



CLINIQUES MÉDICALES SOLO : SITUATION EN 2010 ET ÉVOLUTION DE 2005 À 2010

Raynald Pineault, Audrey Couture, Alexandre Prud'homme, Sylvie Provost, Roxane Borgès Da Silva

En 2005, l'équipe Santé des populations et services de santé, équipe conjointe de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et de l'Institut national de santé publique du Québec, a mené une étude dans les deux régions les plus peuplées du Québec (Montréal et Montérégie) pour évaluer l'association entre les modèles organisationnels de 1^{re} ligne prévalant à cette époque et l'expérience de soins de la population. Une deuxième étude a été entreprise en 2010 pour comprendre l'évolution des modèles organisationnels de 1^{re} ligne et de leur performance à travers le processus de réforme et pour évaluer les facteurs aux niveaux organisationnel et contextuel qui sont associés à cette évolution.

Cette étude consiste en trois enquêtes interreliées :

- une enquête populationnelle menée auprès d'adultes sélectionnés aléatoirement parmi la population des deux régions pour évaluer l'affiliation des patients aux organisations de 1^{re} ligne, leur niveau d'utilisation des services, divers attributs de leur expérience de soins, les services préventifs reçus ainsi que la perception des besoins non comblés;
- une enquête auprès des organisations de 1^{re} ligne pour évaluer les aspects liés à leur vision, leur structure organisationnelle, leur niveau de ressources et leurs caractéristiques de pratique clinique ainsi qu'à la réorganisation des services de santé de 1^{re} ligne;
- une troisième enquête auprès d'informateurs clés dans les CSSS pour apprécier le contexte organisationnel à l'intérieur duquel les différents modèles d'organisation de 1^{re} ligne évoluent.

Introduction

Les systèmes de santé sont de plus en plus complexes, et les changements technologiques de plus en plus nombreux. Les façons de répondre aux besoins des populations vieillissantes et atteintes de maladies chroniques exigent une prise en charge globale par des équipes multidisciplinaires. Dans ce contexte, l'existence de cliniques solo en première ligne est devenue, de l'avis de plusieurs, un anachronisme.

Des changements importants ont été apportés au système de santé du Québec au début des années 2000, notamment la création des Centres de santé et services sociaux (CSSS), chargés de la responsabilité d'établir des réseaux locaux de services (RLS), et l'implantation progressive de nouveaux types d'organisation des services de première ligne, tels que les Groupes de médecine de famille (GMF) et les Cliniques-réseau (CR). Ces changements nous amènent à nous questionner sur la situation et l'évolution des cliniques solo. C'est l'objectif poursuivi dans ce feuillet. L'analyse porte sur deux régions du Québec, celles de Montréal et de la Montérégie.

Les résultats présentés dans ce feuillet proviennent des enquêtes organisationnelles réalisées en 2005 et 2010 dans ces deux régions. Les détails méthodologiques de ces enquêtes se retrouvent dans des rapports descriptifs (Pineault et al., 2012; Couture et al., 2012)^{1,2}. La première partie du feuillet porte sur la situation, en 2010, des cliniques solo (un médecin) dans l'ensemble des deux régions, en les comparant aux cliniques de groupe (deux médecins ou plus). Ces dernières incluent toutes les pratiques de groupe, quel que soit le milieu où elles s'insèrent (CLSC, GMF, CR et autres). La deuxième partie établit des comparaisons entre les caractéristiques des cliniques solo des deux régions. Enfin, la troisième partie décrit l'évolution de ces cliniques de 2005 à 2010 pour l'ensemble des deux régions et pour chacune d'elles séparément.

¹ Pineault R, Couture A, Prud'homme A, Provost S, Borgès Da Silva R, Levesque J-F, Tousignant P. « Rapport descriptif de l'enquête organisationnelle pour la région de Montréal ». Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux, INSPQ, septembre 2012.

² Couture A, Pineault R, Prud'homme A, Provost S, Borgès Da Silva R, Levesque J-F, Tousignant P. « Rapport descriptif de l'enquête organisationnelle pour la région de la Montérégie ». Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux, INSPQ, septembre 2012.

