

ÉTAT DES PRATIQUES

Portrait - Comparaison de l'utilisation
des services médicaux de première
ligne par les personnes inscrites et
celles non inscrites auprès d'un
médecin de famille, en fonction de leur
profil de santé

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)
Bureau des données clinico-administratives



Portrait - Comparaison de l'utilisation des services médicaux de première ligne par les personnes inscrites et celles non inscrites auprès d'un médecin de famille, en fonction de leur profil de santé

Rédaction

Hélène Plé
Mamadou Diop
Sergio Cortez Ghio
Mike Benigeri

Collaboration

Jean-Luc Kaboré
Sandra Bernier

Direction

Isabelle Samson

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe de projet

Auteure et auteurs principaux

Hélène Plé, Ph. D.
Mamadou Diop, M. Sc.
Sergio Cortez Ghio, Ph. D.
Mike Benigeri, Ph. D.

Bureau – Méthodologies et éthique

Bin Chen, techn. docum.
Marjolaine Rondeau, B.A.
Geneviève Corriveau, M. Sc.

Collaborateur et collaboratrice internes

Jean-Luc Kaboré, Ph. D.
Sandra Bernier, D. E. C.

Directrice

Isabelle Samson, MD, MM, CCMF

Équipe de l'édition

Jean Talbot
Nathalie Vanier

Sous la coordination de
Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de
Littera Plus, révision linguistique
Mark A. Wickens, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024
ISBN 978-2-550-98849-6 (PDF)

Tous droits réservés

© Gouvernement du Québec, 2024

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Portrait - Comparaison de l'utilisation des services médicaux de première ligne par les personnes inscrites et celles non inscrites auprès d'un médecin de famille, en fonction de leur profil de santé. État des pratiques rédigé par Hélène Plé, Mamadou Diop, Sergio Cortez Ghio et Mike Benigeri. Québec, Qc : INESSS; 2024. 38 p.

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

Comité de suivi

Pour ce rapport, les membres du comité de suivi sont :

M^{me} Marie-Ève Benoit, infirmière, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

D^{re} Élise Boulanger, médecin, Collège québécois des médecins de famille

D^{re} Danielle Daoust, médecin, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

M. Philippe Lachance, ministère de la Santé et des Services sociaux

M^{me} Marie-Pascale Pichette, infirmière, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

D^{re} Manon Poirier, médecin, Collège des médecins du Québec

M^{me} Maude Raymond, infirmière praticienne spécialisée, Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec

M^{me} Théodora Zikos, pharmacienne, Ordre des pharmaciens du Québec

Lectrices externes

Pour ce rapport, les lectrices externes sont :

M^{me} Mylaine Breton, professeure titulaire, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke

M^{me} Maude Laberge, professeure agrégée, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval

D^{re} Marie-Thérèse Lussier, professeure titulaire, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Montréal. Chercheuse régulière au Centre de recherche du CHUM (CRCHUM) et directrice du Réseau de recherche en soins primaires de l'Université de Montréal (RRSPUM)

D^{re} Raymonde Vaillancourt, médecin de famille et cheffe sortante du Département régional de médecine générale au CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Déclaration d'intérêts

Toutes les personnes qui ont collaboré à cet état des pratiques ont déclaré leurs intérêts et leurs rôles, et ceux-ci ont été gérés en tout respect de la Politique de prévention, d'identification, d'évaluation et de gestion des conflits d'intérêts et de rôles des collaborateurs de l'INESSS.

Les responsables de cette production n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer en lien avec le sujet, mais Mme Isabelle Samson, directrice par intérim du Bureau des données clinico-administratives, tient à divulguer qu'elle est aussi médecin de famille en pratique active.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Ses conclusions et ses recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou celles des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY.....	III
SIGLES ET ACRONYMES	V
INTRODUCTION.....	1
1 QUESTIONS D'ÉVALUATION	2
2 MÉTHODOLOGIE ABRÉGÉE.....	3
3 RÉSULTATS	6
3.1 Portrait général de l'utilisation des services médicaux de première ligne au Québec en 2022-2023	6
3.1.1 Utilisation des services de première ligne selon le profil de santé	7
3.1.2 Caractéristiques et profil de santé des personnes selon le statut d'inscription auprès d'un médecin de famille	9
3.1.3 Comparaison de l'utilisation des services de première ligne par les personnes inscrites auprès d'un médecin de famille et celles non-inscrites	12
3.1.4 Consultations en clinique selon le profil de santé	14
3.1.5 Consultations à l'urgence selon le profil de santé	16
3.1.6 Utilisation des services de CLSC selon le profil de santé	17
3.2 Modélisation de l'utilisation des services médicaux de première ligne	19
3.2.1 Modélisation de l'utilisation des services par les personnes inscrites auprès d'un médecin de famille	19
3.2.2 Répartition des visites entre inscrits et non-inscrits, en fonction des profils de santé : deux scénarios pour mieux évaluer et réduire les écarts	20
3.2.3 Application des scénarios d'ajout ou de répartition des visites par segment de santé.....	21
3.3 Perspectives régionales : indicateurs comparatifs	23
LIMITES DE L'ÉTUDE.....	25
DISCUSSION.....	26
RÉFÉRENCES.....	28
ANNEXE A.....	29
Méthodologie détaillée	29

LISTES DES TABLEAUX

Tableau 1	Appariement de la segmentation de la population [INESSS, 2022] avec les catégories de santé <i>Grouper</i> [ICIS, 2021] et exemples de conditions associées	4
Tableau 2	Répartition des personnes et des visites et nombre moyen annuel de visites, selon les profils de santé <i>Grouper</i> , en 2022-2023	8
Tableau 3	Nombre moyen de visites en première ligne et d'interventions du CLSC, selon l'inscription auprès d'un médecin de famille et le profil de santé du patient, 2022-2023	18
Tableau 4	Répartition des personnes et des visites, selon les 2 scénarios, pour chacun des segments de santé, 2022-2023	22
Tableau 5	Catégorisation des interventions par le CLSC selon les types de professionnels	32

LISTES DES FIGURES

Figure 1	Proportion des personnes inscrites auprès d'un médecin de famille selon l'âge et le sexe, 2022-2023	10
Figure 2	Répartition des personnes selon leur segment de santé et leur statut d'inscription auprès d'un médecin de famille, 2022-2023	11
Figure 3	Répartition des personnes dans le segment « En santé » selon leur statut d'inscription auprès d'un médecin de famille, 2022-2023	11
Figure 4	Nombre moyen de visites ou interventions en clinique, à l'urgence et par les CLSC selon le statut d'inscription auprès d'un médecin de famille, 2022-2023	13
Figure 5	Nombre moyen de visites en clinique selon le profil de santé et le statut d'inscription auprès d'un médecin de famille, 2022-2023	15
Figure 6	Nombre moyen de visites à l'urgence pour des priorités P4 ou P5 selon le profil de santé et l'inscription auprès d'un médecin de famille, 2022-2023	16
Figure 7	Nombre moyen d'interventions par les CLSC selon le profil de santé et l'inscription auprès d'un médecin de famille, 2022-2023	17
Figure 8	Répartition des visites basée sur les profils de santé des personnes selon deux scénarios, 2022-2023	21
Figure 9	Volume de visites effectuées et à ajouter ou à redistribuer, selon les 2 scénarios, pour chacun des segments de santé, 2022-2023	22
Figure 10	Indicateurs régionaux sur les caractéristiques de la population, l'utilisation des services de première ligne et l'estimation des visites selon le profil de santé, 2022-2023	24
Figure 11	Résultats sur la performance des différents modèles testés	34
Figure 12	Poids respectifs des prédicteurs retenus dans le modèle final	35
Figure 13	Validation du modèle : écart relatif (%) entre les prédictions et les observations pour les personnes inscrites, selon différentes caractéristiques	36

RÉSUMÉ

Ce projet a pour objectif d'établir un premier portrait exploratoire de l'utilisation des services médicaux de première ligne au Québec afin de soutenir la réflexion sur l'organisation de ceux-ci, dans la perspective d'un accès plus équitable à ces services.

Cette étude n'a pas pour objectif de déterminer le nombre de services de première ligne requis selon les profils de santé des personnes. Elle rapporte plutôt le nombre de services utilisés selon les profils de santé et compare les personnes inscrites et celles non inscrites auprès d'un médecin de famille.

L'étude inclut l'ensemble des personnes assurées à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) en 2022-2023. Celles-ci ont été regroupées selon leur statut d'inscription auprès d'un médecin de famille ainsi que leur profil de santé, déterminé d'après la méthodologie *Grouper* [ICIS, 2021]. Il est à noter que ces profils de santé sont établis en se basant sur les diagnostics trouvés dans les banques de données clinico-administratives. Ils pourraient donc sous-évaluer l'état de santé réel des patients, en particulier ceux qui rencontrent des difficultés d'accès aux services médicaux, notamment les personnes sans médecin de famille ou celles qui sont plus défavorisées ou isolées.

Les résultats montrent que, en 2022-2023, 1 personne sur 4, soit environ 2,1 millions d'individus, n'est pas inscrite auprès d'un médecin de famille et que, parmi ceux-ci, près de 0,5 million a des problèmes de santé majeurs ou modérés répertoriés dans son profil de santé.

Pour chaque personne, le nombre de visites médicales en première ligne au cours de l'année a été recensé, à savoir : les visites chez un médecin de famille ou une infirmière praticienne spécialisée en première ligne ainsi que les visites de faible priorité à l'urgence (P4-P5). En moyenne, les personnes font deux visites par année. Toutefois, cette moyenne varie fortement selon le profil de santé des personnes (de 1 à 4 visites annuellement) et selon leur statut d'inscription auprès d'un médecin de famille (2,5 visites pour les inscrits contre 0,8 pour les non-inscrits). Même lorsqu'elles ont un profil de santé similaire, les personnes non inscrites consultent moins souvent en clinique que celles inscrites auprès d'un médecin de famille (près de 3 fois moins, en moyenne) et se rendent plus souvent aux urgences.

Un modèle a été construit afin d'évaluer le nombre de visites médicales en première ligne qui seraient nécessaires si les personnes non inscrites utilisaient les services à un niveau équivalent (en nombre de visites) à celui des personnes inscrites, en tenant compte de leurs caractéristiques démographiques (âge, sexe) et de leur profil de santé. Le nombre annuel de visites en première ligne passerait alors de 17,6 à 19,6 millions de visites au total (+ 11 %), et le nombre de visites destinées aux personnes non inscrites doublerait. Si on conservait plutôt un nombre total de visites identique à celui de 2022-2023, ce sont 1,5 million de visites qui seraient transférées des personnes inscrites vers les non-inscrites pour obtenir une répartition équivalente pour un même profil.

Ces scénarios sont réalisés à partir de données sur l'utilisation (en nombre de visites) : ils permettent d'évaluer les écarts entre les personnes inscrites et celles non inscrites, ainsi que les efforts nécessaires pour atteindre une meilleure équité. Toutefois, ils ne tiennent pas compte de certains éléments indispensables pour atteindre une réelle équité, tels que le besoin des patients, la pertinence des services ou encore la prise en charge par différents professionnels. En conséquence, ces scénarios ne peuvent être utilisés directement comme des modèles d'organisation des services de première ligne, tels que proposés dans les modèles d'accès adapté et de collaboration interprofessionnelle. De telles utilisations dépassent la portée du présent mandat.

Finalement, l'étude montre des différences marquées entre les régions du Québec, tant dans la proportion de personnes non inscrites (de 9 % à 33 % selon la région) que dans le nombre moyen annuel de visites en première ligne (de 1,9 à 2,6 selon la région). Ces différences sont liées aux caractéristiques des personnes et à leur profil de santé, mais également au mode d'organisation des services qui diffère selon les régions. Il sera donc nécessaire de prendre en considération ces différences dans la réflexion sur une éventuelle réorganisation des services de première ligne.

SUMMARY

Overview – Comparison, based on health profile, of the use of primary care medical services by persons registered with a family physician and those who are not

This project aims to provide an exploratory overview of the use of primary care medical services in Québec to support the reflection on their organization, this with a view to more equitable access to these services.

The goal of this study is not to determine the number of primary care services required according to individuals' health profile. Rather, it reports the number of services used, by health profile, and compares persons who are registered with a family physician and those who are not.

This study includes all the persons insured through the Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) in 2022-2023. They were classified according to their registration status with a family physician and health profile, which was determined using the Grouper methodology [CIHI, 2021]. It should be noted that these health profiles are determined from the diagnoses found in clinical administrative databases. They could therefore underestimate patients' actual state of health, especially in the case of those who have difficulty accessing medical services, in particular, persons who do not have a family physician and those who are more disadvantaged or isolated.

The results show that, in 2022-2023, 1 person in 4, or approximately 2.1 million individuals, was not registered with a family physician and that close to half a million of them had major or moderate health problems in their health profile.

For each person, the number of primary care medical visits during the year was documented, i.e., visits to a family physician or a primary care nurse practitioner and low-priority emergency department visits (P4-P5). On average, people make two visits a year. However, this average varies greatly according to their health profile (1 to 4 visits a year) and their registration status with a family physician (2.5 visits for registered vs. 0.8 for non-registered). Even when they have a similar health profile, those who are not registered with a family physician go to a clinic less often than those who are (close to 3 times less often on average) but go to an emergency room more often.

A model was constructed to determine the number of primary care medical visits that would be necessary if non-registered persons used services at an equivalent level (number of visits) to that of those who were registered, taking their demographics (age and sex) and health profile into account. The annual number of primary care visits would then increase from a total of 17.6 to 19.6 million visits (+11%), and the number of visits by non-registered persons would double. If, instead, we keep a total number of visits identical to that in 2022-2023, 1.5 million visits would be transferred from registered persons to non-registered ones to obtain an equivalent distribution for a given profile.

These scenarios were developed with primary care use data (number of visits). They serve to determine the differences between registered and non-registered persons and the efforts required to achieve greater equity. However, they do not consider certain elements that are indispensable for achieving true equity, such as patient need, service relevance, or patient management by different professionals. Consequently, these scenarios cannot be used directly as models for organizing primary care services, as proposed in the tailored access and interprofessional collaboration models. These uses are beyond the scope of this project.

Lastly, the study shows pronounced regional differences in Québec, both in terms of the proportion of non-registered persons (9% to 33%, depending on the region) and in the mean annual number of primary care visits (1.9 to 2.6, depending on the region). These differences are due to their demographics and health profile, but also to the manner in which services are organized, which differs according to the region. It will therefore be necessary to consider these differences in the reflection concerning a possible reorganization of primary care services.

