achat et aux réparations du véhicule représentent un défi potentiel.
3. Les cliniques mobiles étant implantées sur des petits territoires, des contraintes spatiales et structurelles ont été rapportées (ex. : la confidentialité).

#### **La clinique mobile « SALUD »**

Au Mexique, la clinique mobile « SALUD » a été mise sur pied pour améliorer l'accès aux soins de santé et aux services sociaux pour les personnes vivant en milieu rural. Cette clinique est présente trois soirs par semaine et elle offre des services préventifs (ex. : dépistage du diabète, dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), hypertension, problèmes dentaires et troubles de santé mentale) de même que des consultations médicales. Les résultats de tous les tests (sauf ceux requis pour le dépistage du VIH) sont remis aux usagers immédiatement et expliqués en espagnol. Selon les résultats, certains sont vus tout de suite par le médecin ou son assistant<sup>12</sup>, alors que d'autres sont adressés à une clinique pour recevoir des soins supplémentaires. Ainsi, la clinique mobile ne tente pas d'être une organisation offrant l'intégralité des services de proximité.

En fréquentant la clinique mobile, les usagers sont informés de la disponibilité des services de proximité, des adresses des cliniques traditionnelles et du processus d'obtention d'un rendez-vous. Les personnes ayant des compétences en lecture appropriées se voient offrir du matériel pédagogique pertinent concernant leur problème de santé physique ou mentale (ex. : dépliant sur la prévention du VIH et des infections transmises sexuellement ou par le sang, éducation à la santé mentale, éducation générale en matière de santé). De plus, la clinique mobile distribue de l'information adaptée aux nouveaux arrivants en lien avec la santé et le système législatif [De Jesus Diaz-Perez *et al.*, 2004].

---

<sup>12</sup> Les assistants sont des professionnels de la santé travaillant de pair avec les médecins. Ils sont chargés d'établir l'historique médical du patient, de faire des examens physiques, de prescrire des analyses et de les interpréter, d'effectuer des diagnostics, de traiter des maladies, de faire de l'éducation (prévention de la maladie, promotion de la santé) et d'assister le médecin en cas de chirurgie.

## 5. ACCÈS ADAPTÉ

Bien qu'ils ne soient pas considérés comme des mécanismes d'accès en tant que tels, les principes directeurs de l'accès adapté sont également abordés dans ce rapport puisqu'ils mettent en lumière différents moyens pouvant favoriser l'accès aux services de proximité en temps opportun. Les caractéristiques principales de l'accès adapté de même que ses avantages et ses inconvénients sont présentés ci-après.

### 5.1 Caractéristiques

L'accès adapté (*advanced access*), mis en place au début des années 2000 aux États-Unis, représente une organisation de la pratique médicale qui permet d'harmoniser l'offre de services du médecin avec la demande, ce qui optimise l'accès aux services de santé. Il ne s'agit pas d'une médecine de rattrapage, mais d'une médecine visant à répondre aux besoins des usagers lorsque cela est nécessaire. Selon le cadre conceptuel de Lévesque [2013], ce mécanisme répond aux dimensions « facilité d'approche, accueil » et « disponibilité et accommodements ».

Désormais disséminé principalement en Grande-Bretagne et au Canada, le modèle de l'accès adapté vise à permettre aux professionnels de la santé d'offrir des plages horaires au moment où l'utilisateur en a besoin (au bon endroit, par la bonne personne, au bon moment). Il est implanté dans les organisations de première ligne, notamment les cliniques comprenant plusieurs médecins et autres professionnels (infirmiers). Le rôle des adjointes administratives ou secrétaires est primordial dans l'organisation de l'accès adapté (adaptation de l'offre à la demande, lissage et plan de contingence).

L'accès adapté consiste ainsi à s'assurer que les usagers ont accès aux services requis au moment opportun. Il est fondé sur une accessibilité accrue liée à une relation en continu avec un professionnel ou une équipe de première ligne. Il se définit selon cinq principes directeurs.

1. L'équilibre entre l'offre et la demande consiste à évaluer la demande de services selon le statut des usagers (populations vulnérables, 0-5 ans, etc.) et à ajuster l'offre de services. En conséquence, une analyse du nombre de jours de travail par le médecin et son équipe pour répondre aux besoins potentiels de la clientèle suivie est réalisée.
2. La réduction des retards accumulés entraîne l'élimination de la liste d'attente et la mise en place d'une stratégie de communication multimodale (ex. : lettre, message d'accueil téléphonique, affiche dans un journal local) visant à informer les usagers du nouveau modèle de pratique.
3. La révision du système de rendez-vous consiste à planifier les horaires des médecins sur une courte période (deux à trois semaines), afin de pouvoir prévoir la demande de consultation et d'offrir en tout temps (ex. : la journée même) des places pour les cas aigus et urgents.

4. L'intégration de la pratique interprofessionnelle exige de repenser les tâches et d'optimiser les rôles de chaque professionnel impliqué, l'objectif étant d'orienter l'usager vers le professionnel ayant les compétences requises pour répondre à ses besoins au moment opportun.
5. L'élaboration de plans de contingence facilite la planification des périodes d'absence, durant lesquelles les médecins pratiquent ailleurs ou accomplissent des tâches administratives. Le remplacement se fait selon une entente informelle entre collègues, ou selon une entente formelle établie au niveau de la clinique, afin de pouvoir répondre en tout temps à la demande des usagers.

Ainsi, l'implantation de l'accès adapté requiert un changement organisationnel majeur, qui s'appuie sur une réorganisation de la pratique de l'ensemble du personnel administratif et des professionnels de la santé [Abou Malham *et al.*, 2017].