Comparaison entre les cliniques solo et les cliniques de groupe

En 2010, le pourcentage que représentent les cliniques solo dans l'ensemble des cliniques des deux régions est de 35,1 % (voir tableau 1). Elles ne constituent cependant que 9,6 % de l'offre totale de services en première ligne, telle que mesurée par le nombre de médecins équivalent temps plein (ETP). Les principales caractéristiques qui distinguent les cliniques solo des cliniques de groupe sont les suivantes :

- pour l'ensemble des deux régions, en 2010, l'âge moyen des médecins en clinique solo est de 59,6 ans. Dans les cliniques de groupe, l'âge moyen des médecins est de 51,1 ans;
- les cliniques solo sont davantage centrées sur leur clientèle plutôt que sur la population du territoire ou tous les individus qui se présentent à la clinique (84,5 % des cliniques solo contre 51,9 % des cliniques de groupe);
- elles priorisent davantage la continuité des soins que l'accessibilité des services (80,3 % des cliniques solo comparativement à 73,5 % des cliniques de groupe);
- en conséquence, elles offrent la majorité de leurs services selon le mode de consultation sur rendez-vous (85,4 % des cliniques solo contre 55,2 % des cliniques de groupe);
- la plupart n'ont pas d'infirmière (seulement 21,1 % des cliniques solos ont une infirmière comparativement à 54,7 % des cliniques de groupe);
- on y retrouve moins fréquemment de médecins spécialistes ou d'autres professionnels de la santé dans le même immeuble (46,0 % des cliniques solo sont situées dans un immeuble où pratiquent des médecins spécialistes ou d'autres professionnels de la santé contre 79,6 % des cliniques de groupe);
- elles disposent de moins de technologies de l'information (46,0 % des cliniques solo disposent d'au moins une technologie contre 78,4 % des cliniques de groupe);
- elles se situent moins fréquemment dans un immeuble où des services de radiologie ou de prélèvements sanguins sont disponibles (29,1 % des cliniques solo disposent de services de radiologie ou de prélèvements sanguins sur place contre 59,8 % des cliniques de groupe);
- les cliniques solo entretiennent relativement moins de collaboration avec d'autres cliniques de première ligne (25,4 % des cliniques solo collaborent avec au moins une autre clinique comparativement à 41,0 % des cliniques de groupe), de même qu'avec les hôpitaux (28,6 % des cliniques solo collaborent avec un hôpital contre 53,9 % des cliniques de groupe);

- la majorité ne participe pas à des comités régionaux (7,5 % des cliniques solo participent à des comités régionaux comparativement à 51,1 % des cliniques de groupe), ni à un réseau régional d'accessibilité médicale (1,9 % des cliniques solo participent à un réseau d'accessibilité contre 22,9 % des cliniques de groupe);
- elles offrent aussi une moins grande disponibilité de services les soirs de semaine ou la fin de semaine (35,2 % des cliniques solo sont ouvertes les soirs de semaine ou la fin de semaine contre 63,4 % des cliniques de groupe);
- la gamme des services disponibles y est plus restreinte (seulement 1,9 % des cliniques solo offrent une grande étendue de services diagnostiques, thérapeutiques ou préventifs contre 22,1 % des cliniques de groupe);
- le pourcentage des cliniques dont au moins un médecin offre des services médicaux ailleurs qu'à sa clinique est moins élevé pour les cliniques solo que pour les cliniques de groupe :
 - 20,7 % des cliniques solo contre 68,7 % des cliniques de groupe ont au moins un médecin qui offre des services dans une autre clinique médicale ou un CLSC;
 - 3,8 % des cliniques solo contre 39,4 % des cliniques de groupe dans le cas de l'urgence d'un hôpital;
 - 8,0 % des cliniques solo comparativement à 50,9 % des cliniques de groupe dans le cas d'un centre hospitalier pour des soins de courte durée;
 - 12,7 % des cliniques solo contre 50,1 % des cliniques de groupe pour les services offerts dans un CHSLD.