SIGLES ET ACRONYMES

CLSC	Centre local de services communautaires
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GAP	Guichet d'accès à la première ligne
GMF	Groupe de médecine familiale
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IPS-PL	Infirmière praticienne spécialisée en première ligne
MDF	Médecin de famille
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
P1/P2/P3/P4/P5	Niveaux de priorité de l'échelle de triage à l'urgence : 1-Vital / 2-Très urgent / 3-Semi-urgent / 4-Moins urgent / 5-Non urgent
QC	Province de Québec
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RLS	Réseau local de services
RSS	Région sociosanitaire
v/p	Nombre moyen annuel de visites par personne

Sigles et acronymes des banques clinico-administratives

BDCU	Banque de données communes des urgences
FIPA	Fichier d'inscription des personnes assurées (à la RAMQ)
GMF-GRL	Fichier d'inscription auprès d'un médecin de famille membre du programme GMF ou inscription générale auprès d'un médecin de famille
I-CLSC	Système d'information sur la clientèle et les services des CSSS – mission CLSC
MED-ÉCHO	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
SMOD	Services rémunérés à l'acte des médecins, optométristes et dentistes

INTRODUCTION

Les services de première ligne visent à assurer un accès en temps opportun au système de santé et aux services sociaux à l'ensemble de la population en fonction de ses besoins, et ce, indépendamment de la région de résidence des personnes.

Au Québec, les soins médicaux de première ligne non urgents sont dispensés essentiellement par les groupes de médecine de famille (GMF), au sein desquels les médecins de famille (MDF) sont regroupés et collaborent avec d'autres professionnels de la santé comme des infirmières, des infirmières praticiennes spécialisées (IPS), des travailleurs sociaux et des pharmaciens. Les médecins de famille peuvent aussi pratiquer hors des GMF, individuellement ou regroupés dans des cliniques.

Au 31 mars 2020, 77 % de la population du Québec était inscrite auprès d'un médecin de famille, dont 65 % auprès d'un médecin de famille travaillant dans un GMF [INESSS, 2022]. L'accès aux consultations médicales est généralement réservé (exclusivement ou en priorité) à la clientèle inscrite auprès d'un des médecins de famille exerçant dans la clinique ou le GMF.

En 2020, les personnes sans inscription auprès d'un médecin de famille représentaient donc 23 % de la population. Pour ces personnes, l'accès était restreint à certaines cliniques, notamment les cliniques GMF-réseau et GMF-accès, dont la mission est de répondre à des besoins semi-urgents ou urgents simples pour tous. À défaut, les personnes non inscrites pouvaient se tourner vers les services des urgences, qui, si leur condition était jugée non urgente, se voyaient attribuer une cote de priorité basse au triage (priorité P4 ou P5) [OIIQ, 2019]. En 2019-2020, il y a eu au Québec plus de 1,5 million de visites à l'urgence avec une priorité P4 ou P5, ce qui représente 40 % de l'ensemble des visites à l'urgence [INESSS, 2022].

Depuis quelques années, des incitatifs auprès des médecins de famille et des GMF ont été mis en place pour améliorer l'accès aux personnes sans inscription auprès d'un médecin de famille [MSSS, 2024]. Or, avec le vieillissement de la population et le nombre important de médecins de famille qui partent à la retraite, il est difficile de répondre aux besoins de l'ensemble de la population sans envisager une réorganisation significative de la façon dont les services de première ligne sont offerts.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a donc mandaté l'INESSS afin de le soutenir dans sa réflexion sur le développement d'une approche qui permettrait, au niveau régional (RSS) ou local (RLS), une prise en charge en première ligne pour tous les patients du territoire, qui tiendrait compte des besoins de ces personnes et des capacités du réseau.

1 QUESTIONS D'ÉVALUATION

Ce projet a pour objectif d'établir un premier portrait exploratoire de l'utilisation des services médicaux de première ligne au Québec en 2022-2023, à partir des données clinico-administratives. Ces travaux portent sur les services médicaux dispensés en clinique par les médecins de famille et les infirmières praticiennes spécialisées en première ligne, ou aux urgences avec une faible priorité. Ils visent à soutenir la réflexion sur le développement d'une approche qui permettrait, au niveau régional ou à celui d'un RLS, une prise en charge médicale équivalente en première ligne pour toutes les personnes du territoire, qu'elles soient inscrites ou non auprès d'un médecin de famille.

Pour ce faire, les questions d'évaluation qui seront traitées sont les suivantes :

- Quelle est l'intensité d'utilisation des services médicaux (médecin de famille et IPS-PL) de première ligne par la population québécoise?
- Dans quelle mesure cette intensité est-elle associée aux profils de santé et au statut d'inscription auprès d'un médecin de famille?
- Quels seraient les scénarios d'ajout ou de redistribution des visites médicales qui permettraient d'offrir une prise en charge équivalente aux inscrits et aux non-inscrits en fonction de leur profil de santé?
- Quelles sont les variations régionales en ce qui concerne l'intensité d'utilisation des services médicaux de première ligne et leur adéquation avec le profil de santé des personnes?

2 MÉTHODOLOGIE ABRÉGÉE

La méthodologie détaillée du projet est présentée à l'[annexe A](#).

Pour ce projet, la cohorte est constituée des personnes assurées à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) entre le 1^{er} avril 2022 et le 31 mars 2023 (8,7 millions de personnes).

Les personnes ont été regroupées selon leur statut d'inscription auprès d'un médecin de famille (inscription individuelle) ainsi que selon leur profil de santé établi à partir de la méthodologie de regroupement de la population *Grouper* élaborée par l'Institut canadien d'information sur la santé [ICIS, 2021].

En juin 2022, une nouvelle offre de services a été mise en place pour les personnes non inscrites via les guichets d'accès à la première ligne (GAP). Au cours des mois suivants, plusieurs personnes sans médecin de famille ont obtenu un statut d'inscription collective auprès d'un groupe de médecins de famille. Toutefois, nos analyses ne peuvent tenir compte que du statut de l'inscription auprès d'un médecin de famille par inscription individuelle. Ainsi, dans ce rapport, les personnes inscrites avec un groupe de médecins de famille (inscriptions collectives) sont considérées comme des personnes non inscrites.

Les profils de santé *Grouper* sont établis à partir des diagnostics et hospitalisations des personnes répertoriés au cours des trois années précédentes dans les banques de données des urgences, des hospitalisations et de la facturation des médecins. Dans le contexte de travaux antérieurs [INESSS, 2022], ces catégories de profils de santé ont été rassemblées en un nombre restreint de segments regroupant la clientèle des GMF qui présente des besoins de santé comparables. Le détail de ces catégories et segments et des exemples d'affections associées sont présentés dans le [tableau 1](#).

À noter que la catégorie « en santé » représente des profils assez hétérogènes allant des non-utilisateurs aux profils « obstétrique » et « nouveau-né » pour lesquels on observe une utilisation relativement importante des services. Il est également possible que, dans la catégorie « en santé », certains non-utilisateurs soient des personnes vulnérables qui ont des problèmes de santé, mais sans accès aux services. Toutefois, la grande majorité des personnes qui ont un profil « non-utilisateurs » sont de jeunes adultes.

Tableau 1 Appariement de la segmentation de la population [INESSS, 2022] avec les catégories de santé Grouper [ICIS, 2021] et exemples de conditions associées

Segment	Définition	Catégorie de santé	Exemples de conditions
En santé	En bonne santé, ne présentent que des besoins liés aux cycles de vie (périnatalité, petite enfance, adolescence, grossesse, etc.) et des problèmes épisodiques	16-Non-utilisateurs	s.o.
		15-Utilisateurs sans affection	s.o.
		14-Nouveau-né en santé	Nouveau-né en santé
		12-Affection mineure aiguë	Dermatite, infection des voies respiratoires supérieures, lombalgie, dyspepsie, insomnie
		11-Obstétrique	Tous les codes de diagnostic liés à l'obstétrique
Affections mineures chroniques	Présentent des conditions chroniques mineures sans impact fonctionnel et sans risque élevé de détérioration à court terme, mais nécessitant un suivi périodique	13-Affection mineure chronique	Hypertension, asthme, désordre des tissus mous, trouble menstruel (inclut ménopause), obésité, dyslipidémie, gastrite
Affections modérées	Nécessitent un suivi régulier pour des problèmes chroniques sans atteinte fonctionnelle importante, mais présentant des risques de complication à long terme	10-Autre trouble de santé mentale	Dépression, trouble anxieux, trouble de la personnalité, trouble comportemental ou émotif chez l'adolescent, abus de substance, trouble du développement comprenant le spectre de l'autisme
		09-Autres cancers	Cancer du sein et de la prostate, cancer de la peau/thyroïde
		08-Affection modérée chronique	Maladie cardiovasculaire et arythmie sans insuffisance cardiaque, ostéoarthrite et polyarthrite rhumatoïde, cataracte, MPOC sans pneumonie
		07-Affection modérée aiguë	Ischémie cérébrale transitoire, convulsions, insuffisance rénale aiguë, diabète sans hypoglycémie ou atteinte organe cible, appendicite, tunnel carpien
Affections majeures	Présentent des conditions complexes, comprenant des atteintes fonctionnelles physiques ou intellectuelles importantes, une situation d'inégalité et de précarité ou des maladies chroniques ou aiguës sévères avec risques fréquents de détérioration	06-Cancer majeur	Cancer du poumon, du colon, de l'ovaire, leucémie, lymphome
		05-Trouble de santé mentale majeur	Démence, trouble délirant, condition unie ou bipolaire, trouble de l'alimentation
		04-Affection majeure d'un nouveau-né	Nouveau-né avec autre complication, petit poids extrême
		03-Affection majeure chronique	Diabète/ hypoglycémie/ atteinte organe cible, insuffisance cardiaque, syndrome paralytique
		02-Affection majeure aiguë	Condition majeure musculosquelettique (fracture du fémur), infarctus aigu du myocarde, péritonite, MPOC avec pneumonie, angine instable, AVC
		01-État palliatif	État palliatif aigu

Pour chaque personne, le nombre de visites en première ligne au cours de l'année a été calculé. Ces visites en première ligne sont définies comme les consultations en clinique chez un médecin de famille ou une infirmière praticienne spécialisée en première ligne ainsi que les consultations aux urgences avec une priorité de triage peu ou non urgente (P4-P5), sans hospitalisation, transfert ou constat de décès. Ces visites peu prioritaires aux urgences ont été incluses, car elles comprennent des visites susceptibles d'être faites en clinique de médecine familiale.

Afin d'estimer le nombre de visites en fonction des profils de santé pour l'ensemble de la population (personnes inscrites ou non auprès d'un médecin de famille), un modèle basé sur l'utilisation actuelle des services par les personnes inscrites auprès d'un médecin de famille a été construit. Ce modèle prédit le nombre attendu de visites en première ligne, pour chaque personne, selon les paramètres suivants : âge, sexe, nombre d'affections et profil de santé *Grouper* et enfin nombre d'hospitalisations au cours des trois dernières années.

Les profils de santé générés par la méthodologie *Grouper* sont applicables à l'ensemble de la population : c'est pourquoi ils ont été préférés aux codes de vulnérabilité – disponibles seulement pour les personnes inscrites auprès d'un médecin de famille. Cependant, l'état de santé des personnes pourrait être sous-évalué par cette méthodologie, faute d'accès aux services, ou de complétude des données sur les diagnostics issues des banques clinico-administratives. Ce biais touche en particulier les profils des personnes non inscrites du fait de leur accès plus restreint aux cliniques de médecine familiale.

À partir de ce modèle, deux scénarios de répartition des visites, basés sur les profils de santé, ont été établis :

- Le scénario 1 : ajout de visites. Le modèle est directement appliqué à l'ensemble de la population, attribuant aux personnes non inscrites un nombre de visites équivalent à celui prédit pour les personnes inscrites auprès d'un médecin de famille et qui présentent le même profil. Ce scénario nécessite un nombre de visites supplémentaires étant donné que le nombre de visites réellement faites par les non-inscrits est inférieur à celui prédit par le modèle.
- Le scénario 2 : redistribution des visites des inscrits vers les non-inscrits. Le nombre de visites prédit par le modèle est réduit proportionnellement, de manière à conserver constant le nombre total de visites faites annuellement. Le nombre de visites ainsi évalué est plus bas que celui réellement fait par les personnes inscrites. L'écart correspond au nombre de visites à transférer aux personnes non inscrites pour que celles-ci reçoivent un nombre de visites équivalent à celui des personnes inscrites qui présentent le même profil.

3 RÉSULTATS

3.1 Portrait général de l'utilisation des services médicaux de première ligne au Québec en 2022-2023

FAITS SAILLANTS

Une moyenne annuelle de 2,0 visites en première ligne par personne

En 2022-2023, 8,7 millions de personnes ont fait 16 millions de visites chez un médecin de famille ou une IPS en clinique, auxquelles s'ajoutent 1,5 million de consultations à l'urgence pour des cas peu ou non prioritaires (P4-P5 sans hospitalisation). Cela correspond à 2,0 visites en première ligne par personne, en moyenne.

40 % des visites sont faites par des personnes en santé

Les personnes en santé, qui peuvent présenter des affections mineures aiguës (épisodiques), représentent 57 % de la population. Elles totalisent 40 % des consultations en première ligne.

Les personnes qui ont un profil associé à la périnatalité (nouveau-nés et obstétrique) visitent, en moyenne, le plus souvent les services de première ligne.

2,1 millions de personnes ne sont pas inscrites auprès d'un médecin de famille

Les personnes sans inscription auprès d'un MDF (environ 1 personne sur 4) ont un profil très différent des personnes inscrites. On y trouve proportionnellement plus d'hommes et de jeunes. Par ailleurs, 72 % sont dans le segment « en santé » comparativement à 52 % des personnes inscrites auprès d'un MDF. De plus, 28 % des personnes non inscrites n'ont pas eu recours au système de santé au cours des 3 dernières années (contre 5 % chez les personnes inscrites). Toutefois, la forte proportion de personnes trouvées dans le segment en santé – et en particulier les non-utilisateurs – pourrait être surévaluée du fait d'un accès plus restreint aux services, notamment aux cliniques de médecine familiale.

Cependant, parmi les non-inscrits, 0,5 million de personnes ont des problèmes de santé majeurs ou modérés, selon leur profil de santé établi avec la méthodologie *Grouper*.

L'inscription auprès d'un médecin de famille influe très significativement l'utilisation / l'accès aux soins et services

Les personnes inscrites auprès d'un MDF consultent en moyenne entre 2 et 6 fois plus en clinique que les non-inscrites, selon leur profil de santé.

Inversement, les personnes sans inscription auprès d'un médecin de famille consultent plus souvent à l'urgence, en particulier pour des problèmes non urgents.

Les personnes qui ont des problèmes de santé majeurs reçoivent davantage de services des CLSC lorsqu'elles sont inscrites auprès d'un médecin de famille.

3.1.1 Utilisation des services de première ligne selon le profil de santé

L'utilisation des services de première ligne a été comptabilisée pour les 8,7 millions de personnes assurées par la RAMQ entre le 1^{er} avril 2022 et le 31 mars 2023. Environ 16 millions de consultations en clinique auprès d'un médecin de famille ou une IPS-PL et 1,5 million de consultations aux urgences avec une priorité P4-P5 – ne se terminant ni par une hospitalisation, ni par un transfert, ni par un constat de décès – ont été dénombrées. Au total, ces 17,6 millions de visites en première ligne représentent une moyenne de 2,0 visites par personne.