## 5.2 Avantages

L'accès adapté est très répandu aux États-Unis et en Angleterre. Ce modèle d'organisation gagne de plus en plus en popularité au Canada également. Malgré tout, une grande variabilité dans la mise en œuvre de ses principes directeurs est observée. À ce jour, quelques études ont été réalisées afin d'analyser des processus d'implantation [True *et al.*, 2013; Mehrotra *et al.*, 2008; Pope *et al.*, 2008; Pierdon *et al.*, 2004], alors que d'autres ont porté sur les effets et les retombées associés aux mesures déployées [Fournier *et al.*, 2012; Rose *et al.*, 2011; Hudec *et al.*, 2010; Bundy *et al.*, 2005; Belardi *et al.*, 2004].

Ces études ont montré qu'une grande inconstance existe quant au succès de l'implantation de l'accès adapté et à ses effets [Pope *et al.*, 2008; Murray et Berwick, 2003]. Certaines ont rapporté des effets positifs associés à l'accès adapté aux soins de première ligne [Rose *et al.*, 2011; Bundy *et al.*, 2005], dont une satisfaction plus grande au travail de l'équipe de professionnels, une satisfaction accrue des usagers, une diminution des visites hospitalières et une réduction des doublages inutiles des visites et des tests médicaux effectués [Ahluwalia et Offredy, 2005]. Toutefois, des bénéfices mitigés ont également été relevés. Ainsi, une augmentation de la charge de travail des médecins a été observée. Des médecins rapportent une hausse du nombre de consultations précoces liées à des maladies mineures [Ahluwalia et Offredy, 2005]. Certains résultats contradictoires ont aussi été notés au sujet de la continuité relationnelle. Une étude signale une continuité relationnelle accrue [Murray et Berwick, 2003], tandis qu'une autre mentionne que les usagers voyaient rapidement un médecin, sans que ce soit nécessairement leur médecin de famille [Ahluwalia et Offredy, 2005].

L'implantation de l'accès adapté dans les organisations de première ligne au Québec est considérée comme l'une des priorités pour le MSSS et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). Ces deux instances ont d'ailleurs élaboré conjointement une formation pour en favoriser la réalisation.

### 5.3 Inconvénients

L'étude de Breton et ses collaborateurs [2017a] fait état de quelques obstacles rencontrés lors du déploiement de l'accès adapté au Québec. Notamment, les médecins ayant implanté une telle approche ont mentionné la perte de suivi de certains usagers vulnérables, en raison de la responsabilité transférée aux usagers de planifier eux-mêmes leurs rendez-vous médicaux et de l'abolition de la liste de rappel. Une autre barrière rapportée est liée à la présence et à la disponibilité des autres professionnels pour une pratique interdisciplinaire.

De plus, dans le contexte québécois, l'accès adapté a été mis en place majoritairement par des médecins pratiquant en GMF. Ce sont donc surtout des patients inscrits auprès d'un médecin de famille qui peuvent bénéficier d'un tel service.

## CONCLUSION

Ce rapport fait état de différents mécanismes d'accès aux services de proximité. Dans le cadre du mandat reçu, un mécanisme d'accès est défini comme *une modalité ou un ensemble de modalités permettant à une personne d'établir un premier contact avec les services de proximité dans son milieu de vie pour répondre à un besoin de santé ou de bien-être dans un délai raisonnable.*

Les données issues de la littérature ainsi que des diverses consultations effectuées pointent vers différents mécanismes d'accès aux services de proximité organisés selon deux grandes modalités, soit 1) l'utilisateur qui établit lui-même le premier contact avec le système de santé et de services sociaux, et 2) le système de santé et de services sociaux qui établit le premier contact avec la personne dans son milieu de vie.

D'autres modalités, dont l'accès à des services d'information pour l'autogestion des soins, les modèles de prestation de soins et de services à distance, les modalités d'interactions entre les intervenants et les organisations et les organismes de la communauté, pourraient s'ajouter à la réflexion, mais ceux-ci n'ont pas été retenus à titre de mécanismes d'accès dans le cadre de cet état des connaissances.

Différents faits saillants émergent des données issues de la littérature et de celles issues des consultations effectuées auprès d'experts.

- Les mécanismes d'accès aux services de proximité décrits dans le présent rapport devraient être considérés comme différentes composantes pouvant s'insérer dans un « système d'accès intégré ». Comme aucun de ces mécanismes ne pourra permettre à lui seul un accès total aux services de proximité pour l'ensemble des sous-groupes au sein de la population, dont les clientèles vulnérables, un système intégrant un éventail de mécanismes pourrait faciliter l'atteinte d'un tel objectif, en misant sur la complémentarité.
- La mise en place d'un accès unique aux services de proximité (ex. : par les GMF) pourrait augmenter les inégalités, tant en santé que sur le plan social. Comme le modèle d'accès aux services offerts par les GMF transfère aux usagers la responsabilité de solliciter les services auxquels ils désirent recourir ou d'exprimer leurs besoins, les clientèles vulnérables risquent de ne pas bénéficier des services de proximité nécessaires si un accès unique est implanté.
- Il est plus difficile pour certains sous-groupes de la population, notamment les populations vulnérables, d'établir un premier contact avec le système pour répondre à leurs besoins de santé ou de services sociaux. Ainsi, il incombe au système d'être proactif et de faire du démarchage dans les milieux de vie des personnes socialement vulnérables (ex. : itinérants, utilisateurs de drogues injectables, personnes avec troubles de santé mentale, etc.), afin de s'assurer de répondre à leurs besoins de services de santé ou de services sociaux. Différents exemples de démarchage, dont les services offerts par des agents de santé communautaire ou par des cliniques mobiles, peuvent inspirer les décideurs dans la mise en place de mécanismes novateurs pour rejoindre des usagers sous-représentés dans les milieux cliniques.