Pour l'ensemble de ces résultats, on observe un gradient qui varie selon la taille des cliniques médicales (nombre de médecins) : plus la taille des cliniques de groupe est grande, plus les différences avec les cliniques solo sont considérables. Cependant, pour certaines caractéristiques, les cliniques solo et les petites cliniques (deux ou trois médecins) se différencient peu (données non présentées dans les tableaux). Il en est ainsi pour :

- le pourcentage des cliniques avec une infirmière (21,1 % des cliniques solo contre 23,5 % des petites cliniques);
- le pourcentage des cliniques ayant une collaboration avec une autre clinique de première ligne (25,4 % des cliniques solo comparativement à 29,5 % des petites cliniques);
- le pourcentage des cliniques offrant une disponibilité de services les soirs de semaine ou la fin de semaine (35,2 % des cliniques solo contre 42,4 % des petites cliniques).

Tableau 1 : Comparaison entre les cliniques solo et les cliniques de groupe, Montréal et Montérégie, 2010

	Cliniques solo (n=213)	Cliniques de groupe (n=393)	
Répartition des cliniques médicales	35,1 %	64,9 %	
Répartition des médecins omnipraticiens (ETP)	9,6 %	90,4 %	
Âge moyen des médecins	59,6 ans	51,1 ans	
Les personnes visées par la clinique sont les patients de la clinique uniquement	84,5 %	51,9 %	
Priorisent davantage la continuité des soins que l'accessibilité des services	80,3 %	73,5 %	
Le mode de consultation prédominant de la clinique est sur rendez-vous	85,4 %	55,2 %	
Présence d'une infirmière dans la clinique	21,1 %	54,7 %	
Dans le même immeuble que la clinique, il y a des médecins spécialistes ou d'autres professionnels de la santé	46,0 %	79,6 %	
Disposent d'au moins une technologie de l'information	46,0 %	78,4 %	
Dans le même immeuble que la clinique, il y a des services de radiologie ou de prélèvements sanguins	29,1 %	59,8 %	
Collaborent avec une autre clinique médicale de 1 ^{re} ligne	25,4 %	41,0 %	
Collaborent avec un hôpital	28,6 %	53,9 %	
Participent à des comités régionaux	7,5 %	51,1 %	
Participent à un réseau d'accessibilité médicale	1,9 %	22,9 %	
Ouvertes les soirs de semaine ou la fin de semaine	35,2 %	63,4 %	
Disponibilité élevée pour leurs patients en cas de situations d'urgence	8,9 %	7,6 %	
Offrent une grande étendue de services diagnostiques, thérapeutiques et préventifs dans la clinique	1,9 %	22,1 %	
Au moins un médecin de la clinique offre également des services médicaux...	dans une autre clinique médicale ou un CLSC	20,7 %	68,7 %
	à l'urgence d'un hôpital	3,8 %	39,4 %
	dans un hôpital pour des soins de courte durée	8,0 %	50,9 %
	dans un CHSLD	12,7 %	50,1 %

Comparaison entre les cliniques solo de la région de Montréal et celles de la région de la Montérégie

En 2010, les cliniques solo des deux régions sont semblables pour les caractéristiques suivantes :

- la présence de médecins spécialistes ou d'autres professionnels de la santé dans le même immeuble (46,2 % des cliniques solo de Montréal sont situées dans un immeuble où il y a des spécialistes ou d'autres professionnels de la santé contre 45,7 % en Montérégie) (voir tableau 2);
- l'offre de services de radiologie ou de prélèvements sanguins sur place (29,4 % des cliniques solo de Montréal sont situées dans un immeuble où des services de radiologie ou de prélèvements sanguins sont disponibles contre 28,6 % en Montérégie);
- la collaboration avec d'autres cliniques de première ligne (26,6 % des cliniques solo de Montréal collaborent avec au moins une autre clinique de première ligne comparativement à 22,9 % en Montérégie);
- la disponibilité de services pour leurs patients réguliers en cas d'urgence (8,4 % des cliniques solo de Montréal contre 10,0 % en Montérégie);
- la gamme de services diagnostiques, thérapeutiques et préventifs offerts (5,7 % des cliniques solo de la Montérégie offrent une grande étendue de services contre aucune à Montréal);
- l'affiliation d'au moins un médecin de la clinique à d'autres cliniques de première ligne (20,3 % des cliniques solo de Montréal contre 21,4 % en Montérégie);
- l'affiliation d'au moins un médecin de la clinique à l'urgence d'un hôpital (4,2 % des cliniques solo de Montréal contre 2,9 % en Montérégie);
- l'affiliation d'au moins un médecin de la clinique dans un CHSLD (11,9 % des cliniques solo de Montréal contre 14,3 % en Montérégie).