Le [tableau 2](#) présente l'utilisation des services pour l'ensemble du Québec selon les 16 profils de santé obtenus grâce à la méthodologie de regroupement de la population *Grouper*, développée par l'Institut canadien d'information sur la santé et adaptée aux données clinico-administratives du Québec. Les 16 profils de santé ont été regroupés en 4 segments, établis lors de travaux antérieurs de l'INESSS, selon les besoins de soins et services de la clientèle inscrite en GMF [INESSS, 2022] ([Tableau 1](#)).

Le segment « en santé » regroupe 57 % de la population du Québec et totalise 7 millions de visites en première ligne, soit 40 % du total. Ce segment comprend des profils d'utilisation des services très variables : de zéro visite pour les non-utilisateurs jusqu'à quatre visites en moyenne pour les profils associés à la périnatalité (nouveau-né en santé et obstétrique). Ces utilisateurs sont ceux qui ont le nombre moyen de visites le plus élevé.

Pour les autres segments, on observe une utilisation croissante des services de première ligne avec l'augmentation de la complexité clinique du profil santé.

Parmi les 16 catégories de profil de santé *Grouper*, les utilisateurs qui présentent des affections mineures aiguës (27 % de la population) totalisent le plus grand nombre de visites en première ligne : 4,5 millions de visites, soit environ le quart de toutes les visites. Les personnes qui souffrent d'affections chroniques modérées (12 % de la population) sont associées au deuxième plus grand volume de visites : près de 3 millions, soit près de 17 % du total.

Tableau 2 Répartition des personnes et des visites et nombre moyen annuel de visites, selon les profils de santé *Grouper*, en 2022-2023

Segment de santé	Catégorie du profil de santé	Personnes		Visites en 1 ^{re} ligne		
		Nombre	%	Volume	%	Moyenne
En santé (57%)	16-Non-utilisateurs	911 000	10,5 %	24 000*	0,1 %	0,0
	15-Utilisateurs sans affection	1 395 000	16,1 %	1 455 000	8,3 %	1,0
	12-Affection mineure aiguë	2 328 000	26,9 %	4 475 000	25,4 %	1,9
	14-Nouveau-né en santé	128 000	1,5 %	379 000	2,2 %	3,0
	11-Obstétrique	183 000	2,1 %	727 000	4,1 %	4,0
	Total	4 945 000	57,0 %	7 059 000	40,1 %	1,4
Affections chroniques mineures (8 %)	13-Affection mineure chronique	650 000	7,5 %	1 396 000	7,9 %	2,1
	Total	650 000	7,5 %	1 396 000	7,9 %	2,1
Affections modérées (22 %)	07-Affection modérée aiguë	309 000	3,6 %	905 000	5,1 %	2,9
	08-Affection modérée chronique	1 031 000	11,9 %	2 962 000	16,8 %	2,9
	09-Autres cancers	111 000	1,3 %	275 000	1,6 %	2,5
	10-Autre trouble de santé mentale	488 000	5,6 %	1 366 000	7,8 %	2,8
	Total	1 939 000	22,4 %	5 508 000	31,3 %	2,8
Affections majeures (13 %)	01-État palliatif	30 000	0,3 %	87 000	0,5 %	2,9
	02-Affection majeure aiguë	297 000	3,4 %	980 000	5,6 %	3,3
	03-Affection majeure chronique	389 000	4,5 %	1 281 000	7,3 %	3,3
	04-Affection majeure d'un nouveau-né	67 000	0,8 %	217 000	1,2 %	3,2
	05-Trouble de santé mentale majeur	155 000	1,8 %	454 000	2,6 %	2,9
	06-Cancer majeur	195 000	2,2 %	604 000	3,4 %	3,1
	Total	1 132 000	13,1 %	3 624 000	20,6 %	3,2
Tous les profils	Total général	8 669 000	100 %	17 587 000	100,0 %	2,0

* Moins de 1 % des non-utilisateurs ont fait des visites non comptabilisées par le logiciel *Grouper*, ou qui ont été ajoutées aux bases de données lors de mises à jour subséquentes.

Les nombres de personnes et de visites sont arrondis au millier.

3.1.2 Caractéristiques et profil de santé des personnes selon le statut d'inscription auprès d'un médecin de famille

Parmi les 8,7 millions de personnes recensées en 2022-2023, 2,1 millions ne sont pas inscrites auprès d'un médecin de famille. C'est donc près du quart (24 %) des personnes qui ne sont pas inscrites auprès d'un médecin de famille au Québec.

Afin d'établir le portrait des personnes inscrites ou non auprès d'un médecin de famille, une analyse selon l'âge, le sexe et le profil de santé a été réalisée. Cette analyse montre que :

- Proportionnellement, plus d'hommes et de jeunes ne sont pas inscrits auprès d'un médecin de famille ([Figure 1](#)).
- Les personnes qui n'ont pas de médecin de famille ont moins de problèmes de santé : 72 % sont dans le segment en santé comparativement à 52 % de la clientèle inscrite ([Figure 2](#)).
- Néanmoins, 460 000 personnes sans inscription chez un médecin de famille, soit 22 % d'entre elles, présentent des affections majeures ou modérées ([Figure 2](#)).
- Les non-utilisateurs sont surreprésentés parmi les non-inscrits¹. Ils sont 6 fois plus nombreux, en proportion, que chez la clientèle inscrite, et représentent 28 % des personnes sans inscription auprès d'un médecin de famille ([Figure 3](#)).

La proportion de personnes présentes dans le segment « en santé » chez les non-inscrits pourrait être surévaluée du fait d'un accès plus restreint aux cliniques de médecine familiale, notamment la forte proportion de non-utilisateurs dans ce segment.

¹ Non-utilisateur : aucune utilisation du système de santé enregistrée au cours des 3 années qui ont servi à établir leur profil de santé avec la méthodologie de regroupement *Grouper* de l'ICIS.

Figure 1 Proportion des personnes inscrites auprès d'un médecin de famille selon l'âge et le sexe, 2022-2023

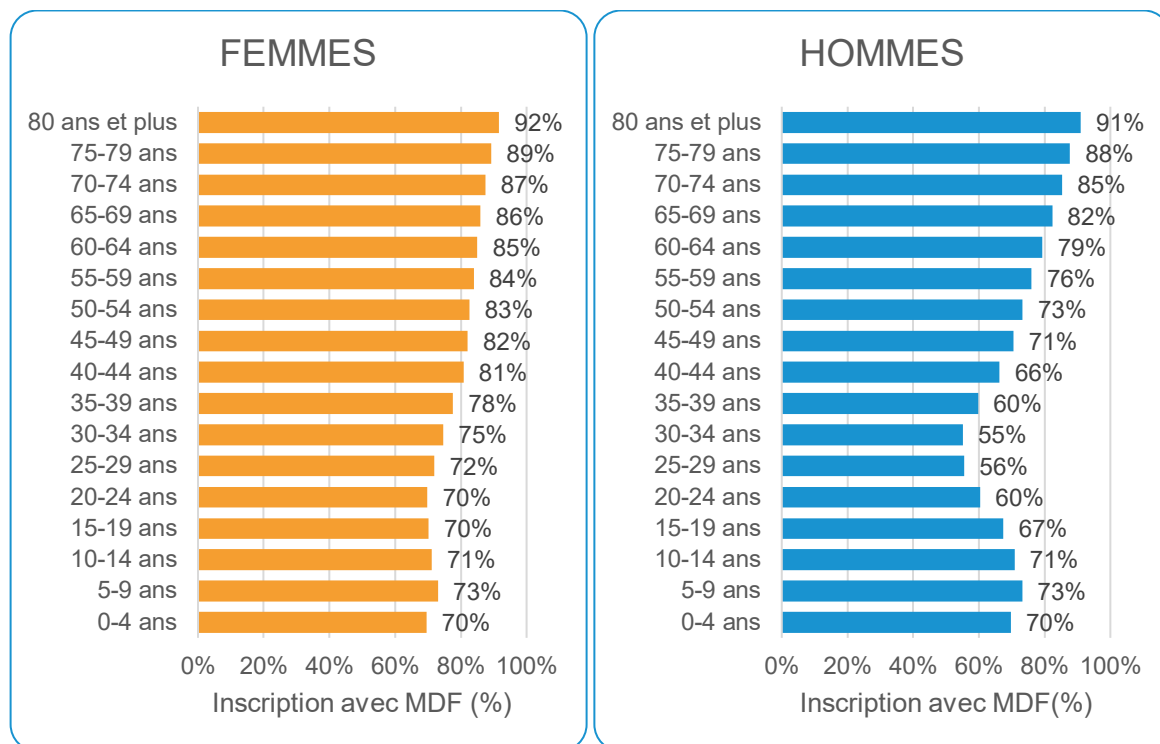


Figure 2 Répartition des personnes selon leur segment de santé et leur statut d'inscription auprès d'un médecin de famille, 2022-2023

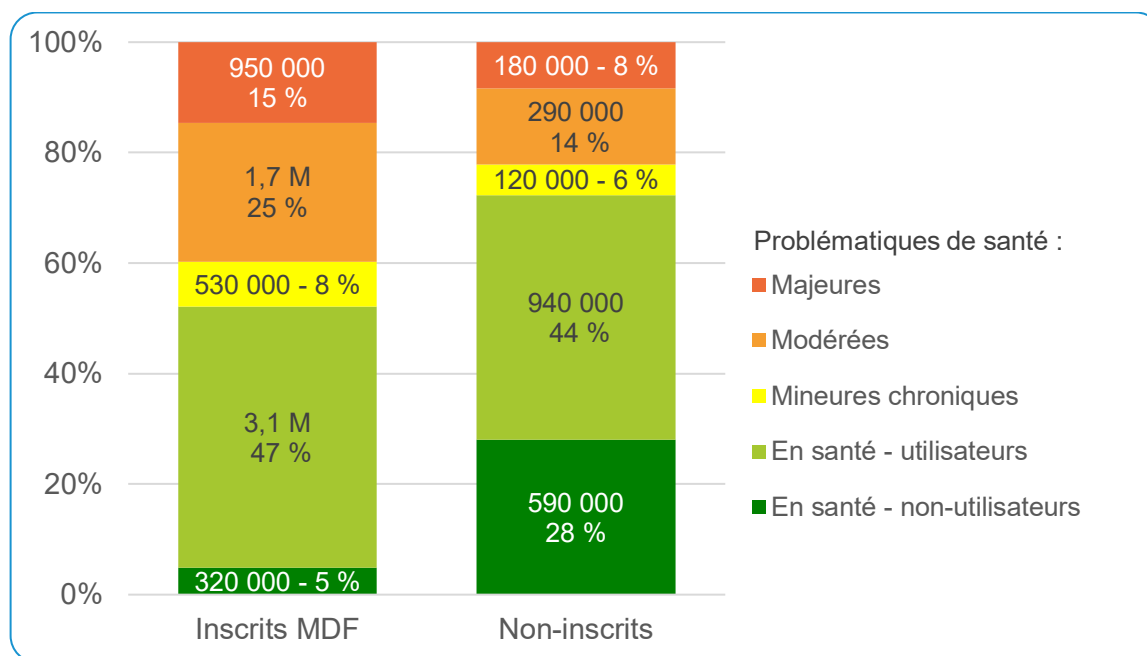
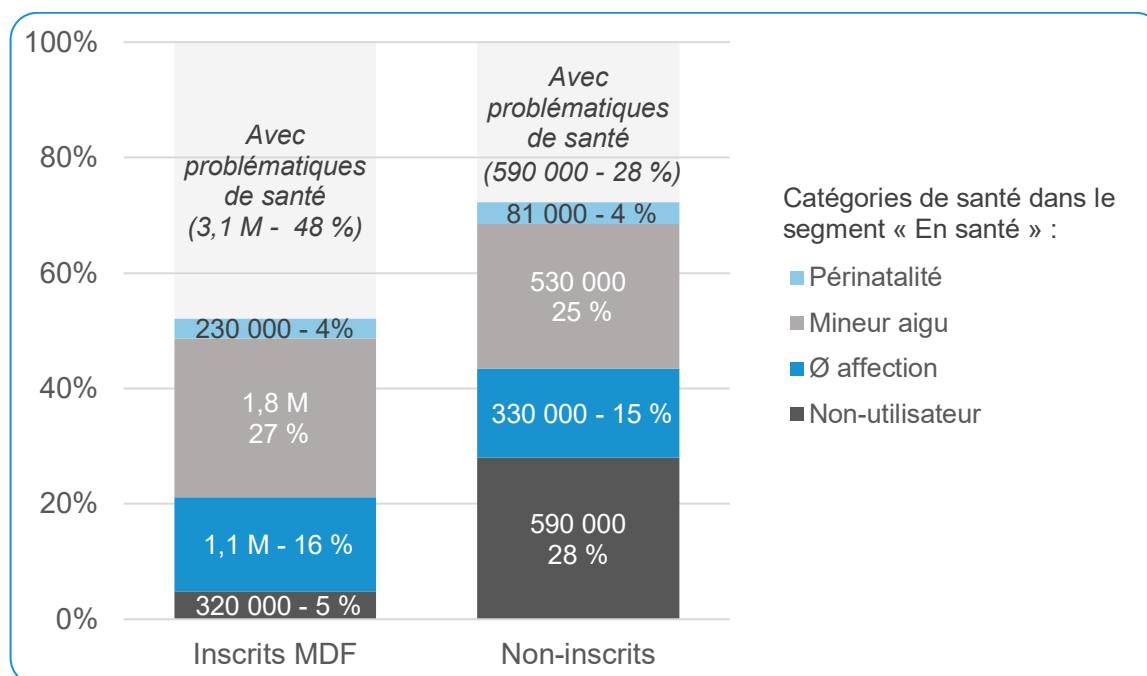


Figure 3 Répartition des personnes dans le segment « En santé » selon leur statut d'inscription auprès d'un médecin de famille, 2022-2023



Note : La catégorie « périnatalité » regroupe les catégories de santé « nouveau-né en santé » et « obstétrique ».

3.1.3 Comparaison de l'utilisation des services de première ligne par les personnes inscrites auprès d'un médecin de famille et celles non inscrites

La [figure 4](#) et le [tableau 3](#) présentent le nombre annuel moyen de visites en clinique, à l'urgence ainsi que le nombre d'interventions du CLSC pour les utilisateurs² inscrits auprès d'un médecin de famille et les utilisateurs non inscrits.