- La responsabilité populationnelle assurée par les CISSS et CIUSSS implique l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être des résidents d'un territoire donné, notamment en rendant accessibles un ensemble de services de santé et de services sociaux pertinents et coordonnés, qui répondent de manière optimale aux besoins exprimés ou non exprimés de la population. La mobilisation des partenaires sectoriels et intersectoriels est essentielle pour mettre en place une approche collaborative d'intervention, en misant sur l'établissement de corridors d'accès entre l'ensemble des acteurs liés à la santé et aux services sociaux sur le territoire, dont les organismes communautaires, les écoles, les centres de pédiatrie sociale, etc. Ces corridors d'accès coordonnés permettraient à l'utilisateur qui présente un besoin de soins de santé ou de services sociaux de recevoir les services nécessaires en temps opportun, peu importe la porte d'entrée utilisée.
- Le système d'accès aux services de proximité, composé de différents mécanismes d'accès, devrait :
  - permettre la dispensation du service au bon moment pour l'utilisateur, c'est-à-dire au moment où l'utilisateur en a besoin, et non pas lorsque le RSSS est disponible;
  - être simple pour les usagers;
  - favoriser l'accueil de l'ensemble des usagers, en évitant, entre autres, les mécanismes d'accès qui dirigent immédiatement les usagers vers un répondeur, qui présentent un temps d'attente important, etc.;
  - répondre également aux besoins non exprimés, en allant à la rencontre des usagers qui présentent des besoins de soins de santé ou de services sociaux, mais qui ne sont pas en mesure d'accéder aux services.
- Une présence grandissante des portails électroniques est observée dans la société (ex. : portail d'Hydro-Québec, portails-étudiant, portails des institutions financières). Le portail-patient pourrait s'avérer un moyen efficace pour faciliter l'accès aux services de proximité pour une partie de la population. Cependant, pour être efficace, le portail-patient doit nécessairement être adapté aux caractéristiques des populations ciblées (niveau de littératie, littératie en santé, littératie en informatique). Il importe également de reconnaître que certaines clientèles, notamment les populations socialement vulnérables, ne seront pas rejointes par ce mécanisme.
- Un plan de communication serait souhaitable, afin d'informer la population des différents mécanismes d'accès aux services de santé ou services sociaux. Pour augmenter l'accès aux services et la réponse aux besoins, il est essentiel de diffuser massivement l'information concernant les différentes portes d'entrée aux services auprès de l'ensemble de la population, y compris auprès des clientèles vulnérables.

Par ailleurs, ce rapport soulève quelques questions importantes, qui demeurent sans réponse pour le moment, mais nécessiteraient une attention particulière afin d'optimiser l'accès aux services pour les usagers. Comment aborder le défi de la coordination des services? Quels sont les procédures de suivi et les indicateurs de performance des divers mécanismes d'accès? Quels sont les exemples les plus inspirants qui pourraient être

adaptés dans le contexte québécois? Quelles conditions de succès faudrait-il réunir pour réussir l'implantation, sur la base des données probantes et des caractéristiques du système de santé et de services sociaux québécois? Que pensent les usagers et les professionnels du réseau concernant l'amélioration de l'accès aux services de santé et aux services sociaux? Une recension des écrits ainsi que la prise en compte des perspectives des professionnels du RSSS, des usagers, des proches aidants et des citoyens pourraient être effectuées pour tenter de répondre à ces questions.

## RÉFÉRENCES (PAR THÉMATIQUES)

### Sections Problématique, Méthode et Définitions

- Banfield M, Jowsey T, Parkinson A, Douglas KA, Dawda P. Experiencing integration: A qualitative pilot study of consumer and provider experiences of integrated primary health care in Australia. *BMC Fam Pract* 2017;18(1):2.
- Booker MJ, Shaw AR, Purdy S. Why do patients with 'primary care sensitive' problems access ambulance services? A systematic mapping review of the literature. *BMJ Open* 2015;5(5):e007726.
- Breton M, Maillet L, Paré I, Abou Malham S, Touati N. Perceptions of the first family physicians to adopt advanced access in the province of Quebec, Canada. *Int J Health Plann Manage* 2017a;32(4):e316-32.
- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2016. Québec, Qc : CSBE; 2017. Disponible à : [https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2017/PerformanceGlobale/CSBE\\_RapportGlobal\\_2016\\_ACCESS.pdf](https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2017/PerformanceGlobale/CSBE_RapportGlobal_2016_ACCESS.pdf).
- Dawson AJ, Nkowane AM, Whelan A. Approaches to improving the contribution of the nursing and midwifery workforce to increasing universal access to primary health care for vulnerable populations: A systematic review. *Hum Resour Health* 2015;13:97.
- Greenwood N, Habibi R, Smith R, Manthorpe J. Barriers to access and minority ethnic carers' satisfaction with social care services in the community: A systematic review of qualitative and quantitative literature. *Health Soc Care Community* 2015;23(1):64-78.
- Haggerty J, Burge F, Lévesque J-F, Gass D, Pineault R, Beaulieu MD, Santor D. Operational definitions of attributes of primary health care: Consensus among Canadian experts. *Ann Fam Med* 2007;5(4):336-44.
- Health Quality Ontario. Interventions to improve access to primary care for people who are homeless: A systematic review. *Ont Health Technol Assess Ser* 2016;16(9):1-50.
- Islam MM, Topp L, Day CA, Dawson A, Conigrave KM. The accessibility, acceptability, health impact and cost implications of primary healthcare outlets that target injecting drug users: A narrative synthesis of literature. *Int J Drug Policy* 2012;23(2):94-102.
- Khanassov V, Pluye P, Descoteaux S, Haggerty JL, Russell G, Gunn J, Lévesque J-F. Organizational interventions improving access to community-based primary health care for vulnerable populations: A scoping review. *Int J Equity Health* 2016;15(1):168.
- Lévesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* 2013;12:18.



