

Inscription auprès d'un médecin de première ligne, affiliation entre le patient et le médecin et accès aux soins de première ligne

Une production de l'Université McGill

Novembre 2021

Membres de l'équipe projet

Auteures principales

Caroline King, Ph. D.
Ruth Lavergne, Ph. D.
Kimberlyn McGrail, Ph. D.
Erin Strumpf, Ph. D.

Directrice de stage

Mélanie Martin, Ph. D.

Collaborateurs internes

Mamadou Diop, M. Sc.

Équipe de l'édition

Nathalie Vanier

Sous la coordination de

Renée Latulippe, M.A.

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

Pour citer ce document : Inscription auprès d'un médecin de première ligne, affiliation entre le patient et le médecin et accès aux soins de première ligne. Rapport de stage rédigé par Caroline King, Ruth Lavergne, Kimberlyn McGrail et Erin Strumpf. Québec, Qc. 22 p.

Ressources et collaborations

Sources de financement : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), Stratégie de recherche axée sur le patient (SRAP), Réseau pancanadien sur les innovations en soins de santé de première ligne et intégrés (CIHR HCI 150578), Michael Smith Foundation for Health Research (MSFHR 17268), Université McGill, Réseau-1 Québec, MSSS et Université de Sherbrooke (centre de recherche de l'Hôpital Charles-Lemoyne). L'Université de la Colombie-Britannique et l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal ont fourni du soutien en nature. Autres contributions

L'Institut et les auteurs tiennent aussi à remercier tous les membres de l'équipe du projet Québec-Colombie-Britannique *Inscription des patients* pour leur soutien, information et conseils clés.

Déclaration d'intérêts

Les membres de l'équipe de projet de l'INESSS déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Caroline King, étudiante doctorale à l'Université McGill et stagiaire à l'INESSS, déclare avoir reçu une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada (projet no 150578). Cette subvention a servi à financer le projet intitulé : What are the impacts of being formally enrolled with a GP on continuity and integration of care? Evidence from a comparison of Québec and British Columbia.

Responsabilité

Les conclusions ne reflètent pas forcément les opinions des personnes consultées aux fins de son élaboration.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	I
SUMMARY.....	II
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	III
CONTEXTE.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
1. MÉTHODOLOGIE.....	3
2. RÉSULTATS.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
DISCUSSION.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
RÉFÉRENCES.....	13
ANNEXE A.....	14
Résultats des analyses.....	14
ANNEXE B.....	17
Définition des variables, des algorithmes et des bases de données.....	17
ANNEXE C.....	19
Indicateurs.....	19

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Valeurs brute et ajustée* de l'inscription (IC 95 %) selon le revenu, la ruralité, les traitements antérieurs en santé mentale ou pour usage de drogues et l'utilisation antérieure des services de santé.....	5
Tableau A1 Comparaison de la population générale, des usagers inscrits et des usagers admissibles non-inscrits, dans l'année antérieure à la mise en œuvre de la politique	14
Tableau C1 Liste des indicateurs créés	19

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Indicateurs liés à l'affiliation et l'accès chez les personnes de 40 ans et plus, 1997-2013.....	7
Figure 2 Indicateurs liés à l'affiliation et l'accès selon le groupe d'âge chez les personnes de 40 ans et plus, 1997-2013	8
Figure 3 Indicateurs liés à l'affiliation et l'accès selon l'admissibilité à la politique d'inscription de 2003 pour la clientèle vulnérable chez les personnes de 40 ans et plus, 1997-2013.....	9
Figure 4 Résultats d'affiliation et d'accès parmi les personnes admissibles à la politique d'inscription pour la population générale de 2009 chez les personnes de 40 ans et plus, 1997-2013.....	10

RÉSUMÉ

Contexte

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) développe des profils de pratique organisationnelle pour les Groupes de médecine de famille (GMF) à partir d'indicateurs d'excellence clinique et organisationnelle guidés par les données. Dans le cadre de la politique québécoise d'inscription des usagers auprès d'un médecin de famille, de nouvelles mesures pouvant contribuer à la description des profils de pratique et à contextualiser l'évolution de la pratique en soins de première ligne ont été explorées.

Méthodologie

Avec les données clinico-administratives québécoises de 1997 à 2013, des cohortes d'adultes de 40 ans et plus au moment de la mise en œuvre de chacun des politiques d'inscription d'usagers (2003 et 2009) ont été créées. Les caractéristiques des usagers relatives à l'admissibilité et à l'inscription formelle ont été examinées. Pour l'ensemble de la cohorte de même que pour une sous-cohorte d'usagers réguliers des services de santé, les tendances relatives à l'admissibilité à l'inscription, au taux d'inscription formelle, à l'affiliation d'un médecin de première ligne et à l'accès aux soins de première ligne ont été décrites au fil du temps.