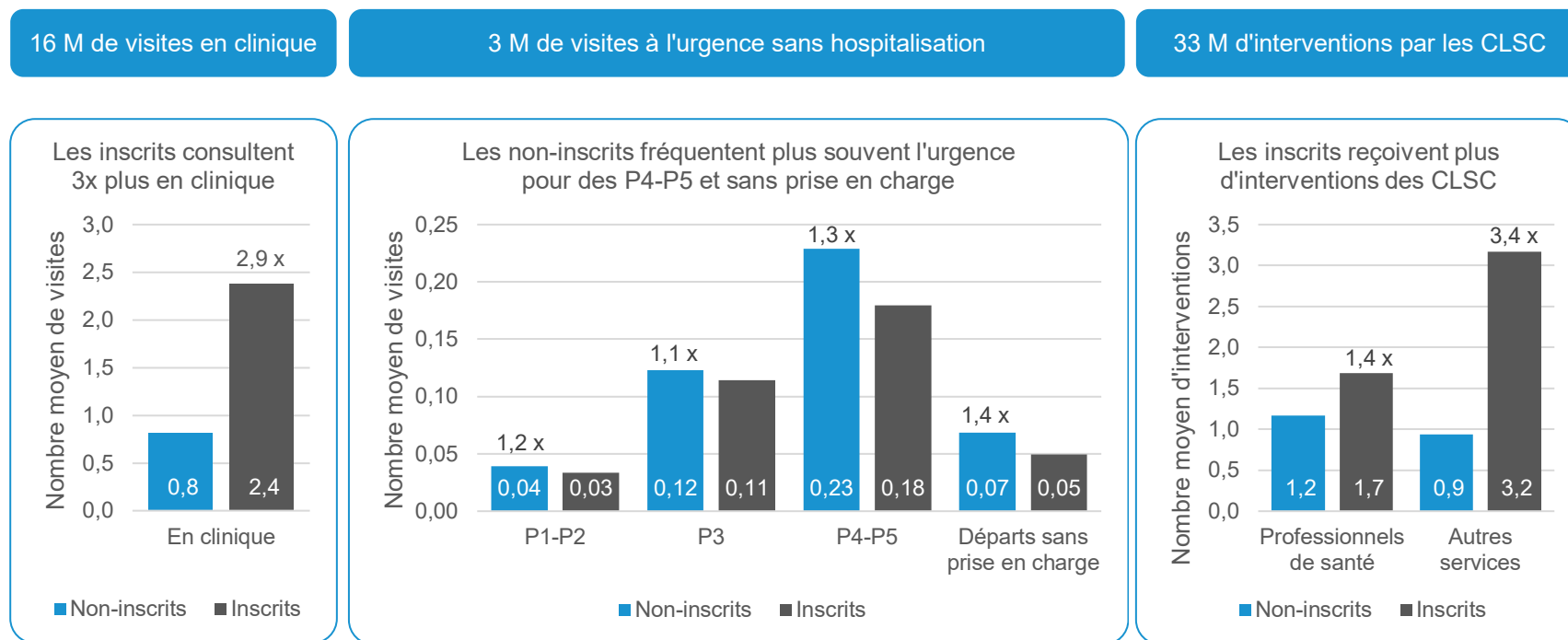
- Les personnes inscrites auprès d'un médecin de famille font en moyenne 2,9 fois plus de visites en clinique (médecin de famille ou IPS-PL) que les utilisateurs non inscrits (2,4 versus 0,8 visite).
- À l'inverse, les utilisateurs non inscrits consultent davantage à l'urgence pour des cas peu ou non urgents (+ 30 % pour les priorités P4-P5), et ils sont plus susceptibles de quitter les urgences sans avoir consulté (+ 40 % des départs sans prise en charge).
- Concernant les interventions par les CLSC, les personnes inscrites auprès d'un médecin de famille reçoivent, en moyenne, plus d'interventions par des intervenants professionnels de la santé (+ 40 %) ou par d'autres types d'intervenants (+ 240 %)³.

Comme des différences marquées ont été observées dans les profils démographiques et de santé entre les personnes inscrites auprès d'un médecin de famille et les personnes non inscrites, il est important de tenir compte de ces différences dans l'analyse de la consommation des services de première ligne. La section suivante présente donc une analyse de l'utilisation des services selon les regroupements de profils de santé, pour les deux catégories de personnes (inscrites ou non).

² Dans cette section, les non-utilisateurs (c.-à-d. les personnes sans aucune utilisation du système de santé enregistrée dans les données au cours des 3 années qui ont servi à établir leur profil de santé avec la méthodologie de regroupement *Grouper* de l'ICIS) ont été exclus, tant les personnes inscrites que non inscrites.

³ La catégorisation complète des intervenants en CLSC est présentée à l'[annexe A](#). Les services professionnels incluent, notamment, les services infirmiers. Les autres intervenants comprennent, entre autres, les auxiliaires aux services de santé et sociaux, et les préposés aux bénéficiaires.

Figure 4 Nombre moyen de visites ou interventions en clinique, à l'urgence et par les CLSC selon le statut d'inscription auprès d'un médecin de famille, 2022-2023



Dans cette figure, les non-utilisateurs⁴ ont été exclus, tant chez les personnes inscrites que non inscrites.

⁴ Non-utilisateur : aucune utilisation du système de santé enregistrée au cours des 3 années qui ont servi à établir leur profil de santé avec la méthodologie de regroupement *Grouper* de l'ICIS.

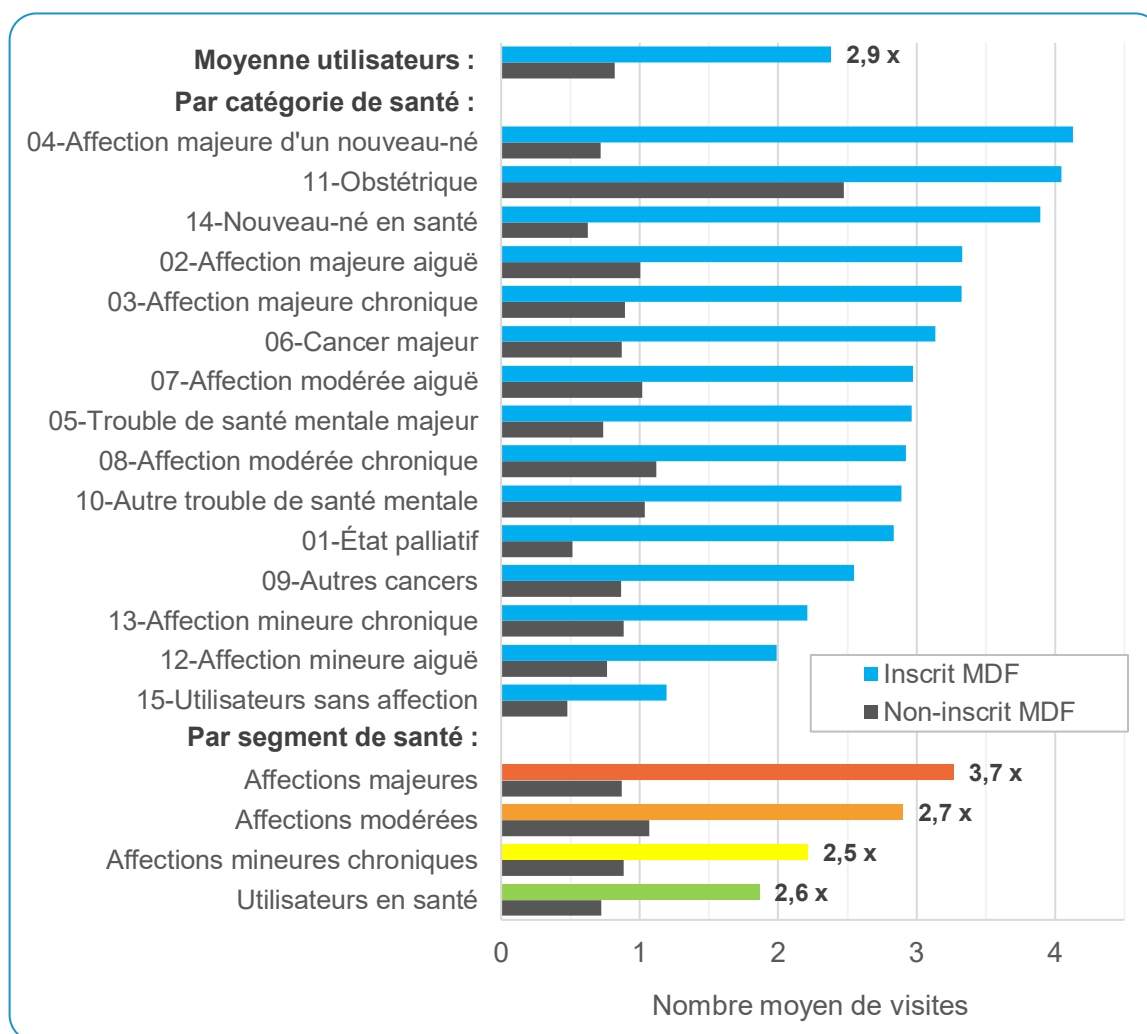
3.1.4 Consultations en clinique selon le profil de santé

Le nombre moyen de consultations en clinique auprès d'un médecin de famille ou une IPS-PL est présenté selon le profil de santé et le statut d'inscription auprès d'un médecin de famille dans la [figure 5](#).

Quel que soit le profil de santé, les personnes non inscrites consultent moins souvent en clinique que celles inscrites auprès d'un médecin de famille (près de 3 fois moins en moyenne). Plus le profil de santé est complexe, plus l'écart dans la fréquentation des cliniques est grand.

Cependant, le suivi des personnes non inscrites qui ont des problèmes de santé majeurs pourrait être pris en charge par d'autres services ou professionnels tels que les intervenants du CLSC, les services d'urgence ou encore des médecins spécialistes.

Figure 5 Nombre moyen de visites en clinique selon le profil de santé et le statut d'inscription auprès d'un médecin de famille, 2022-2023



Dans cette figure, les non-utilisateurs⁵ ont été exclus, tant chez les personnes inscrites que non inscrites.

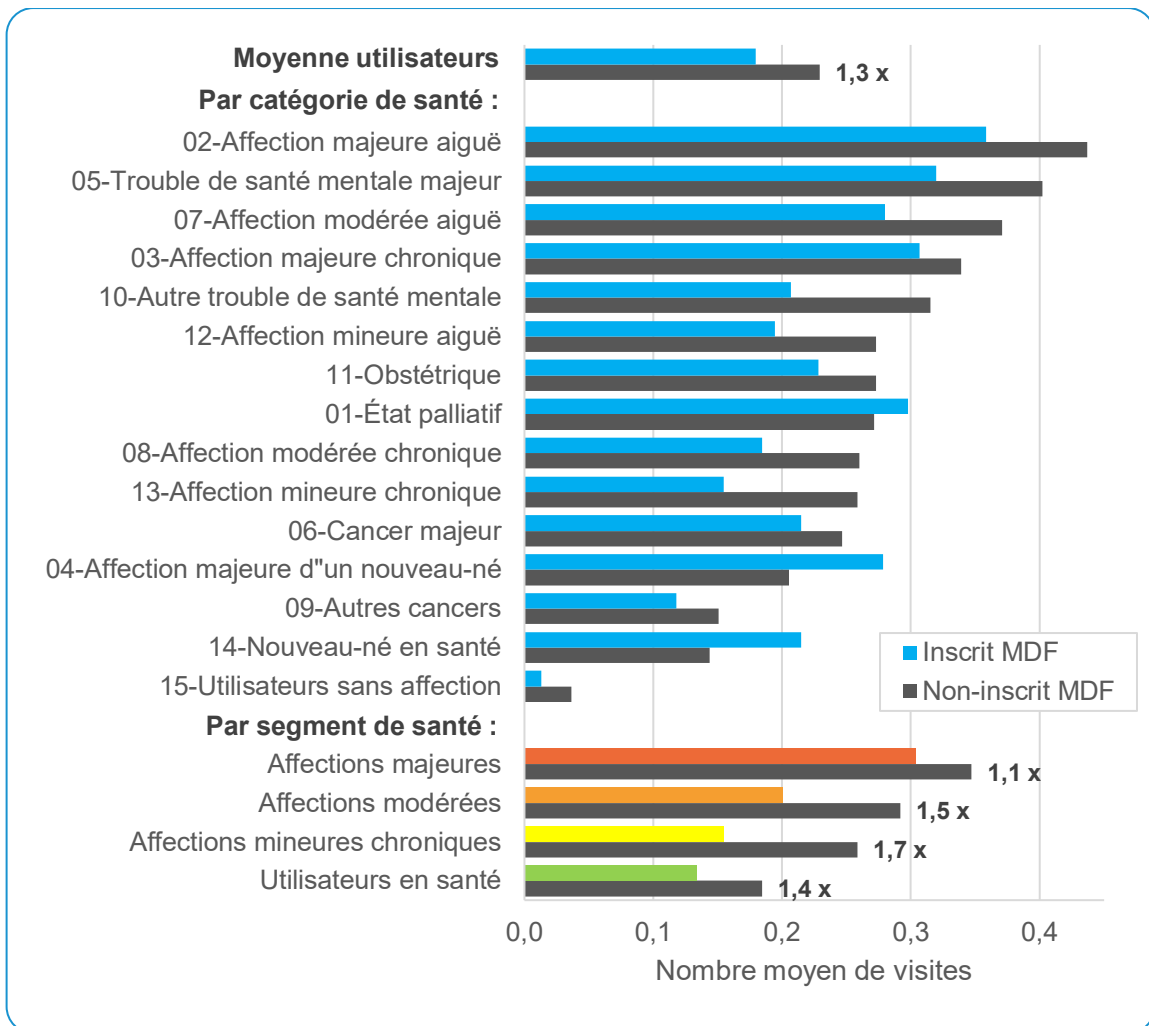
⁵ Non-utilisateurs : aucune utilisation du système de santé enregistrée au cours des 3 années qui ont servi à établir leur profil de santé avec la méthodologie de regroupement *Grouper* de l'ICIS.

3.1.5 Consultations à l'urgence selon le profil de santé

Le nombre moyen de consultations à l'urgence pour une priorité P4 ou P5 – sans hospitalisation, transfert ou constat de décès – est présenté dans la [figure 6](#). Les personnes non inscrites consultent à l'urgence P4-P5 plus souvent pour la majorité des profils de santé (1,3 fois plus en moyenne).

Néanmoins, les écarts avec les personnes inscrites sont relativement faibles, notamment pour celles qui ont des problèmes de santé plus complexes.