- McCabe MP et Leas L. A qualitative study of primary health care access, barriers and satisfaction among people with mental illness. *Psychol Health Med* 2008;13(3):303-12.
- McCann TV et Lubman DI. Young people with depression and their experience accessing an enhanced primary care service for youth with emerging mental health problems: A qualitative study. *BMC Psychiatry* 2012;12:96.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Projet clinique – Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Document principal. Québec, Qc : MSSS; 2004. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-009-05.pdf>.
- Ohle R, Ohle M, Perry JJ. Factors associated with choosing the emergency department as the primary access point to health care: A Canadian population cross-sectional study. *CJEM* 2017;19(4):271-6.
- Rice SM, Telford NR, Rickwood DJ, Parker AG. Young men's access to community-based mental health care: Qualitative analysis of barriers and facilitators. *J Ment Health* 2018;27(1):59-65.
- Villaseñor S et Krouse HJ. Can the use of urgent care clinics improve access to care without undermining continuity in primary care? *J Am Assoc Nurse Pract* 2016;28(6):335-41.
- Woodgate RL, Busolo DS, Crockett M, Dean RA, Amaladas MR, Plourde PJ. A qualitative study on African immigrant and refugee families' experiences of accessing primary health care services in Manitoba, Canada: It's not easy! *Int J Equity Health* 2017;16(1):5.

### **Guichet d'accès aux soins de santé et aux services sociaux**

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience – Services sociaux généraux : offre de service (programme-services, services généraux, activités cliniques et d'aide). Québec, Qc : MSSS; 2013. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-803-01F.pdf>.

### **Mécanismes de gestion des listes d'attente centralisée**

- Askildsen JE, Holmås TH, Kaarboe O. Monitoring prioritisation in the public health-care sector by use of medical guidelines. The case of Norway. *Health Econ* 2011;20(8):958-70.
- Askildsen JE, Holmås TH, Kaarboe O. Prioritization and patients' rights: Analysing the effect of a reform in the Norwegian hospital sector. *Soc Sci Med* 2010;70(2):199-208.
- Breton M, Wong ST, Smithman MA, Kreindler S, Jbilou J, Sutherland J, et al. Centralized waiting lists for unattached patients in primary care: Learning from an intervention implemented in seven Canadian provinces. *Healthc Policy* 2018;13(4):65-82.

- Breton M, Green M, Kreindler S, Sutherland J, Jbilou J, Wong ST, et al. A comparative analysis of centralized waiting lists for patients without a primary care provider implemented in six Canadian provinces: Study protocol. *BMC Health Serv Res* 2017b;17(1):60.
- Breton M, Smithman MA, Brousselle A, Loignon C, Touati N, Dubois CA, et al. Assessing the performance of centralized waiting lists for patients without a regular family physician using clinical-administrative data. *BMC Fam Pract* 2017c;18(1):1.
- Breton M, Brousselle A, Boivin A, Roberge D, Pineault R, Berbiche D. Who gets a family physician through centralized waiting lists? *BMC Fam Pract* 2015;16:10.
- Breton M, Ricard J, Walter N. Connecting orphan patients with family physicians: Differences among Quebec's access registries. *Can Fam Physician* 2012;58(9):921-2.
- Dew K, Cumming J, McLeod D, Morgan S, McKinlay E, Dowell A, Love T. Explicit rationing of elective services: Implementing the New Zealand reforms. *Health Policy* 2005;74(1):1-12.
- Dimakou S, Parkin D, Devlin N, Appleby J. Identifying the impact of government targets on waiting times in the NHS. *Health Care Manag Sci* 2009;12(1):1-10.
- Hauck K et Street A. Do targets matter? A comparison of English and Welsh National Health priorities. *Health Econ* 2007;16(3):275-90.
- Lévesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* 2013;12:18.
- Mariotti G, Siciliani L, Rebba V, Fellini R, Gentilini M, Benea G, et al. Waiting time prioritisation for specialist services in Italy: The homogeneous waiting time groups approach. *Health Policy* 2014;117(1):54-63.
- Nikolova S, Sinko A, Sutton M. Do maximum waiting times guarantees change clinical priorities for elective treatment? Evidence from Scotland. *J Health Econ* 2015;41:72-88.
- Noseworthy TW, McGurran JJ, Hadorn DC. Waiting for scheduled services in Canada: Development of priority-setting scoring systems. *J Eval Clin Pract* 2003;9(1):23-31.
- Propper C, Sutton M, Whitnall C, Windmeijer F. Incentives and targets in hospital care: Evidence from a natural experiment. *J Public Econ* 2010;94(3):318-35.
- Propper C, Sutton M, Whitnall C, Windmeijer F. Did 'targets and terror' reduce waiting times in England for hospital care? *BE Journal of Economic Analysis and Policy* 2008;8(2):Article 5.
- Sinko A, Nikolova S, Sutton M. Targets for maximum waiting times and patient prioritisation: Evidence from England. Leeds, Royaume-Uni : Academic Unit of Health Economics, Leeds Institute of Health Sciences, University of Leeds; 2015. Disponible à : <https://pdfs.semanticscholar.org/f598/cc3130fec0590f1c8d10ef360987f5532641.pdf>.