Par ailleurs, les cliniques solo des deux régions se distinguent pour d'autres caractéristiques. La situation est plus favorable dans les cliniques solo de la Montérégie pour les caractéristiques suivantes :

- la présence d'une infirmière (38,6 % des cliniques solo de la Montérégie ont une infirmière comparativement à 12,6 % à Montréal);
- les technologies de l'information (65,7 % des cliniques solo de la Montérégie possèdent au moins une technologie contre 36,4 % à Montréal);
- la disponibilité de services les soirs de semaine ou la fin de semaine (45,7 % des cliniques solo de la Montérégie sont ouvertes les soirs de semaine ou la fin de semaine contre 30,1 % à Montréal);
- la collaboration avec un hôpital (34,3 % des cliniques solo de la Montérégie ont une collaboration avec un hôpital contre 25,9 % à Montréal).

Une seule caractéristique avantage légèrement les cliniques solo de Montréal :

- l'affiliation d'au moins un médecin de la clinique dans un hôpital (10,5 % des cliniques solo à Montréal contre 2,9 % en Montérégie).

Tableau 2 : Évolution et comparaison entre les cliniques solo de Montréal et les cliniques solo de la Montérégie, de 2005 à 2010

	Cliniques solo						
	Montréal		Montérégie		Total		
	2005 (n=190)	2010 (n=143)	2005 (n=72)	2010 (n=70)	2005 (n=262)	2010 (n=213)	
Répartition des cliniques médicales	43,8 %	37,1 %	32,0 %	31,7 %	39,8 %	35,1 %	
Répartition des médecins omnipraticiens (ETP)	13,5 %	10,7 %	7,8 %	7,9 %	11,3 %	9,6 %	
Âge moyen des médecins	58,6 ans	60,5 ans	54,3 ans	57,9 ans	57,4 ans	59,6 ans	
Les personnes visées par la clinique sont les patients de la clinique uniquement	63,7 %	87,4 %	58,3 %	78,6 %	62,2 %	84,5 %	
Priorisent davantage la continuité des soins que l'accessibilité des services	84,2 %	81,8 %	77,8 %	77,1 %	82,4 %	80,3 %	
Le mode de consultation prédominant de la clinique est sur rendez-vous	80,0 %	86,7 %	87,5 %	82,9 %	82,1 %	85,4 %	
Présence d'une infirmière dans la clinique	10,0 %	12,6 %	22,2 %	38,6 %	13,4 %	21,1 %	
Dans le même immeuble que la clinique, il y a des médecins spécialistes ou d'autres professionnels de la santé	57,4 %	46,2 %	48,6 %	45,7 %	55,0 %	46,0 %	
Disposent d'au moins une technologie de l'information	30,0 %	36,4 %	34,7 %	65,7 %	31,3 %	46,0 %	
Dans le même immeuble que la clinique, il y a des services de radiologie ou de prélèvements sanguins	14,7 %	29,4 %	34,7 %	28,6 %	20,2 %	29,1 %	
Collaborent avec une autre clinique médicale de 1 ^{re} ligne	43,7 %	26,6 %	43,1 %	22,9 %	43,5 %	25,4 %	
Collaborent avec un hôpital	47,4 %	25,9 %	31,9 %	34,3 %	43,1 %	28,6 %	
Participent à des comités régionaux	16,8 %	7,7 %	19,4 %	7,1 %	17,6 %	7,5 %	
Participent à un réseau d'accessibilité médicale	4,7 %	2,1 %	1,4 %	1,4 %	3,8 %	1,9 %	
Ouvertes les soirs de semaine ou la fin de semaine	40,5 %	30,1 %	58,3 %	45,7 %	45,5 %	35,2 %	
Disponibilité élevée pour leurs patients en cas de situations d'urgence	26,8 %	8,4 %	18,1 %	10,0 %	24,4 %	8,9 %	
Offrent une grande étendue de services diagnostiques, thérapeutiques et préventifs dans la clinique	2,1 %	0,0 %	0,0 %	5,7 %	1,5 %	1,9 %	
Au moins un médecin de la clinique offre également des services médicaux...	dans une autre clinique médicale ou un CLSC	40,5 %	20,3 %	47,2 %	21,4 %	42,4 %	20,7 %
	à l'urgence d'un hôpital	8,4 %	4,2 %	9,7 %	2,9 %	8,8 %	3,8 %
	dans un hôpital pour des soins de courte durée	16,3 %	10,5 %	8,3 %	2,9 %	14,1 %	8,0 %
	dans un CHSLD	12,6 %	11,9 %	11,1 %	14,3 %	12,2 %	12,7 %