Figure 6 Nombre moyen de visites à l'urgence pour des priorités P4 ou P5 selon le profil de santé et l'inscription auprès d'un médecin de famille, 2022-2023



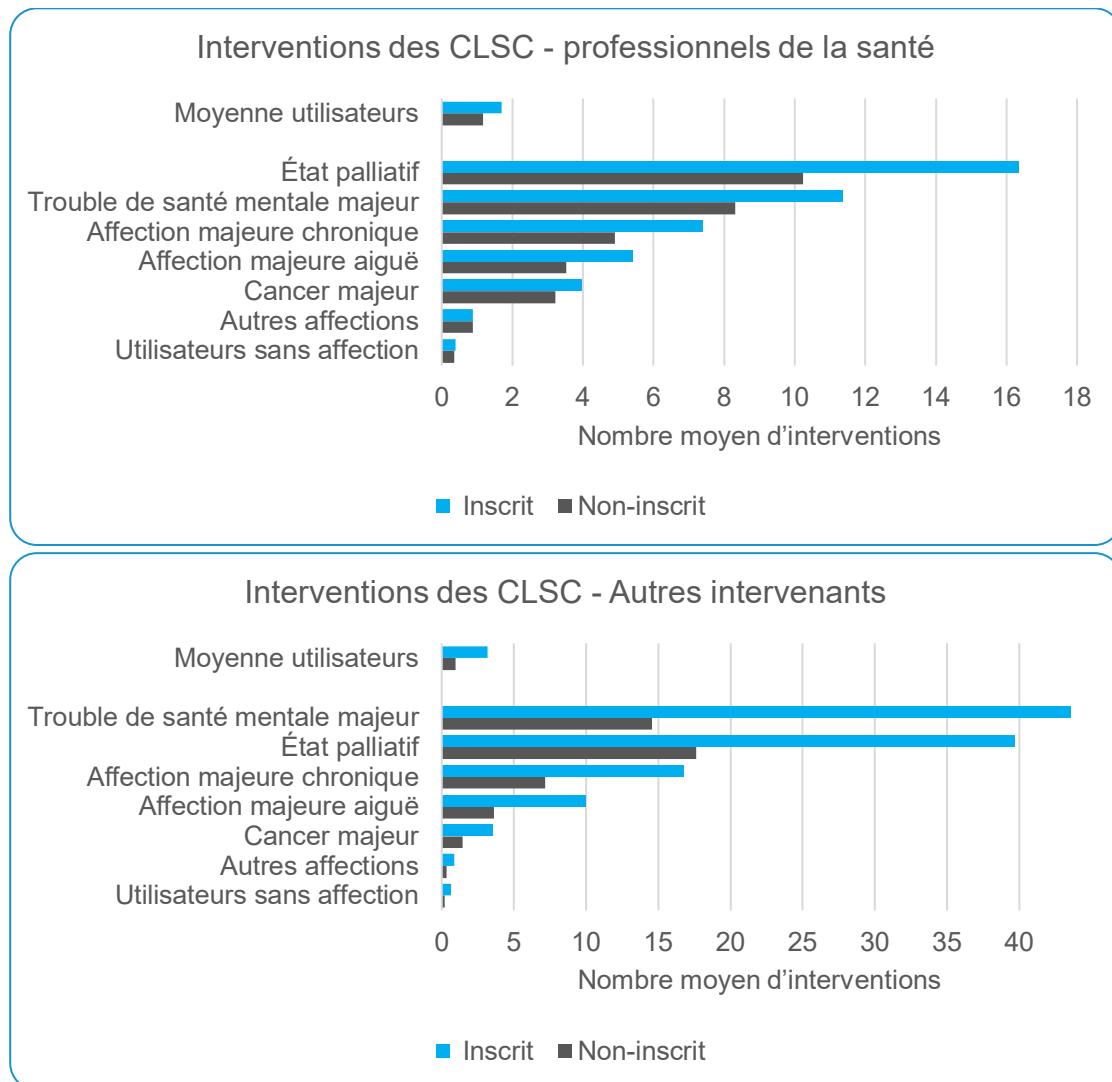
Dans cette figure, les non-utilisateurs⁶ ont été exclus, tant chez les personnes inscrites que non inscrites.

⁶ Non-utilisateur : aucune utilisation du système de santé enregistrée au cours des 3 années qui ont servi à établir leur profil de santé avec la méthodologie de regroupement *Grouper* de l'ICIS.

3.1.6 Utilisation des services de CLSC selon le profil de santé

Le nombre moyen d'interventions dispensées par les CLSC est présenté dans la [figure 7](#) selon le profil de santé et le statut d'inscription auprès d'un médecin de famille. Les interventions des CLSC sont essentiellement destinées aux patients qui ont des problèmes de santé majeurs. Pour toutes les problématiques, les personnes inscrites auprès d'un médecin de famille reçoivent plus d'interventions, notamment les services de soutien dispensés par les autres intervenants⁷.

Figure 7 Nombre moyen d'interventions par les CLSC selon le profil de santé et l'inscription auprès d'un médecin de famille, 2022-2023



Dans cette figure, les non-utilisateurs⁸ ont été exclus, tant chez les personnes inscrites que non inscrites.

⁷ La catégorisation complète des intervenants en CLSC est présentée à l'[annexe A](#). Les services professionnels incluent notamment les services infirmiers. Les autres intervenants comprennent, entre autres, les auxiliaires aux services de santé et sociaux, et les préposés aux bénéficiaires.

⁸ Non-utilisateur : aucune utilisation du système de santé enregistrée au cours des 3 années qui ont servi à établir leur profil de santé avec la méthodologie de regroupement *Grouper* de l'ICIS.

Tableau 3 Nombre moyen de visites en première ligne et d'interventions du CLSC, selon l'inscription auprès d'un médecin de famille et le profil de santé du patient, 2022-2023

Profil de santé / Inscription MDF	Nombre de personnes		Nombre moyen de visites par personne 2022-2023							
			En clinique		Urg. P4-P5*		CLSC - prof.		CLSC - autres int.	
	Inscrit	Non-Inscrit	Inscrit	Non-Inscrit	Inscrit	Non-Inscrit	Inscrit	Non-Inscrit	Inscrit	Non-Inscrit
Utilisateurs	6 234 000	1 525 000	2,4	0,8	0,18	0,23	1,7	1,2	3,2	0,9
Affections majeures	955 000	178 000	3,3	0,9	0,30	0,35	6,8	4,6	16,1	5,8
01-État palliatif	27 000	3 000	2,8	0,5	0,30	0,27	16,3	10,2	39,7	17,6
02-Affection majeure aiguë	246 000	51 000	3,3	1,0	0,36	0,44	5,4	3,5	10,0	3,6
03-Affection majeure chronique	334 000	55 000	3,3	0,9	0,31	0,34	7,4	4,9	16,7	7,2
04-Affection majeure d'un nouveau-né	45 000	22 000	4,1	0,7	0,28	0,21	1,7	2,4	0,1	0,0
05-Trouble de santé mentale majeur	130 000	25 000	3,0	0,7	0,32	0,40	11,4	8,3	43,5	14,6
06-Cancer majeur	173 000	21 000	3,1	0,9	0,21	0,25	4,0	3,2	3,5	1,4
Affections modérées	1 649 000	290 000	2,9	1,1	0,20	0,29	1,2	1,4	1,3	0,7
07-Affection modérée aiguë	255 000	54 000	3,0	1,0	0,28	0,37	1,0	1,0	1,2	0,4
08-Affection modérée chronique	890 000	141 000	2,9	1,1	0,18	0,26	1,1	1,1	1,7	0,9
09-Autres cancers	99 000	12 000	2,5	0,9	0,12	0,15	1,1	1,0	1,2	0,9
10-Autre trouble de santé mentale	404 000	83 000	2,9	1,0	0,21	0,32	1,6	2,2	0,6	0,5
Affections mineures chroniques	534 000	116 000	2,2	0,9	0,15	0,26	0,5	0,5	0,6	0,2
13-Affection mineure chronique	534 000	116 000	2,2	0,9	0,15	0,26	0,5	0,5	0,6	0,2
En santé	3 097 000	937 000	1,9	0,7	0,13	0,18	0,6	0,6	0,6	0,2
11-Obstétrique	146 000	37 000	4,0	2,5	0,23	0,27	1,8	2,1	0,2	0,2
12-Affection mineure aiguë	1 799 000	529 000	2,0	0,8	0,19	0,27	0,5	0,5	0,6	0,2
14-Nouveau-né en santé	84 000	44 000	3,9	0,6	0,22	0,14	1,3	1,5	0,0	0,0
15-Utilisateurs sans affection	1 067 000	328 000	1,2	0,5	0,01	0,04	0,4	0,4	0,7	0,2
16-Non-utilisateurs	319 000	592 000	0,1	0,0	0,00	0,00	0,1	0,1	0,2	0,0

* Seules les visites à l'urgence sans hospitalisation, ni transfert, ni constat de décès ont été comptabilisées.
Les nombres de personnes sont arrondis au millier.

3.2 Modélisation de l'utilisation des services médicaux de première ligne

FAITS SAILLANTS

Un modèle basé sur l'utilisation des services médicaux de première ligne par les personnes inscrites a été développé. Ce modèle prédit le nombre de visites attendues en tenant compte des caractéristiques démographiques (âge, sexe) et du profil de santé des personnes.

À partir de ce modèle, deux scénarios de répartition des visites sont présentés afin d'offrir des services médicaux aux personnes non inscrites à un niveau équivalent à celui des personnes inscrites auprès d'un médecin de famille. Le premier scénario prévoit un ajout de visites et le second une redistribution des visites existantes.

- Le scénario 1 nécessiterait un ajout de 2 millions de visites, et il doublerait le nombre moyen de visites en première ligne pour les personnes non inscrites.
- Le scénario 2 nécessiterait une redistribution de 1,5 million de visites des personnes inscrites vers les non-inscrites, pour conserver le même nombre total de visites.
- Les visites destinées aux personnes non inscrites en bonne santé ou, à l'opposé, qui ont des problèmes de santé majeurs, seraient celles qui augmenteraient le plus dans ces deux scénarios.

En raison de leur accès plus restreint aux services en première ligne, les profils de santé des personnes non inscrites – en particulier celles du segment « en santé » – pourraient être sous-évalués. Le nombre de visites nécessaire pour un accès équivalent aux services de première ligne est donc probablement sous-estimé dans ces projections.

3.2.1 Modélisation de l'utilisation des services par les personnes inscrites auprès d'un médecin de famille

Les analyses précédentes ont montré que l'inscription auprès d'un médecin de famille est déterminante dans l'accès aux services de première ligne. Un modèle basé sur l'utilisation actuelle des services par les personnes inscrites a été construit afin de l'appliquer par la suite à l'ensemble de la population.

Ce modèle prédit le nombre de visites attendu en première ligne pour chaque personne, à savoir les consultations en clinique (chez un MDF ou une IPS-PL) et à l'urgence P4-P5 (sans hospitalisation, ni transfert, ni constat de décès). Les consultations à l'urgence ont été incluses dans le modèle, car un recours accru aux services d'urgence compense une utilisation moindre des cliniques dans certaines régions – voir la [figure 10](#) qui présente les caractéristiques régionales.

Le modèle prédit le nombre de visites faites en 2022-2023 par les personnes inscrites. Pour ces prédictions, l'information employée devait être connue pour l'ensemble de la population – y compris les personnes non inscrites – telle que l'âge, le sexe et les profils de santé établis par *Grouper*.

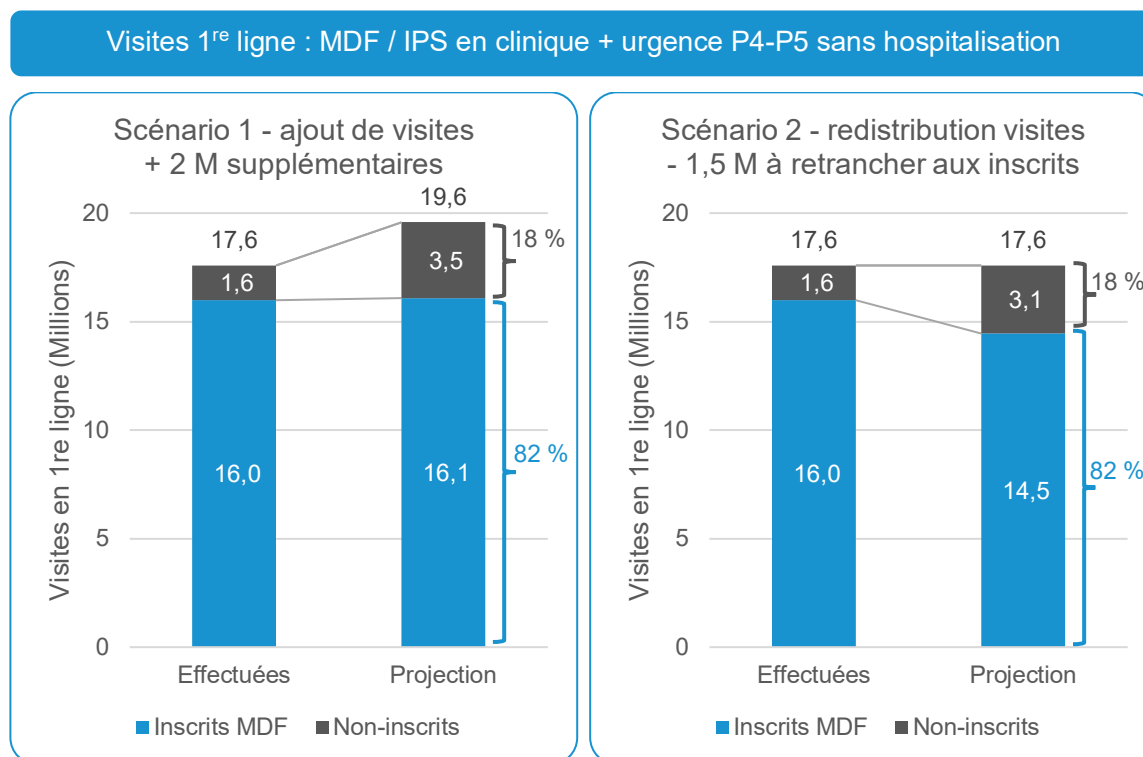
3.2.2 Répartition des visites entre inscrits et non-inscrits, en fonction des profils de santé : deux scénarios pour mieux évaluer et réduire les écarts

À partir de la modélisation obtenue sur la cohorte des personnes inscrites, nous avons estimé le nombre de visites nécessaires pour offrir cette même intensité de services à l'ensemble de la population. Deux scénarios ont été réalisés, et ils sont présentés dans la [figure 8](#).

- **Scénario 1 : ajout de visites.** Le modèle prédisant le nombre annuel de visites en première ligne est appliqué à l'ensemble de la population, en tenant compte des caractéristiques démographiques et de santé des personnes. Selon ce scénario, si les personnes non inscrites utilisaient les services médicaux de première ligne à un niveau équivalent à celui des personnes inscrites auprès d'un médecin de famille, 2 millions de visites supplémentaires (11 %) auraient été faites en 2022-2023. Pour les personnes non inscrites, le nombre moyen de visites doublerait, passant de 0,8 à 1,7 visites en première ligne annuellement.
- **Scénario 2 : redistribution des visites.** Le nombre total de visites reste équivalent au nombre réel de visites en 2022-2023. Les visites sont redistribuées entre les inscrits et les non-inscrits proportionnellement au nombre de visites déterminé dans le premier scénario. Ce scénario nécessiterait la redistribution de 1,5 million de visites des personnes inscrites vers les personnes non inscrites.