## Groupe de médecine de famille

- Aubin ÉL et Quesnel-Vallée A. Augmenter l'accessibilité et la qualité des services de santé de première ligne avec les Groupes de médecine de famille. Health Reform Observer - Observatoire des Réformes de Santé 2016;4(1):Article 5.
- Beaulieu M-D, Denis J-L, D'Amour D, Goudreau J, Haggerty J, Hudon É, et al. L'implantation des Groupes de médecine de famille : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle. Montréal, Qc : Chaire Docteur Sadok Besrouer en médecine familiale; 2006. Disponible à : [https://www.researchgate.net/publication/267218482\\_L'implantation\\_des\\_Groupes\\_de\\_medecine\\_de\\_famille\\_le\\_defi\\_de\\_la\\_reorganisation\\_de\\_la\\_pratique\\_et\\_de\\_la\\_collaboration\\_interprofessionnelle](https://www.researchgate.net/publication/267218482_L'implantation_des_Groupes_de_medecine_de_famille_le_defi_de_la_reorganisation_de_la_pratique_et_de_la_collaboration_interprofessionnelle).
- Breton M, Lévesque J-F, Pineault R, Hogg W. L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires. Pratiques et Organisation des Soins 2011;39(2):101-9.
- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Les solutions émergentes : rapport et recommandations. Québec, Qc : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS); 2000. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2000/00-109.pdf>.
- Gouvernement du Québec. Groupe de médecine de famille (GMF), groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) et super-clinique [site Web]. Québec, Qc : 2018. Disponible à : <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/gmf-gmf-u-et-super-clinique/> (consulté le 9 avril 2018).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020 – Mise à jour 2017. Québec, Qc : MSSS; 2017. Disponible à : [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL\\_17-717-01W\\_MSSS.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_17-717-01W_MSSS.pdf).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Évaluation de l'implantation et des effets des premiers groupes de médecine de famille au Québec. Québec, Qc : MSSS; 2008. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-920-02.pdf>.
- Vérificateur général du Québec (VGQ). Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016. Vérification de l'optimisation des ressources. Québec, Qc : VGQ; 2015. Disponible à : [http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr\\_publications/fr\\_rapport-annuel/fr\\_2015-2016-VOR-Automne/fr\\_Rapport2015-2016-VOR.pdf](http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2015-2016-VOR-Automne/fr_Rapport2015-2016-VOR.pdf).

## Cliniques médicales sans rendez-vous

Maheswaran R, Pearson T, Munro J, Jiwa M, Campbell MJ, Nicholl J. Impact of NHS walk-in centres on primary care access times: Ecological study. *BMJ* 2007;334(7598):838.

Villaseñor S et Krouse HJ. Can the use of urgent care clinics improve access to care without undermining continuity in primary care? *J Am Assoc Nurse Pract* 2016;28(6):335-41.

## Portails-patients

Ammenwerth E, Schnell-Inderst P, Hoerbst A. The impact of electronic patient portals on patient care: A systematic review of controlled trials. *J Med Internet Res* 2012;14(6):e162.

Kruse CS, Bolton K, Freriks G. The effect of patient portals on quality outcomes and its implications to meaningful use: A systematic review. *J Med Internet Res* 2015;17(2):e44.

Lévesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* 2013;12:18.

Mishuris RG, Stewart M, Fix GM, Marcello T, McInnes DK, Hogan TP, et al. Barriers to patient portal access among veterans receiving home-based primary care: A qualitative study. *Health Expect* 2015;18(6):2296-305.

Otte-Trojel T, de Bont A, Rundall TG, van de Klundert J. How outcomes are achieved through patient portals: A realist review. *J Am Med Inform Assoc* 2014;21(4):751-7.

Rigby M, Georgiou A, Hyppönen H, Ammenwerth E, de Keizer N, Magrabi F, Scott P. Patient portals as a means of information and communication technology support to patient-centric care coordination – The missing evidence and the challenges of evaluation. A joint contribution of IMIA WG EVAL and EFMI WG EVAL. *Yearb Med Inform* 2015;10(1):148-59.

## Visites électroniques

Albert SM, Shevchik GJ, Paone S, Martich GD. Internet-based medical visit and diagnosis for common medical problems: Experience of first user cohort. *Telemed J E Health* 2011;17(4):304-8.

American Academy of Family Physicians (AAFP). e-visits [site Web]. Leawood, KS : AAFP; 2017. Disponible à : <https://web.archive.org/web/20171205062746/http://www.aafp.org/about/policies/all/e-visits.html> (consulté le 21 mai 2018).

Bergmo TS, Kummervold PE, Gammon D, Dahl LB. Electronic patient-provider communication: Will it offset office visits and telephone consultations in primary care? *Int J Med Inform* 2005;74(9):705-10.

Deloitte. eVisits: The 21st century housecall. Londres, Angleterre : Deloitte Touche Tohmatsu Limited; 2014. Disponible à : <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/au/Documents/technology-media-telecommunications/deloitte-au-tmt-evisits-011014.pdf>.