Évolution des cliniques solo dans les deux régions de 2005 à 2010

De 2005 à 2010, l'évolution des cliniques solo dans les deux régions a été la suivante :

- le pourcentage que représentent les cliniques solo par rapport à l'ensemble des cliniques a diminué pour l'ensemble des deux régions (de 39,8 % à 35,1 %) (voir tableau 2). La diminution a été plus marquée à Montréal (de 43,8 % à 37,1 %) qu'en Montérégie, où le pourcentage est demeuré stable (32,0 % et 31,7 %);
- par conséquent, le pourcentage de l'offre de services par les cliniques solo, exprimé en termes de médecins ETP, a diminué pour l'ensemble des deux régions (de 11,3 % à 9,6 %). La baisse de l'offre de services des cliniques solo est observée à Montréal seulement (de 13,5 % à 10,7 %), alors que l'offre est demeurée stable en Montérégie (7,8 % et 7,9 %);
- le pourcentage des cliniques solo qui centrent davantage leur offre de services sur leur clientèle plutôt que sur la population du territoire ou sur tous les individus qui se présentent à leur clinique a augmenté considérablement (de 62,2 % à 84,5 %). Cette augmentation a touché également les régions de Montréal (de 63,7 % à 87,4 %) et de la Montérégie (de 58,3 % à 78,6 %);
- le mode de consultation prédominant demeure le « sur rendez-vous » dans les cliniques solo et le pourcentage de celles-ci qui privilégie ce mode est passé de 82,1 % à 85,4 %. Cette légère augmentation se limite cependant à Montréal (de 80,0 % à 86,7 %), alors qu'en Montérégie on observe une diminution de ce pourcentage (de 87,5 % à 82,9 %);
- le pourcentage des cliniques solo qui ont une infirmière demeure relativement faible bien qu'il ait augmenté (de 13,4 % à 21,1 %). L'augmentation a été plus importante en Montérégie (de 22,2 % à 38,6 %) qu'à Montréal (de 10,0 % à 12,6 %);
- le pourcentage des cliniques solo où on retrouve des médecins spécialistes ou d'autres professionnels de la santé dans le même immeuble a diminué (de 55,0 % à 46,0 %). Cette diminution a été plus importante à Montréal (de 57,4 % à 46,2 %) qu'en Montérégie (de 48,6 % à 45,7 %);
- on note une légère amélioration en ce qui concerne la présence des technologies de l'information. Le pourcentage de cliniques solo disposant d'au moins une technologie a augmenté (de 31,3 % à 46,0 %). C'est en Montérégie que cette augmentation a été la

plus marquée, passant de 34,7 % à 65,7 % des cliniques solo pourvues d'au moins une technologie de l'information. À Montréal, l'augmentation a été plus modeste (de 30,0 % à 36,4 %);