En raison de leur accès plus restreint aux services de première ligne, les profils de santé réels des personnes non inscrites, en particulier celles du segment « en santé », pourraient être sous-évalués. Le nombre de visites nécessaire pour un accès équivalent aux services de première ligne est donc probablement sous-estimé dans ces projections.

Figure 8 Répartition des visites basée sur les profils de santé des personnes selon deux scénarios, 2022-2023



3.2.3 Application des scénarios d'ajout ou de répartition des visites par segment de santé

Les deux scénarios d'ajout ou de redistribution des visites présentés dans la section précédente ont été détaillés selon le segment de santé et le statut d'inscription des personnes ([Tableau 4](#) et [Figure 9](#))

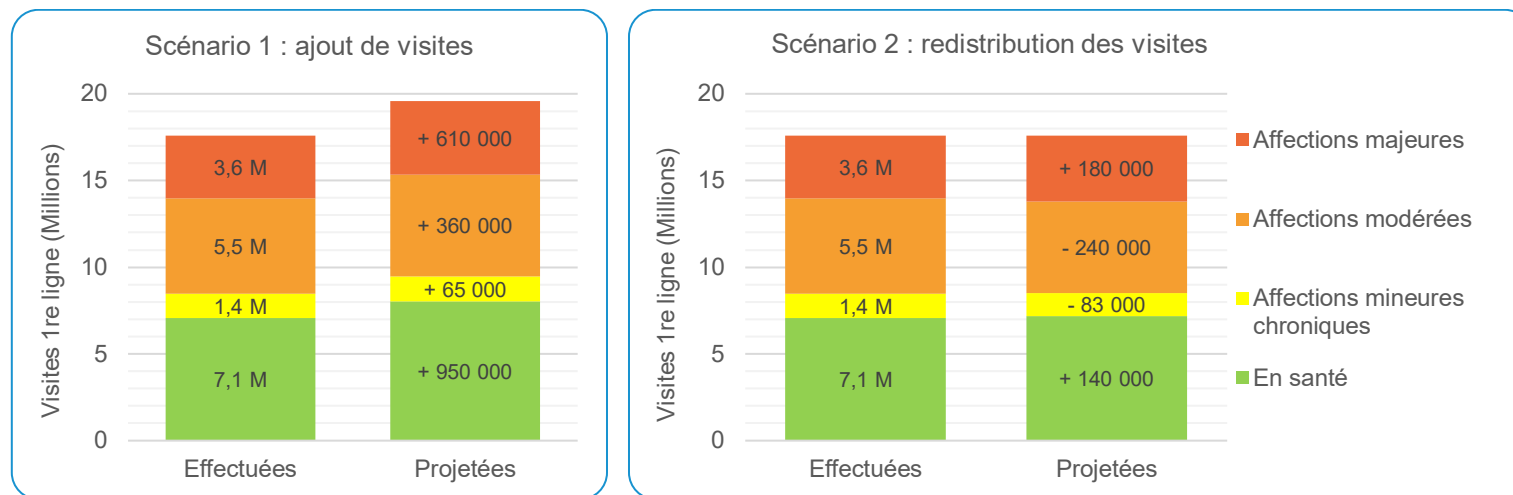
Dans le scénario 1, le plus grand nombre de visites devrait être ajouté pour les personnes du segment « en santé », ce qui s'explique par la grande proportion de personnes dans ce segment chez celles qui n'ont pas de médecin de famille (+ 950 000 visites), ainsi que pour les personnes du segment « affections majeures » (+ 610 000 visites).

Dans le scénario 2, il y aurait une redistribution dans les segments « en santé » et « affections majeures » (+ 140 000 et + 180 000 visites) à partir des segments « affections chroniques mineures » et « affections modérées » (- 83 000 et - 240 000 visites, respectivement). L'ajout de visites pour les personnes qui ont des affections majeures pourrait être expliqué par l'écart élevé de visites réellement faites par les personnes inscrites ou non de ce segment.

Tableau 4 Répartition des personnes et des visites, selon les 2 scénarios, pour chacun des segments de santé, 2022-2023

Segment de santé	Personnes		Visites effectuées		Scénario 1 Ajout de visite	Scénario 2 Redistribution des visites		
	Total	%	Total	%	Total	Non-inscrits	Inscrits	Distribution
En santé	4,9 M	57 %	7,1 M	40 %	+ 950 000	+ 780 000	- 640 000	+ 140 000
Affections chroniques mineures	0,7 M	7,5 %	1,4 M	7,9 %	+ 65 000	+ 90 000	- 170 000	- 83 000
Affections modérées	1,9 M	22 %	5,5 M	31 %	+ 360 000	+ 340 000	- 570 000	- 240 000
Affections majeures	1,1 M	13 %	3,6 M	21 %	+ 610 000	+ 330 000	- 140 000	+ 180 000
Total	8,7 M		17,6 M		2,0 M	+ 1,5 M	- 1,5 M	0

Figure 9 Volume de visites effectuées et à ajouter ou à redistribuer, selon les 2 scénarios, pour chacun des segments de santé, 2022-2023



3.3 Perspectives régionales : indicateurs comparatifs

FAITS SAILLANTS

Des indicateurs ont été développés pour évaluer les variations régionales des caractéristiques de la population, de l'utilisation des services de première ligne et du nombre de visites estimé selon les profils de santé des individus. Ces indicateurs mettent en évidence des disparités marquées entre les régions sociosanitaires.

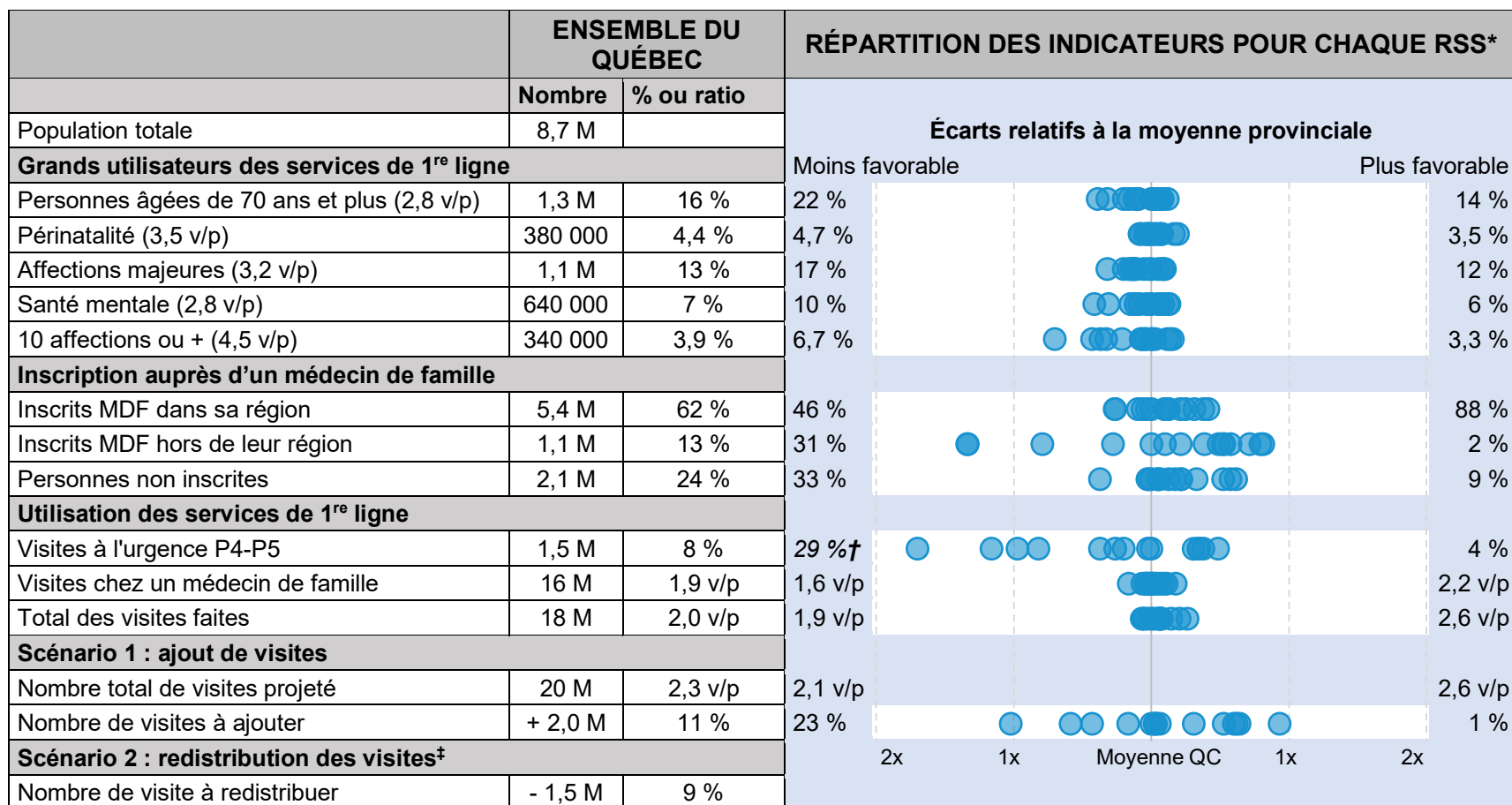
D'importantes variations régionales

- Profil de la population : la proportion des personnes âgées de 70 ans et plus varie de 14 % à 22 %, et la proportion des personnes atteintes de 10 affections ou plus passe du simple au double (3,3 % à 6,7 %).
- Inscription auprès d'un médecin de famille : entre 9 et 33 % des personnes n'ont pas de médecin de famille. De plus, jusqu'à 31 % des personnes sont inscrites auprès d'un médecin d'une clinique située hors de la région.
- Visites aux urgences : entre 4 % et 29 % des visites en première ligne sont faites aux urgences.

Scénario 1

Le scénario 1 a été appliqué à la population de chacune des régions. Une augmentation de 1 % à 23 % du nombre de visites est estimée selon les régions afin d'obtenir un nombre de visites en première ligne équivalent pour les personnes inscrites et les personnes non inscrites qui présentent le même profil.

Figure 10 Indicateurs régionaux sur les caractéristiques de la population, l'utilisation des services de première ligne et l'estimation des visites selon le profil de santé, 2022-2023



*Données des régions nordiques et de l'Outaouais non présentées.

†Valeur non présentée graphiquement, car écart supérieur à 2 x la moyenne.

‡Le scénario 2 ne peut pas s'appliquer à l'échelle régionale, car certaines régions dépassent la moyenne provinciale pour le nombre de visites en première ligne. Le scénario 2 impliquerait dans ces cas une baisse du nombre de visites dans la région.

LIMITES DE L'ÉTUDE

Cette étude présente plusieurs limites, en particulier en lien avec les données clinico-administratives employées : les actes prodigués par les IPS-PL ne sont pas systématiquement rapportés dans les banques de la RAMQ, et les données disponibles ne permettaient pas non plus de capter l'ensemble des actes des médecins payés à salaire ou à vacation (et sans mode mixte). De plus, le recours aux cliniques de première ligne et services de téléconsultation privés n'est pas comptabilisé non plus, car il n'apparaît pas dans les banques de données clinico-administratives. Enfin, les actes des autres professionnels qui exercent en GMF ainsi que certains actes des pharmaciens (tels les prescriptions et les renouvellements d'ordonnances) n'ont pas pu, non plus, être inclus dans l'étude. Ainsi, le nombre moyen d'actes de première ligne rapporté dans ce projet est sous-évalué.

Les visites à l'urgence de priorité P4-P5 (sans hospitalisation, transfert ou constat de décès) ont été incluses dans l'étude en considérant que ces visites auraient pu être faites auprès d'un intervenant en première ligne. Toutefois, il est probable que certains de ces cas nécessitaient obligatoirement une visite à l'urgence. Par ailleurs, il n'a pas été fait de distinction entre les visites planifiées ou non à l'urgence, et les visites à l'urgence sans prise en charge ont été exclues. Comme le nombre de visites à l'urgence est relativement faible par rapport aux visites chez un médecin de famille ou une IPS-PL, il est peu probable que les choix méthodologiques retenus concernant les visites à l'urgence aient un grand impact sur les résultats de l'étude.

Le modèle employé pour construire les deux scénarios est basé sur les visites faites par les personnes inscrites auprès d'un médecin de famille – que l'on applique aux personnes non inscrites qui ont le même profil. Or, on ne sait pas si ces personnes inscrites reçoivent un nombre de visites qui répond adéquatement à leurs besoins. On note tout de même que le nombre de visites tend à croître avec la complexité clinique de leur profil.

Une entente est intervenue le 1^{er} juin 2022 entre le MSSS et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) pour permettre l'inscription collective de personnes vulnérables, en attente d'inscription auprès d'un médecin de famille, auprès d'un groupe de médecins [MSSS et FMOQ, 2022]. Les données ne permettent pas de distinguer les personnes qui bénéficient d'une inscription collective des personnes non inscrites : leur accès et leur utilisation des services de première ligne n'ont donc pas pu être évalués séparément.

Concernant les profils de santé, les personnes non inscrites pourraient avoir un profil de santé *Grouper* incomplet à cause de leur accès plus restreint aux services – moins de diagnostics sont trouvés dans les données, notamment pour des conditions mineures. Le nombre de visites nécessaire pour un accès équivalent aux services de première ligne pourrait donc être sous-estimé.

DISCUSSION

L'organisation actuelle des soins de première ligne repose essentiellement sur l'inscription de l'ensemble de la population auprès d'un médecin de famille. Cependant, le quart de la population (24 %) n'était pas inscrite auprès d'un médecin de famille en 2022-2023. Cette proportion est très proche de ce qui avait été évalué en 2020 (23 %) [INESSS, 2022]. L'inscription auprès d'un médecin de famille favorise l'accès aux soins et la continuité des services, contribuant ainsi à de meilleurs résultats pour la santé et à une diminution du nombre des visites aux urgences et des hospitalisations [ICIS, 2015]. D'autres modalités ont récemment été établies telles que l'inscription collective à un groupe de médecins de famille [MSSS et FMOQ, 2022] ou individuelle avec une IPS [MSSS, 2024]. Ces nouvelles modalités pourraient représenter des options de remplacement à l'inscription individuelle auprès d'un MDF pour assurer la continuité des soins de première ligne.

Même si la plupart des personnes non inscrites semblent en bonne santé selon les profils établis avec la méthodologie *Grouper* (72 %), environ 500 000 ont des affections modérées ou majeures répertoriées dans leur profil.

Cette étude confirme les inégalités d'utilisation des services médicaux de première ligne entre les personnes inscrites et non inscrites, même avec un profil de santé équivalent. En effet, selon les profils de santé, les personnes non inscrites font de 2 à 6 fois moins de visites en clinique et de 30 à 40 % plus de visites à l'urgence pour des priorités P4-P5. De plus, les personnes non inscrites utilisent beaucoup moins les services des CLSC. Il est à noter que l'utilisation des services d'autres professionnels dans la prise en charge des personnes non inscrites auprès d'un médecin de famille n'a pas été évaluée, notamment la prise en charge par les médecins spécialistes selon leur problématique de santé principale.