- Hickson R, Talbert J, Thornbury WC, Perin NR, Goodin AJ. Online medical care: The current state of "eVisits" in acute primary care delivery. *Telemed J E Health* 2015;21(2):90-6.
- Lawless M, Wright E, Davidson J. A collaborative approach to improving patient access in general practice: Impact of three different pilot schemes in 12 general practices in Greenwich. *London J Prim Care (Abingdon)* 2016;8(4):56-65.
- Leong SL, Gingrich D, Lewis PR, Mauger DT, George JH. Enhancing doctor-patient communication using email: A pilot study. *J Am Board Fam Pract* 2005;18(3):180-8.
- North F, Crane SJ, Chaudhry R, Ebbert JO, Ytterberg K, Tulledge-Scheitel SM, Stroebel RJ. Impact of patient portal secure messages and electronic visits on adult primary care office visits. *Telemed J E Health* 2014;20(3):192-8.
- Palen TE, Ross C, Powers JD, Xu S. Association of online patient access to clinicians and medical records with use of clinical services. *JAMA* 2012;308(19):2012-9.
- Tang PC, Black W, Young CY. Proposed criteria for reimbursing eVisits: Content analysis of secure patient messages in a personal health record system. *AMIA Annu Symp Proc* 2006:764-8.
- Whitten P, Buis L, Love B. Physician-patient e-visit programs: Implementation and appropriateness. *Dis Manag Health Outcomes* 2007;15(4):207-14.
- Zhong X, Hoonakker P, Bain PA, Musa AJ, Li J. The impact of e-visits on patient access to primary care. *Health Care Manag Sci* 2018;21(4):475-91.
- Zhou YY, Garrido T, Chin HL, Wiesenthal AM, Liang LL. Patient access to an electronic health record with secure messaging: Impact on primary care utilization. *Am J Manag Care* 2007;13(7):418-24.

### **Conseils et références téléphoniques**

- Booker MJ, Shaw AR, Purdy S. Why do patients with 'primary care sensitive' problems access ambulance services? A systematic mapping review of the literature. *BMJ Open* 2015;5(5):e007726.
- Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: Effects on health care use and patient satisfaction. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4):CD004180.
- Centre for Reviews and Dissemination (CRD). Enhancing access in primary care settings. York, Royaume-Uni : University of York; 2015. Disponible à : [https://www.york.ac.uk/media/crd/Ev%20briefing\\_Enhancing%20access%20in%20primary%20care.pdf](https://www.york.ac.uk/media/crd/Ev%20briefing_Enhancing%20access%20in%20primary%20care.pdf).
- Gouvernement du Québec. Info-Santé 811 [site Web]. Québec, Qc : 2017a. Disponible à : <https://www.quebec.ca/sante/trouver-une-ressource/consulter-un-professionnel/info-sante-811/> (consulté le 9 avril 2018).
- Gouvernement du Québec. Info-Social 811 [site Web]. Québec, Qc : 2017b. Disponible à : <https://www.quebec.ca/sante/trouver-une-ressource/consulter-un-professionnel/info-social-811/> (consulté le 9 avril 2018).

Lévesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* 2013;12:18.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience – Services sociaux généraux : offre de service (programme-services, services généraux, activités cliniques et d'aide). Québec, Qc : MSSS; 2013. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-803-01F.pdf>.

Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC). Family Health Team blended salary model for physicians. Toronto, ON : MOHLTC; 2006. Disponible à : <http://www.anl.com/MOHGUIDE/49%20Family%20Health%20Team%20Blended%20Salary%20Model%20for%20Physicians.pdf>.

Murdoch J, Varley A, Fletcher E, Britten N, Price L, Calitri R, et al. Implementing telephone triage in general practice: A process evaluation of a cluster randomised controlled trial. *BMC Fam Pract* 2015;16:47.

NHS England. High quality care for all, now and for future generations: Transforming urgent and emergency care services in England. Londres, Angleterre : NHS England; 2013. Disponible à : <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/06/urg-emerg-care-ev-bse.pdf>.

### **Démarchage (outreach)**

Health Quality Ontario. Interventions to improve access to primary care for people who are homeless: A systematic review. *Ont Health Technol Assess Ser* 2016;16(9):1-50.

Islam MM, Topp L, Day CA, Dawson A, Conigrave KM. The accessibility, acceptability, health impact and cost implications of primary healthcare outlets that target injecting drug users: A narrative synthesis of literature. *Int J Drug Policy* 2012;23(2):94-102.

Morin P et Allaire J-F. Évaluation du déploiement des intervenants dédiés et des changements associés au sein de l'équipe-quartier. Résumé exécutif. Sherbrooke, Qc : Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS) du CIUSS de l'Estrie – CHUS; 2017. Disponible à : [http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/IUPL/Resume\\_Eval\\_Deploiement\\_Interv\\_Chang\\_Eq\\_Quartier.pdf](http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/IUPL/Resume_Eval_Deploiement_Interv_Chang_Eq_Quartier.pdf).

Morin P, Benoît M, Dallaire N, Doré C, LeBlanc J. L'intervention de quartier à Sherbrooke, ou quand le CLSC s'installe à la porte d'à côté. *Nouvelles pratiques sociales* 2013;26(1):102-17.

### **Agents de santé communautaire**

Andrews JO, Felton G, Wewers ME, Heath J. Use of community health workers in research with ethnic minority women. *J Nurs Scholarsh* 2004;36(4):358-65.

Craig C, Eby D, Whittington J. Care coordination model: Better care at lower cost for people with multiple health and social needs. Cambridge, MA : Institute for Healthcare Improvement (IHI); 2011. Disponible à : <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/IHICareCoordinationModelWhitePaper.aspx>.