Résultats

Plusieurs mesures, des algorithmes et une base de données ont été développés dans cette analyse exploratoire, y compris une nouvelle mesure portant sur l'affiliation des usagers qui utilise les données clinico-administratives et qui intègre le point de vue de l'utilisateur à propos de l'affiliation à un médecin habituel. Les résultats des analyses suggèrent qu'au Québec, les tendances des mesures d'affiliation des usagers et d'accès aux soins de première ligne sont relativement stables, ne produisant qu'une légère augmentation depuis presque deux décennies. Les tendances, tant au niveau des résultats de l'affiliation que de ceux de l'accès, ne semblent pas changer à la suite de la mise en place des deux politiques québécoises d'inscription. Les politiques d'inscription ciblant les usagers sur des critères d'âge ou de maladies chroniques ont produit de petites différences au niveau du taux d'inscription entre les usagers des quartiers à faible revenu et ceux à revenu plus élevé. Par contre, les politiques d'inscription axées vers l'ensemble de la population ont généré des gradients plus importants de l'inscription, les usagers résidant dans les quartiers à revenus plus élevés étant plus susceptibles de s'inscrire. Les résultats, qui démontrent une corrélation positive entre l'affiliation antérieure et l'inscription, suggèrent d'une part que l'inscription peut formaliser une relation déjà existante entre l'utilisateur et son prestataire de soins et d'autre part, que consulter plus souvent son prestataire de soins peut favoriser l'inscription.

SUMMARY

Formal enrolment with a primary care physician, patient-physician affiliation, and access to primary care

Context

INESSS is developing organizational practice profiles of GMFs based on data-driven indicators of clinical and organizational excellence. In the context of Quebec's primary care enrolment policies, we explored new measures that could contribute to practice profiles and contextualize the evolution of primary care practice.

Methods

Using Quebec clinico-administrative data from 1997-2013, we created cohorts of adults age 40+ at the time of each of Quebec's patient enrolment policies: 2003 and 2009. We explored patient characteristics related to eligibility and formal enrolment. For the entire cohort and for a sub-cohort of regular users of health care services, we describe trends in eligibility for patient enrolment, rates of formal enrolment, affiliation to a primary care physician, and access to primary care over time.

Results

In this exploratory analysis, we developed several measures, algorithms, and a database, including a new measure of patient affiliation that uses clinico-administrative data and incorporates patients' perspectives on affiliation to a regular medical doctor. The results of our analyses suggest that trends in measures of patient affiliation and access to primary care in Quebec are relatively flat, with only a slight increase over nearly two decades. Trends in both affiliation and access outcomes do not appear to change in response to the implementation of Quebec's two patient enrolment policies. Patient enrolment policies that targeted patients based on age or chronic conditions generated small differences in enrolment rates between patients in lower- and higher-income neighborhoods. Enrolment policies aimed at the entire population, on the other hand, resulted in much steeper gradients in enrolment, with patients living in higher-income neighborhoods being more likely to enrol. Our findings of a positive correlation between prior affiliation and enrolment suggests that enrolment policies may formalize existing care relationships between patients and providers, and/or that presenting at a practice more often may increase the chance of enrollment.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

COMPAS+	Collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins et services
GMF	Groupe de médecine de famille
GRL	Groupe de réseaux locaux
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RRMD	<i>Reporting a Regular Medical Doctor</i>
UPC	<i>Usual Provider Continuity</i>
VIH	Virus de l'immunodéficience humain

CONTEXTE

L'inscription des usagers auprès d'un médecin de famille en pratique individuelle ou d'un groupe de médecins de première ligne constitue un aspect important des modèles intégrés de soins de première ligne. Au Canada, l'inscription des usagers est réalisée de diverses manières, plus ou moins formelles selon la province. Au Québec, la démarche pour l'inscription des usagers est explicite, contractuelle et comporte des cibles déterminées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Les usagers sont libres de choisir leur médecin et il n'y a pas de sanction pécuniaire si le patient décide de consulter un autre médecin. Permettant surtout de reconnaître que la qualité de la relation usager-prestataire de soins est cruciale à la réalisation de plusieurs processus et résultats du continuum de soins, l'inscription possède le potentiel d'améliorer directement ou indirectement les résultats du triple objectif (*Triple Aim*) : la santé des populations, l'expérience du patient et les coûts par personne [Berwick et al., 2008].

Au Québec, l'inscription d'usagers dans un groupe de médecine de famille (GMF) a été introduite en novembre 2002. Peu après, une politique d'inscription visant des clientèles vulnérables (personnes atteintes de maladies chroniques et personnes âgées) provenant de n'importe quel milieu de pratique de soins de première ligne a été mise en place en janvier 2003. En janvier 2009, Québec a élargi sa politique d'inscription à toute la population hors GMF. Le médecin de famille reçoit un montant annuel pour chaque patient inscrit, ce forfait étant plus élevé pour la clientèle vulnérable. En mars 2007, environ 26 % de la population était inscrite, 62 % en mars 2013 et 77 % en mars 2019.