En se basant sur l'utilisation actuelle du système de santé par les personnes inscrites, il faudrait augmenter de 11 % les visites en première ligne (de 18 à 20 millions) pour donner aux personnes non inscrites qui présentent les mêmes profils de santé un niveau de services équivalent. Celles-ci doubleraient alors leur nombre de visites en première ligne, passant de 0,8 à 1,7 visite annuelle, en moyenne. Un second scénario (sans ajout de visites) nécessiterait un transfert de 1,5 million de visites des personnes inscrites vers les personnes non inscrites. Rappelons que les chiffres projetés ici pour les personnes non inscrites sont vraisemblablement sous-estimés : en effet, en raison de leur accès plus restreint aux cliniques de médecine familiale, les profils de santé des personnes non inscrites pourraient être davantage sous-évalués, en particulier celles qui se trouvent dans le segment « en santé ».

Ces scénarios sont réalisés à partir de données relatives à l'utilisation (en nombre de visites), et elles permettent d'évaluer les écarts entre les personnes inscrites et celles non inscrites, ainsi que les efforts nécessaires pour atteindre une meilleure équité. Toutefois, ils ne prennent pas en considération certains éléments indispensables à une réelle équité, tels que le besoin des patients, la pertinence des services et du lieu (clinique ou urgence) ou encore leur prise en charge par différents professionnels : médecins, IPS-PL, pharmaciens, travailleurs sociaux, psychologues ou autres professionnels de la santé. En conséquence, ils ne peuvent être employés directement comme des modèles d'organisation des services de première ligne, tels que proposés dans les modèles d'accès adapté et de collaboration interprofessionnelle, car ces travaux dépassent la portée du présent mandat.

De plus il serait aussi nécessaire d'évaluer la part de ces visites à attribuer aux services d'urgence pour les cas mineurs. Rappelons qu'actuellement, bien que le nombre moyen de visites augmente avec la complexité clinique, les personnes en santé atteintes d'affections mineures aiguës représentent le quart des visites en première ligne.

Cette étude a également mis en évidence des différences régionales marquées, notamment en ce qui concerne le taux d'inscription auprès d'un médecin de famille et le recours aux services d'urgence pour les cas mineurs. Il sera donc important de tenir compte de ces différences régionales dans la réflexion à venir sur l'organisation des services de première ligne.

RÉFÉRENCES

- Cabinet du ministre de la Santé (MSSS). Pour un meilleur accès aux services de santé - Des infirmières praticiennes spécialisées pourront prendre en charge des patientes et patients [communiqué de presse]. Québec, QC : Cabinet du ministre de la Santé; 2024. Disponible à : <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/pour-un-meilleur-acces-aux-services-de-sante-des-infirmieres-praticiennes-specialisees-pourront-prendre-en-charge-des-patientes-et-patients-54989>.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). CIHI's population grouping methodology 1.3 : overview and outputs, 2021. Ottawa, ON : CIHI; 2021. Disponible à : <http://central.bac-lac.gc.ca/.redirect?app=damspub&id=58dee39b-1dab-46ad-8059-2c699bfa750e>.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). L'importance de la continuité des soins avec le médecin de famille. Ottawa, ON : ICIS; 2015. Disponible à : https://secure.cihi.ca/free_products/UPC_ReportFINAL_FR.pdf.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Méthodologie de regroupement de la population de l'ICIS 1.3 - aperçu et extraits. Ottawa, ON : ICIS; 2021. Disponible à : <https://dam-oclc.bac-lac.gc.ca/fra/a6b11f7f-fd35-46cc-a508-c08050b76907>.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Regard sur les Groupes de médecine de famille au Québec et proposition de segmentation de la population pour appuyer les démarches d'amélioration continue de la qualité selon les besoins de santé – Repères GMF. Québec, QC : INESSS; 2022. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/GMF/INESSS_Portrait_GMF_EC.pdf.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Accès aux services médicaux de première ligne [site Web]. Québec, QC : MSSS; 2024. Disponible à : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/acces-premiere-ligne/> (consulté le 4 octobre 2024).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). Lettre d'entente no 368 visant à accroître l'accès à l'offre de services en première ligne et l'interdisciplinarité. Québec, QC : MSSS et FMOQ; 2022. Disponible à : https://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-omnipraticiens/104-brochure-1-omnipraticiens/Omnipraticiens_Brochure_no1.html#241812.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Triage à l'urgence - Lignes directrices. Montréal, QC : OIIQ; 2019. Disponible à : <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2510-triage-urgence-lignes-directrices-web.pdf>.

ANNEXE A

Méthodologie détaillée

Caractéristiques de la cohorte

La cohorte a été constituée à partir de toutes les personnes assurées à la Régie de l'assurance maladie du Québec au moins 1 jour entre le 1^{er} avril 2022 et le 31 mars 2023, selon l'information obtenue du Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA, n = 8 669 186). Les personnes assurées seulement une partie de l'année ont donc été incluses : naissances, décès, nouveaux arrivants, personnes ne résidant plus au Québec.

Pour la modélisation et les indicateurs régionaux, les personnes qui n'ont pas de profil de santé *Grouper* associé n'ont pas pu être prises en compte (n = 3 174 sans profil *Grouper*). De plus, pour les indicateurs régionaux, les personnes qui n'avaient pas d'adresse enregistrée au Québec pendant la période de référence ne sont pas présentées (adresse manquante/hors Québec n = 81 649). Les régions nordiques (Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James, n = 45 612) ne sont pas présentées : le faible nombre de personnes, les spécificités d'accès et d'organisation des soins dans ces régions éloignées ne permettent pas de broser un portrait fidèle de l'état de santé ni de l'utilisation des services à partir de nos données. La région de l'Outaouais (n = 399 140) n'est pas non plus présentée, car une partie des services est dispensée en Ontario et n'est donc pas captée dans nos données. Cependant, les données de toutes les personnes sont comptabilisées dans les données provinciales.

Les données relatives à l'âge, au sexe et à la région de résidence ont aussi été extraites de la base de données FIPA. L'âge, en années, a été calculé au 31 mars 2023 et la région est celle associée à la dernière adresse enregistrée au cours de 2022-2023.

Inscription auprès d'un médecin de famille

L'information sur l'inscription auprès d'un médecin de famille a été tirée de la base de données d'inscription auprès d'un médecin de famille en GMF ou général (GMF-GRL). Afin de déterminer si la personne est inscrite dans une clinique de sa région, la région sociosanitaire de l'établissement dans lequel le médecin de famille exerce a également été déterminée.

Toute personne inscrite au moins un jour auprès d'un médecin de famille a été considérée comme inscrite. Si plusieurs inscriptions auprès d'un médecin de famille étaient indiquées, l'information relative à la plus récente inscription a été retenue.

Caractéristiques de santé de la population

La méthode *Grouper* de regroupement de la population élaborée par l'ICIS [2021] a été employée pour déterminer les profils de santé de la population (version 1.3). L'outil *Grouper* permet d'établir un profil de santé pour chaque personne au sein d'une population ainsi que des indicateurs de ressources qui décrivent les besoins actuels et futurs d'une population en matière de services de santé. L'INESSS, en collaboration avec l'ICIS, a adapté cet outil aux banques de données clinico-administratives du Québec.

Les profils de santé sont basés sur les diagnostics inscrits au cours des trois dernières années dans les banques de données sur les hospitalisations (maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière, MED-ÉCHO), les urgences (banque de données communes des urgences, BDCU) et la facturation des médecins (services rémunérés à l'acte des médecins, optométristes et dentistes, SMOD). Ces profils résultent du regroupement des codes diagnostiques en 226 affections. Chaque individu se voit attribuer zéro, une ou plusieurs affections, selon les diagnostics qu'il a reçus au cours de ces trois années. Ces affections sont ensuite regroupées en 164 branches, et celle qui représente le plus haut niveau de complexité clinique et d'utilisation des ressources est retenue pour chaque individu. À leur tour, ces 164 branches sont ensuite ramenées à 16 catégories de profils de santé.

Dans ce portrait, les profils de santé *Grouper*, établis à partir des données enregistrées entre le 1^{er} avril 2020 et le 31 mars 2023, ont été employés, en particulier le nombre d'affections ainsi que la catégorie de profil de santé (16 niveaux). Dans le contexte de travaux antérieurs [INESSS, 2022], ces catégories de profils de santé ont été regroupées en un nombre restreint de segments qui présentent des besoins de santé comparables. Le détail de ces catégories et segments et des exemples d'affections associées sont présentés dans le [tableau 1](#).

Utilisation des services de santé

Visites auprès d'un médecin de famille ou une IPS-PL en clinique

Dans la banque de données sur la facturation des médecins, plusieurs actes peuvent être facturés par les professionnels de la santé au cours d'une même visite. Les actes d'un médecin de famille ou d'une infirmière praticienne spécialisée en services de première ligne (IPS-PL) ne comptabilisent qu'une seule visite par personne, avec le même professionnel et pour une même journée.

Les visites ont été extraites des bases de données et fichiers suivants :

- Visites des médecins rémunérés à l'acte : SMOD
- Visites des médecins à salaire et IPS-PL : GMF-GRL

La visite devait avoir lieu dans une clinique, un GMF ou en CLSC.

Visites aux urgences

Les visites aux urgences sont tirées de l'information contenue dans la banque de données communes des urgences. Seules les visites aux urgences qui n'ont mené ni à une hospitalisation, ni à un transfert, ni à un constat de décès ont été comptabilisées. À noter que les départs sans prise en charge (pas de consultation médicale) ont été comptabilisés à part.

Le niveau de priorité accordé au triage (P1 à P5) a été retenu afin de caractériser les visites aux urgences.

Visites en première ligne

Dans ce document, les visites en première ligne ont été définies comme les consultations en clinique auprès d'un MDF ou une IPS-PL, ainsi que les consultations aux urgences avec une priorité de triage peu ou non urgente (P4-P5), sans hospitalisation, transfert ou constat de décès.

$$Visites\ 1^{re}\ ligne = Visites\ Clinique_{(MDF / IPS)} + Urgences_{P4-P5\ (sans\ hosp.)}$$

Ces consultations à l'urgence ont été incluses, car il appert que, dans certaines régions, un recours accru aux services d'urgence compense une utilisation moindre en clinique. La faible priorité de la consultation évaluée lors du triage (P4 ou P5) ainsi que l'absence d'hospitalisation indiquent qu'une grande proportion de ces visites auraient pu être faites en clinique chez un médecin de famille ou une IPS-PL.

Les départs des urgences sans prise en charge ont été analysés à part : bien qu'ils puissent indiquer un besoin médical non comblé, une consultation médicale a pu être faite ou non à la suite du départ des urgences.

Interventions par les CLSC

Les interventions fournies par les CLSC ont été tirées de la base de données Système d'information sur la clientèle et les services des CSSS – mission CLSC (I-CLSC). Elles ont été rassemblées en deux groupes basés sur les intervenants : les professionnels de la santé (infirmière, ergothérapeute, physiothérapeute, etc.) ou un autre type d'intervenant (auxiliaire familial, préposé aux bénéficiaires, etc.) ([Tableau 5](#)). Toutes les interventions ont été incluses, quel que soit le type, le mode ou le lieu de l'intervention.

Bien que non considérées comme des services médicaux de première ligne dans ces travaux, ces données ont permis d'analyser l'association entre l'intensité des interventions en CLSC et les profils cliniques des personnes ainsi que leur statut d'inscription auprès d'un médecin de famille.

Tableau 5 Catégorisation des interventions par le CLSC selon les types de professionnels

Professionnels de la santé	Autres intervenants
180-Infirmier	275-Auxiliaire aux services de santé et sociaux
185-Infirmier-clinicien	975-Autre intervenant du CLSC
225-Infirmier auxiliaire ou diplômé en soins de santé et soins d'assistance	650-Technicien en assistance sociale
350-Travailleur social professionnel ou agent d'intervention en service social	625-Agent de relations humaines
610-Éducateur ou technicien en éducation spécialisée	850-Technologue en physiothérapie
485-Ergothérapeute ou thérapeute de la réad. fonctionnelle par l'activité	900-Autre intervenant externe du secteur de la santé
620-Psychoéducateur	300-Préposé aux bénéficiaires
525-Psychologue ou spécialiste du comportement humain	325-Aide de service
500-Physiothérapeute ou thérapeute de la réadaptation fonctionnelle	960-Autre intervenant externe du secteur scolaire
550-Diététiste professionnel - nutritionniste ou conseiller en alimentation	460-Hygiéniste dentaire - technicien en hygiène dentaire
510-Inhalothérapeute ou technicien de la fonction respiratoire	330-Aide sociale
895-Orthophoniste ou thérapeute de la parole, du langage et de la com.	490-Préposé en physiothérapie et/ou en ergothérapie
520-Kinésiologue	950-Autre intervenant externe du secteur de l'organisation commun.
100-Médecin	575-Organisateur communautaire
875-Sage-femme	495-Assistant en réadaptation
655-Criminologue	530-Technicien en diététique
190-Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne	400-Travailleur de quartier ou de secteur
515-Sexologue	425-Travailleur communautaire
110-Pharmacien	925-Autre intervenant externe du secteur social
450-Dentiste	999-non défini
	926-Intervenant d'un centre jeunesse

Hospitalisations

Le nombre d'hospitalisations au cours des trois dernières années (c.-à-d. entre le 1^{er} avril 2020 et le 31 mars 2023) a été déterminé à partir de la base de données MED-ÉCHO. Les hospitalisations dans les hôpitaux de réadaptation, les CHSLD ainsi que celles des nouveau-nés et les chirurgies d'un jour ont été exclus.

Modèle d'ajustement : modélisation de l'utilisation des services selon les profils de santé

Un modèle basé sur l'utilisation actuelle des services par les personnes inscrites auprès d'un médecin de famille a été construit pour pouvoir ensuite l'appliquer à l'ensemble de la population. Ce modèle prédit le nombre de visites attendu en première ligne pour chaque personne inscrite, à savoir les consultations en clinique (chez un MDF ou une IPS-PL) et les consultations à l'urgence P4-P5 (sans hospitalisation ni constat de décès).

Les variables prédictives retenues devaient être connues pour tous, y compris les personnes non inscrites.