- Knickman JR. Community health workers: Bridging the health care gap [site Web]. New York, NY : Huffington Post; 2011. Disponible à : [https://www.huffpost.com/entry/community-health-workers\\_b\\_749033](https://www.huffpost.com/entry/community-health-workers_b_749033).
- Matos S, Findley S, Hicks A, Legendre Y, Do Canto L. Paving a path to advance the community health worker workforce in New York State: A new summary report and recommendations. New York, NY : Community Health Worker Network of NYC, New York State Health Foundation, Columbia University Mailman School of Public Health; 2011. Disponible à : <http://www.chwcentral.org/sites/default/files/paving-path-advance-community-health-worker-october-2011.pdf>.
- Oosterveer TM et Young TK. Primary health care accessibility challenges in remote indigenous communities in Canada's North. *Int J Circumpolar Health* 2015;74:29576.
- Verhagen I, Steunenberg B, de Wit NJ, Ros WJ. Community health worker interventions to improve access to health care services for older adults from ethnic minorities: A systematic review. *BMC Health Serv Res* 2014;14:497.
- Zahn D, Matos S, Findley S, Hicks A. Making the connection: The role of community health workers in health homes. New York, NY : NYS Health Foundation; 2012. Disponible à : <http://www.chwnetwork.org/templates/80/making-the-connection-chw-health-homes-sept-2012.pdf>.

### **Cliniques mobiles**

- De Jesus Diaz-Perez M, Farley T, Cabanis CM. A program to improve access to health care among Mexican immigrants in rural Colorado. *J Rural Health* 2004;20(3):258-64.
- Hill CF, Powers BW, Jain SH, Bennet J, Vavasis A, Oriol NE. Mobile health clinics in the era of reform. *Am J Manag Care* 2014;20(3):261-4.
- Yu SW, Hill C, Ricks ML, Bennet J, Oriol NE. The scope and impact of mobile health clinics in the United States: A literature review. *Int J Equity Health* 2017;16(1):178.

### **Accès adapté**

- Abou Malham S, Touati N, Maillet L, Gaboury I, Loignon C, Breton M. What are the factors influence implementation of advanced access in family medicine units? A cross-case comparison of four early adopters in Quebec. *Int J Family Med* 2017;2017:1595406.
- Ahluwalia S et Offredy M. A qualitative study of the impact of the implementation of advanced access in primary healthcare on the working lives of general practice staff. *BMC Fam Pract* 2005;6:39.
- Belardi FG, Weir S, Craig FW. A controlled trial of an advanced access appointment system in a residency family medicine center. *Fam Med* 2004;36(5):341-5.
- Breton M, Maillet L, Paré I, Abou Malham S, Touati N. Perceptions of the first family physicians to adopt advanced access in the province of Quebec, Canada. *Int J Health Plann Manage* 2017a;32(4):e316-32.
- Bundy DG, Randolph GD, Murray M, Anderson J, Margolis PA. Open access in primary care: Results of a North Carolina pilot project. *Pediatrics* 2005;116(1):82-7.

- Fournier J, Heale R, Rietze LL. I can't wait: Advanced access decreases wait times in primary healthcare. *Healthc Q* 2012;15(1):64-8.
- Hudec JC, MacDougall S, Rankin E. Advanced access appointments: Effects on family physician satisfaction, physicians' office income, and emergency department use. *Can Fam Physician* 2010;56(10):e361-7.
- Lévesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* 2013;12:18.
- Mehrotra A, Keehl-Markowitz L, Ayanian JZ. Implementing open-access scheduling of visits in primary care practices: A cautionary tale. *Ann Intern Med* 2008;148(12):915-22.
- Murray M et Berwick DM. Advanced access: Reducing waiting and delays in primary care. *JAMA* 2003;289(8):1035-40.
- Pierdon S, Charles T, McKinley K, Myers L. Implementing advanced access in a group practice network. *Fam Pract Manag* 2004;11(5):35-8.
- Pope C, Banks J, Salisbury C, Lattimer V. Improving access to primary care: Eight case studies of introducing Advanced Access in England. *J Health Serv Res Policy* 2008;13(1):33-9.
- Rose KD, Ross JS, Horwitz LI. Advanced access scheduling outcomes: A systematic review. *Arch Intern Med* 2011;171(13):1150-9.
- True G, Butler AE, Lamparska BG, Lempa ML, Shea JA, Asch DA, Werner RM. Open access in the patient-centered medical home: Lessons from the Veterans Health Administration. *J Gen Intern Med* 2013;28(4):539-45.



# ANNEXE A

## Stratégies de repérage d'information scientifique

### Bases de données bibliographiques

#### *Facteurs favorisant et modèles d'accès aux soins de première ligne* *Facteurs favorisant, modèles et retours d'expérience d'intégration des soins de première ligne*