- en ce qui concerne la disponibilité de services de radiologie ou de prélèvements sanguins sur place, on note pour l'ensemble des deux régions une augmentation des cliniques solo qui disposent de tels services dans le même immeuble (de 20,2 % à 29,1 %). Cette augmentation est marquée à Montréal (de 14,7 % à 29,4 %), alors qu'en Montérégie on observe une diminution (de 34,7 % à 28,6 %);
- la collaboration avec une autre clinique de première ligne a diminué de façon générale. Le pourcentage de cliniques solo ayant une collaboration avec une autre clinique a chuté de 43,5 % à 25,4 %. Cette diminution s'observe autant à Montréal (de 43,7 % à 26,6 %) qu'en Montérégie (de 43,1 % à 22,9 %);
- le pourcentage de cliniques solo ayant une collaboration avec un hôpital a diminué de 43,1 % à 28,6 %. Cette diminution a touché uniquement Montréal (de 47,4 % à 25,9 %), alors qu'en Montérégie on a observé une légère augmentation (de 31,9 % à 34,3 %);
- l'offre de services les soirs de semaine et la fin de semaine pour les cliniques solo a diminué. Le pourcentage de cliniques solo offrant une telle disponibilité de services est passé globalement de 45,5 % à 35,2 %. La baisse est observée autant à Montréal (de 40,5 % à 30,1 %) qu'en Montérégie (de 58,3 % à 45,7 %);
- le pourcentage des cliniques solo offrant une disponibilité élevée pour leurs patients réguliers en situation urgente a considérablement diminué de 24,4 % à 8,9 %. Cette diminution est beaucoup plus marquée à Montréal (de 26,8 % à 8,4 %) qu'en Montérégie (18,1 % à 10,0 %);
- l'étendue des services diagnostiques, thérapeutiques et préventifs offerts a peu changé. Dans l'ensemble des deux régions, le pourcentage de cliniques solo offrant une grande étendue de services reste très faible, passant de 1,5 % à 1,9 %. À Montréal, on observe une légère baisse (de 2,1 % à 0,0 %) alors qu'en Montérégie, on note une légère augmentation (de 0,0 % à 5,7 %);
- enfin, le pourcentage de médecins en clinique solo qui fournissent des services médicaux dans une autre clinique ou en CLSC, à l'urgence d'un hôpital ou pour des soins de courte durée à hôpital a diminué, tant à Montréal qu'en Montérégie. À Montréal, le

pourcentage est passé de 40,5 % à 20,3 % pour des services offerts dans une autre clinique ou un CLSC, de 8,4 % à 4,2 % pour des services à l'urgence d'un hôpital et de 16,3 % à 10,5 % à l'hôpital. En Montérégie, le pourcentage de médecins offrant des services dans une autre clinique ou un CLSC est passé de 47,2 % en 2005 à 21,4 % en 2010, de 9,7 % à 2,9 % pour les services à l'urgence d'un hôpital et de 8,3 % à 2,9 % pour les soins de courte durée dans un hôpital.

Conclusion

À la lumière des résultats présentés dans ce feuillet, on retiendra que :