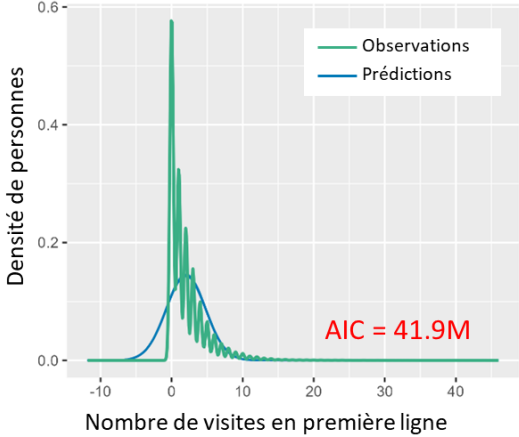
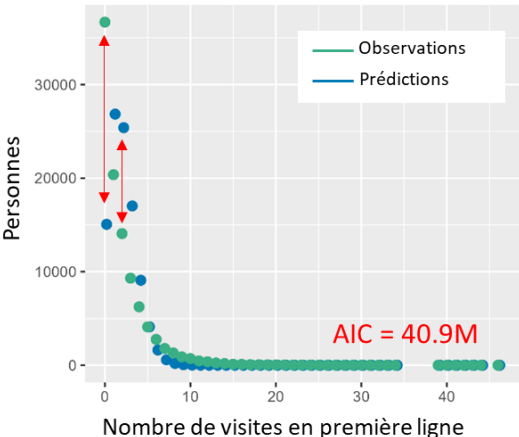
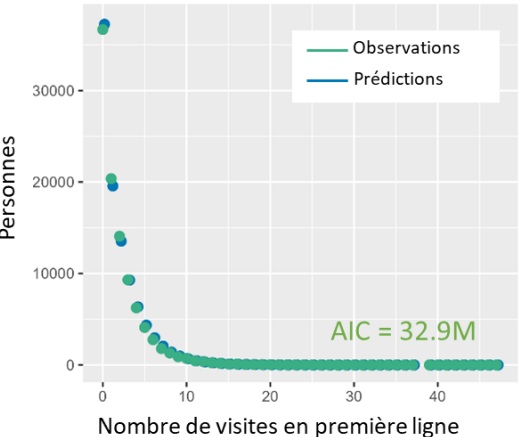
En se basant sur une analyse préliminaire n'employant que l'âge et le sexe, différents modèles de régression ont été évalués. Une régression basée sur une distribution de type négatif binomial avec inflation de zéro a été choisie étant donné sa meilleure capacité d'ajustement et le respect des prémisses statistiques de ce modèle ([Figure 11](#)).

Les modèles à inflation de zéro sont composés de deux portions pouvant comporter deux ensembles de prédicteurs distincts. La première portion prédit l'éventualité d'une visite à la première ligne. La deuxième portion prédit le nombre de visites. Cinq prédicteurs ont été retenus dans le modèle final. Leur poids respectif et leur présence dans l'une ou l'autre portion du modèle sont présentés ([Figure 12](#)).

- Âge et sexe : 12 catégories d'âge et de sexe ont été retenues. Cette catégorisation permet une meilleure prédiction pour les plus jeunes et les plus âgés que les modèles basés sur un âge en continu.
- Caractéristiques de santé obtenues à partir de *Grouper* : ces profils sont établis pour l'ensemble de la population; c'est pourquoi ils ont été préférés aux codes de vulnérabilité (disponibles seulement pour les personnes inscrites auprès d'un médecin de famille) :
 - Nombre d'affections (numérique);
 - Profil de santé. Les profils ont été regroupés en 6 segments basés sur la fréquence d'utilisation : non-utilisateur, utilisateur sans affection, affections mineures, affections modérées, affections majeures et périnatalité. Ces 6 segments ont été séparés en 6 variables dichotomiques pour contourner les problématiques de non-convergence observées avec la catégorisation à 6 niveaux.
- Nombre d'hospitalisations au cours des 3 dernières années (numérique).

Afin de valider le modèle final, les prémisses statistiques associées au modèle de régression employé ont été vérifiées (colinéarité, sur dispersion, inflation de zéro). Par ailleurs, une exploration des écarts entre les visites réellement observées et celles prédites pour la cohorte de personnes inscrites a été réalisée ([Figure 13](#)). Les écarts relatifs observés sont généralement faibles (< 20 % en valeur absolue) pour la majorité des groupes analysés (âge, sexe, profil de santé *Grouper*, région de résidence).

Figure 11 Résultats sur la performance des différents modèles testés

MODÈLE LINÉAIRE SIMPLE Distribution normale	MODÈLE LINÉAIRE GÉNÉRALISÉ Distribution de Poisson	MODÈLE LINÉAIRE GÉNÉRALISÉ Distribution négative binomiale, avec inflation de zéros
Vérification prédictive postérieure 	Vérification prédictive postérieure 	Vérification prédictive postérieure 
Une régression linéaire basée sur la distribution normale n'est pas ajustée correctement à la distribution des données et viole les prémisses statistiques de normalité et d'homoscédasticité des résidus.	Un modèle de Poisson est mieux adapté aux distributions de comptes, mais il viole la prémisse de surdispersion. De plus, de grands écarts de prédiction demeurent à et près de zéro.	Un modèle négatif binomial permet de respecter la prémisse de surdispersion. L'inflation de zéro améliore les prédictions à et près de zéro.

AIC : Critère d'Information d'Akaike : permet de comparer la qualité de différents modèles d'ajustement, en tenant compte du nombre de paramètres estimés et de la vraisemblance de chacun. Plus l'AIC est bas, meilleur est le modèle.

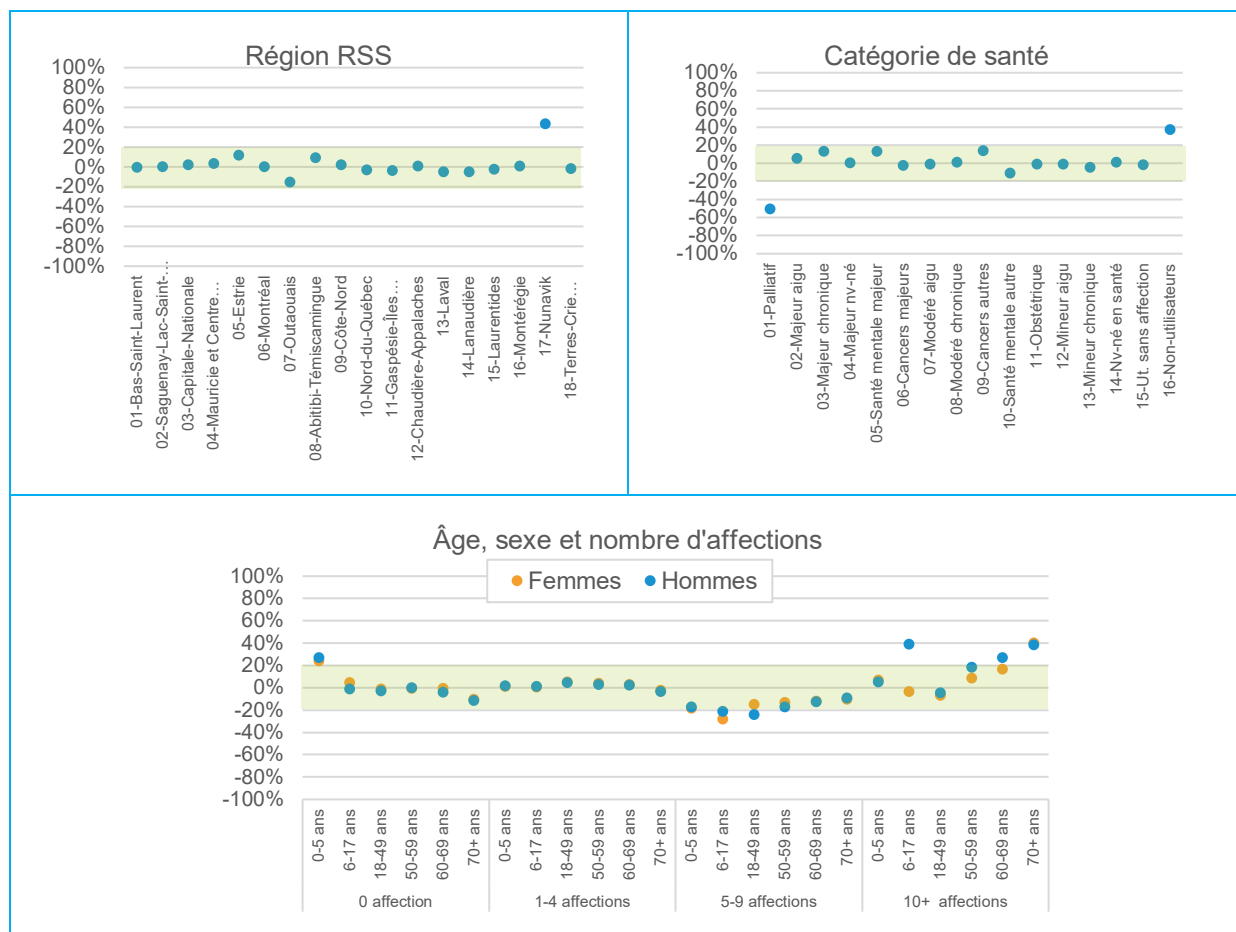
Figure 12 Poids respectifs des prédicteurs retenus dans le modèle final

Régression logistique : prédiction de 0 visite							Régression binomiale négative : nombre de visites						
	Femmes			Hommes				Femmes			Hommes		
0-5 ans	0,0			0,1			0-5 ans	0,0			0,0		
6-17 ans	1,8			2,1			6-17 ans	- 0,3			- 0,4		
18-49 ans	6,8			10,3			18-49 ans	0,0			- 0,2		
50-59 ans	3,6			3,7			50-59 ans	0,0			- 0,2		
60-69 ans	1,0			0,9			60-69 ans	- 0,1			- 0,2		
70+ ans	0,4			0,1			70+ ans	- 0,1			- 0,2		
N ^{bre} aff. Grouper (0-10)	0,0	- 1,0	- 2,0	- 3,1	- 4,1	- 5,1	N ^{bre} aff. Grouper (0-10)	0,0	0,2	0,4	0,6	0,8	1,0
Non-utilisateurs	168,8						N ^{bre} hosp. (0-5)	0,0	- 0,1	- 0,2	- 0,3	- 0,5	- 0,6
							Segment Grouper	0,0	0,4	0,5	0,6	1,1	

Ø Aff. Min. Mod. Maj. Périnat.

Poids respectif des prédicteurs : coefficients exponentiés sur l'échelle multiplicative. AIC = 25,2 M (vs ≈33-42 M avec les premiers modèles testés).

Figure 13 Validation du modèle : écart relatif (%) entre les prédictions et les observations pour les personnes inscrites, selon différentes caractéristiques



Scénarios de répartition

Deux scénarios pour un accès équivalent pour tous, basé sur les profils de santé, ont été établis. Dans ces deux scénarios, la prédiction du nombre de visites est basée sur la modélisation de l'utilisation actuelle des services par les personnes inscrites auprès d'un médecin de famille.

Scénario 1 : ajout de visites

Le premier scénario applique directement le modèle de prédiction des visites en première ligne : à partir de ses données démographiques et cliniques, chaque individu se voit attribuer un nombre de visites en première ligne. Le nombre total de visites est ainsi estimé pour l'ensemble de la population, correspondant au nombre de visites nécessaires si tous les individus utilisaient les services comme le font actuellement les personnes inscrites auprès d'un médecin de famille. Avec ce scénario, le nombre de visites prédit pour les personnes inscrites est très proche du nombre réel de visites, et le

nombre de visites pour les personnes non inscrites est plus élevé que celui réellement fait : on doit donc ajouter des visites supplémentaires pour atteindre un niveau de services équivalent pour tous.

Scénario 2 : redistribution des visites

Le deuxième scénario conserve le nombre actuel de visites en première ligne. Une règle de trois est appliquée au nombre de visites prédites pour chacun afin que le nombre total de visites soit équivalent au nombre réel de visites faites en 2022-2023, à savoir 17,6 millions de visites. Avec ce scénario, le nombre de visites prédit pour les personnes inscrites est plus bas que celui réellement fait, et l'écart représente les visites des personnes inscrites qui devraient être transférées aux personnes sans médecin de famille pour une distribution plus équitable des ressources.

Calcul des indicateurs régionaux

Un certain nombre d'indicateurs ont été calculés afin de présenter un tableau comparatif des différentes régions sociosanitaires (RSS). Ce tableau permet de visualiser les différences interrégionales et de les comparer à la moyenne du Québec. La liste de ces indicateurs est présentée ci-dessous.

Grands utilisateurs des services de première ligne

Personnes âgées de 70 ans et plus : nombre et proportion de personnes âgées de 70 ans et plus

Périnatalité : nombre et proportion de personnes qui sont dans les 3 catégories suivantes du *Grouper* : Obstétrique, Nouveau-né en santé et Affection majeure d'un nouveau-né

Affections majeures : nombre et proportion de personnes qui sont dans les catégories suivantes du *Grouper* : État palliatif, Affection majeure aiguë, Affection majeure chronique, Affection majeure d'un nouveau-né, Trouble de santé mentale majeur, Cancer majeur

Santé mentale : nombre et proportion de personnes qui sont dans les catégories suivantes du *Grouper* : Trouble de santé mentale majeur et Autre trouble de santé mentale

10 affections ou + : nombre et proportion de personnes qui ont 10 affections différentes ou plus, comme mesuré avec la méthodologie *Grouper*

Note : Les indicateurs ci-dessus ne sont pas mutuellement exclusifs.

Inscription auprès d'un médecin de famille

Inscrits MDF dans sa région : nombre et proportion de personnes qui sont inscrites auprès d'un médecin de famille qui exerce dans la même région (que celle de résidence de la personne)

Inscrits MDF hors de leur région : nombre et proportion de personnes qui sont inscrites auprès d'un médecin de famille qui exerce dans une autre région (que celle de résidence de la personne)

Personnes non inscrites : nombre et proportion de personnes qui ne sont pas inscrites auprès d'un médecin de famille

Utilisation des services de première ligne

Visites à l'urgence P4-P5 : Nombre de visites avec une priorité P4-P5 à l'urgence et proportion de l'ensemble des visites en première ligne qui sont des visites à l'urgence P4-P5

Visites chez un médecin de famille : nombre de visites en clinique chez un médecin de famille ou une IPS-PL et nombre moyen de ces visites par personne au cours de l'année.

Total des visites faites : somme des visites en clinique chez un médecin de famille ou une IPS-PL et des visites à l'urgence P4-P5 et nombre moyen de ces visites par personne au cours de l'année.

Scénario 1 : ajout de visites

Nombre total de visites : nombre total de visites en première ligne nécessaire selon les profils de santé de l'ensemble de la population (tel que présenté dans le scénario 1).

Nombre de visites à ajouter : nombre total de visites en première ligne à ajouter selon le scénario 1, comparativement au nombre actuel de visites. La proportion des visites à ajouter sur l'ensemble des visites réellement faites est également présentée.

Scénario 2 : redistribution des visites.

Ne peut s'appliquer à l'échelle des régions : cela impliquerait que l'on transfère des visites d'une région à l'autre, ou bien que le nombre de visites estimé pour un profil de santé donné serait différent d'une région à l'autre si l'on conservait le nombre de visites constant dans chaque région.

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

Québec



Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

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

inesss.qc.ca