#### MEDLINE (Ovid)

Date de la recherche : 16 août 2017

Limites : 2007 - ; anglais, français

- #1 ((primary ADJ3 (care OR healthcare)) OR ((general OR family) ADJ2 (practice\* OR practitioner\* OR physician\* OR doctor\*)) OR GP OR (community ADJ3 (health\* OR care OR service\*))).ti
- #2 ((expand\* OR barrier\* OR promot\* OR hinder\* OR improv\* OR enhanc\* OR extend\* OR lever\* OR increas\* OR facilitat\* OR impact\* OR ease OR easy OR easier OR challeng\* OR widen\* OR model\* OR map\*) AND (access\* OR availab\*)).ti
- #3 1 AND 2
- #4 ((integrated OR integration) AND (social OR behavio?r\* OR mental OR psycholog\*) AND care).ti
- #5 (integration OR integrated OR coordinated OR intersectoral\* OR interdisciplin\* OR multidisciplin\* OR inter disciplin\* OR multi disciplin\*).ti
- #6 4 OR (1 AND 5)
- #7 (barrier\* OR promot\* OR hinder\* OR improv\* OR enhanc\* OR lever\* OR increas\* OR facilitat\* OR challeng\* OR model\* OR factor\* OR enabl\* OR case OR experience\* OR lesson\* OR implement\* OR achiev\*).ti
- #8 6 AND 7
- #9 3 OR 8
- #10 (exp guidelines as topic/ OR exp practice guidelines as topic/ OR guideline.pt OR exp health planning guidelines/ OR practice guideline.pt OR exp consensus/ OR consensus development conference, NIH.pt OR consensus development conference.pt OR exp consensus development conferences, NIH as topic/ OR exp consensus development conferences as topic/ OR exp critical pathways/ OR clinical conference.pt OR exp algorithms/ OR exp review literature as topic/ OR exp meta-analysis as topic/ OR exp meta-analysis/ OR meta-analysis.pt OR exp technology assessment,biomedical/ OR (guideline\* OR guide line\* OR CPG OR CPGs OR guidance OR practical guide\* OR practice parameter\* OR (best ADJ3 practice\*) OR evidence base\* OR consensus OR algorithm\* OR (clinical ADJ3 pathway\*) OR (critical ADJ3 pathway\*) OR recommendation\* OR committee opinion\* OR policy statement\* OR position statement\* OR standard OR standards OR (systematic\* ADJ3 (review\* OR overview\* OR literature OR search\* OR research\*)) OR meta-analy\* OR metaanaly\* OR met analy\* OR metanaly\* OR HTA OR HTAs OR technology assessment\* OR technology overview\* OR

technology appraisal\*).ti,ab OR (review.pt AND ((medline OR pubmed) AND (cochrane OR embase OR cinahl OR psycinfo)).ti,ab)) NOT (case reports.pt OR comment.pt OR editorial.pt OR letter.pt)

#11 #9 AND #10

#12 #9 NOT #11

## Embase (Ovid)

**Date de la recherche :** 14 août 2017

**Limites :** 2007 - ; anglais, français ; Embase

#1 ((primary ADJ3 (care OR healthcare)) OR ((general OR family) ADJ2 (practice\* OR practitioner\* OR physician\* OR doctor\*)) OR GP OR (community ADJ3 (health\* OR care OR service\*))).ti

#2 ((expand\* OR barrier\* OR promot\* OR hinder\* OR improv\* OR enhanc\* OR extend\* OR lever\* OR increas\* OR facilitat\* OR impact\* OR ease OR easy OR easier OR challeng\* OR widen\* OR model\* OR map\*) AND (access\* OR availab\*)).ti

#3 1 AND 2

#4 ((integrated OR integration) AND (social OR behavio?r\* OR mental OR psycholog\*) AND care).ti

#5 (integration OR integrated OR coordinated OR intersectoral\* OR interdisciplin\* OR multidisciplin\* OR inter disciplin\* OR multi disciplin\*).ti

#6 4 OR (1 AND 5)

#7 (barrier\* OR promot\* OR hinder\* OR improv\* OR enhanc\* OR lever\* OR increas\* OR facilitat\* OR challeng\* OR model\* OR factor\* OR enabl\* OR case OR experience\* OR lesson\* OR implement\* OR achiev\*).ti

#8 6 AND 7

#9 3 OR 8

#10 (exp practice guideline/ OR health care planning/ OR consensus/ OR algorithm/ OR systematic review/ OR "systematic review (topic)"/ OR meta-analysis/ OR "meta analysis (topic)"/ OR biomedical technology assessment/ OR (guideline\* OR guide line\* OR CPG OR CPGs OR guidance OR practical guide\* OR practice parameter\* OR (best ADJ3 practice\*) OR evidence base\* OR consensus OR algorithm\* OR (clinical ADJ3 pathway\*) OR (critical ADJ3 pathway\*) OR recommendation\* OR committee opinion\* OR policy statement\* OR position statement\* OR standard OR standards OR (systematic\* ADJ3 (review\* OR overview\* OR literature OR search\* OR research\*)) OR meta-analy\* OR metaanaly\* OR met analy\* OR metanaly\* OR HTA OR HTAs OR technology assessment\* OR technology overview\* OR technology appraisal\*).ti,ab.) NOT (case report/ OR editorial/ OR letter/ OR news/ OR newspaper article/)

#11 #9 AND #10

#12 #9 NOT #11

**EBM Reviews (Ovid) : Cochrane Database of Systematic Reviews, Health Technology Assessment, NHS Economic Evaluation Database**

**Date de la recherche :** 16 août 2017

**Limites :** 2007 -

- #1 ((primary ADJ3 (care OR healthcare)) OR ((general OR family) ADJ2 (practice\* OR practitioner\* OR physician\* OR doctor\*)) OR GP OR (community ADJ3 (health\* OR care OR service\*))).ti
- #2 (access\* OR availab\*).ti
- #3 1 AND 2
- #4 ((integrated OR integration) AND (social OR behavior?r\* OR mental OR psycholog\*) AND care).ti
- #5 (integration OR integrated OR coordinated OR intersectoral\* OR interdisciplin\* OR multidisciplin\* OR inter disciplin\* OR multi disciplin\*).ti
- #6 4 OR (1 AND 5)
- #7 3 OR 6 (18 résultats)

*Institut national  
d'excellence en santé  
et en services sociaux*

Québec 

#### Siège social

2535, boulevard Laurier, 5<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1V 4M3  
418 643-1339

#### Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12<sup>e</sup> étage, bureau 1200  
Montréal (Québec) H3A 2S9  
514 873-2563

[inesss.qc.ca](http://inesss.qc.ca)