- la décroissance du nombre de cliniques solo dans l'ensemble des services de première ligne est un phénomène particulier à la région de Montréal et n'affecte pas la Montérégie;
- le portrait qui se dégage en 2010 pour les cliniques solo dans l'ensemble des deux régions est celui de très petites cliniques, dotées de structures et de ressources minimales et tenues par des médecins plus âgés que ceux en clinique de groupe, isolées des autres professionnels et du reste du réseau (autres cliniques et hôpitaux), limitant leurs services uniquement à leurs patients réguliers, privilégiant le mode de consultation « sur rendez-vous » et offrant une gamme très limitée de services. On pourrait voir dans ces caractéristiques distinctives un effet de leur taille, puisque pour certaines caractéristiques, elles se distinguent peu des petites cliniques (de deux à trois médecins) et que pour l'ensemble des caractéristiques, il existe un gradient entre la taille des cliniques et le niveau des autres caractéristiques des cliniques (données non présentées);
- la comparaison des différentes caractéristiques des cliniques solo entre les deux régions, en 2010, révèle généralement une situation plus favorable en Montérégie qu'à Montréal. En effet, la présence d'infirmières et de technologies de l'information, une plus grande disponibilité des services les soirs de semaine et la fin de semaine et une plus grande collaboration avec l'hôpital sont des caractéristiques plus prévalentes en Montérégie qu'à Montréal;
- la plupart des changements observés entre 2005 et 2010 dans les cliniques solo touchent également les deux régions. Il s'agit d'une plus grande concentration des pratiques sur les clientèles, de la diminution de la disponibilité les soirs de semaine et la fin de semaine, de la diminution de la collaboration avec les autres instances de première ligne et de la diminution de la disponibilité pour leurs patients réguliers en cas de situations d'urgence;
- l'évolution dans les deux régions diffère à certains égards. Par exemple, on observe un accroissement plus grand de l'adoption des technologies de l'information en Montérégie qu'à Montréal. De même, on note une légère augmentation dans l'étendue des services offerts par les cliniques solo en Montérégie, mais une baisse à Montréal. Bref, le phénomène de repliement sur elles-mêmes, d'isolement et de limitation de la disponibilité des services semble affecter davantage les cliniques solo de Montréal que celles de la Montérégie;
- dans ce feuillet, nous avons considéré les cliniques solo comme un groupe homogène de cliniques. Il est possible que ces cliniques ne présentent pas un caractère aussi homogène au-delà du fait qu'elles ne comprennent qu'un seul médecin. Des analyses ultérieures exploreront la variabilité possible entre les cliniques solo;
- l'avenir des cliniques solo dans leur forme actuelle semble incertain. Dans des milieux de densité de population plus faible (contexte rural) où la situation justifie l'établissement de cliniques solo, il est clair qu'une intégration plus grande dans un réseau de services de 1^{re} ligne apparaît comme la solution à privilégier. Par contre, dans des régions à forte densité de population, la clinique solo n'est probablement pas une formule à privilégier, étant donné la proximité d'autres cliniques de plus grande taille, mieux organisées et mieux pourvues en ressources;
- nous n'avons pas fait de lien entre les cliniques solo et l'utilisation et l'expérience de soins de ses usagers en comparaison avec les cliniques de groupe. Ces analyses feront l'objet de publications à venir.

AUTEURS

Raynald Pineault^{1,2,3}, Audrey Couture^{1,2}, Alexandre Prud'homme^{1,2},
Sylvie Provost^{1,2,3}, Roxane Borgès Da Silva^{1,2,4}

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

² Institut national de santé publique du Québec

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

⁴ Université de Montréal

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Coordonnatrice de projet

Audrey Couture

Chercheurs principaux

Jean-Frédéric Levesque, Raynald Pineault, Pierre
Tousignant

Cochercheurs et professionnels de recherche

Sylvie Provost, Roxane Borgès Da Silva, Alexandre
Prud'homme, Odette Lemoine, Brigitte Simard,
Marjolaine Hamel, Dominique Grimard, Michel Fournier,
Danièle Roberge, Mylaine Breton, Jean-Louis Denis,
Marie-Dominique Beaulieu, Debbie Feldman, Paul
Lamarche, Jeannie Haggerty, Josée Côté

Codécideurs

Denis A. Roy, Mylène Drouin, Louis Côté, François Goulet

Soutien à la réalisation et édition

Mireille Paradis

Organismes subventionnaires et partenaires

Cette recherche a bénéficié de subventions des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) en partenariat avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Elle bénéficie également de l'appui financier des Agences de la santé et des services sociaux (ASSS) de Montréal et de la Montérégie et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Le projet a reçu l'appui de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et du Collège des médecins du Québec.

Le projet a reçu une approbation de conformité éthique du Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, à titre de comité principal. La nature multicentrique du projet de recherche implique une approbation de conformité éthique de tous les comités d'éthique de la recherche au sein de chacun des Centres de santé et des services sociaux des territoires à l'étude.

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

Janvier 2013

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur les sites Internet de la Direction de santé publique (www.dsp.santemontreal.qc.ca/ESPSS.html) et de l'INSPQ (www.inspq.qc.ca/publications/).

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

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

DÉPÔT LÉGAL – 1^{ER} TRIMESTRE 2013

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA

ISBN : 978-2-550-67038-4 (VERSION IMPRIMÉE)

ISBN : 978-2-550-67039-1 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2013)

Québec 

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
- Institut national de santé publique