Afin de soutenir la formation et l'amélioration des pratiques en soins de première ligne, l'INESSS utilise son infrastructure et son expertise auprès des différents niveaux du système de santé et de services sociaux (micro-, méso- et macro-) pour accélérer le cycle d'amélioration continue de la qualité (Plan triennal d'activités 2019-2022). Par exemple, pour améliorer la qualité des soins de première ligne, l'INESSS et le programme CoMPAS+ (Collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins et services+) établissent des profils de pratique organisationnelle en GMF basés sur des indicateurs d'excellence clinique et organisationnelle guidés par les données. Ces profils feront partie d'audits, de rétroactions et de pratique réflexive pour soutenir les gestionnaires des GMF dans l'exercice de leur rôle de pilotage de l'amélioration continue des pratiques interdisciplinaires. Certains indicateurs ont déjà été développés en collaboration avec des parties prenantes, mais les travaux d'exploration continuent pour créer de nouveaux indicateurs qui pourraient contribuer à l'établissement des profils de pratique et mettre en contexte l'évolution de la pratique de soins de première ligne au Québec.

Le présent rapport de stage décrit les éléments clés suivants relatifs à l'inscription des usagers en soins de première ligne au Québec : l'admissibilité à l'inscription, le taux d'inscription formelle, l'affiliation à un médecin de soins de première ligne et l'accès aux soins de première ligne. Nous avons étudié l'évolution de ces facteurs au fil du temps ainsi que la manière dont les caractéristiques des usagers y sont reliées. Des informations additionnelles portant sur les analyses et les résultats sont disponibles dans les articles mentionnés à la fin du présent document.

1. MÉTHODOLOGIE

L'équipe projet était composée de chercheurs universitaires, de cliniciens en soins de première ligne, de décideurs provenant du MSSS et de patients partenaires. Lors de rencontres en personne avec ces parties prenantes, nous avons étudié les résultats relatifs aux politiques d'inscription des usagers auprès d'un médecin de famille pour chacun des groupes d'intérêt. Les décideurs ont donné la priorité aux mesures d'équité, de productivité et d'utilisation des services de santé. Les patients partenaires ont mis l'accent sur l'accessibilité aux soins, l'équité et la coordination des soins. Pour les cliniciens, les facteurs importants étaient l'équité, la qualité des soins et la continuité des soins. Le travail de l'équipe de recherche a consisté à trouver des mesures dans les bases de données clinico-administratives, fréquemment utilisées et innovantes permettant de capter les résultats souhaités par les différents groupes d'intérêt.

Les analyses ont inclus les personnes âgées de 40 ans et plus au moment de la mise en place de la politique, et qui étaient couvertes par le régime public d'assurance maladie du Québec au moins quatre ans avant la mise en place de la politique. En ce qui concerne la politique de 2003 portant sur les clientèles vulnérables, les données allant de 1997 à 2008 ont été étudiées. Pour la politique de 2009 portant sur la population générale, nous avons utilisé les données allant de 1997 à 2013. Les usagers suivants ont été exclus : ceux dont les données sur l'âge ou le sexe étaient manquantes, ceux dont les données rapportaient qu'ils étaient âgés de plus de 120 ans et les résidents de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Définition des concepts clés étudiés :

- Admissibilité à l'inscription : le patient devait répondre aux critères d'admissibilité aux politiques d'inscription à l'intérieur de deux ans avant la mise en place de la politique. La politique d'inscription des clientèles vulnérables (2003) définissait un usager vulnérable comme une personne âgée de 70 ans ou plus ou une personne atteinte d'un cancer, de conditions dégénératives du système nerveux, de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), d'asthme modéré ou sévère, de sida/VIH (virus de l'immunodéficience humaine), de psychose ou d'autres problèmes de santé mentale, de dépendance aux drogues ou à l'alcool, de diabète, de maladie cardiovasculaire ou de certaines maladies auto-immunes. Nous avons consulté un médecin de famille et avons classé les usagers dans la catégorie dite vulnérable s'ils semblaient répondre à ces critères d'admissibilité selon les codes de diagnostic repérés dans les bases de données clinico-administratives à l'intérieur de deux ans avant la mise en place de la politique. Les usagers qui ne répondaient pas aux critères de vulnérabilité en 2007-2008 ont été jugés admissibles à la politique d'inscription de la population générale mise en place en 2009.

- L'inscription a été mesurée à l'aide des variables d'inscription de la base de données GMF-GRL (Groupe de réseaux locaux). Ces variables sont mises à jour lorsque le patient se désinscrit ou lorsqu'il change de médecin. La base de données ne document pas le maintien de l'inscription avec le même médecin. Nous avons donc assumé qu'un patient maintient son inscription avec le même médecin de famille à moins d'indication contraire.
- Affiliation à un médecin de soins de première ligne
 - L'indice *Usual Provider Continuity* (UPC) mesure la proportion de consultations avec le médecin de soins de première ligne qui a vu le patient le plus fréquemment pendant l'année. L'UPC s'avère être la même mesure que la mesure d'assiduité utilisée par le MSSS, à la différence que la mesure est fonction du médecin le plus fréquenté et pas nécessairement fonction de celui avec lequel le patient est inscrit. En conséquence, nous pouvons calculer l'UPC des usagers avant qu'ils soient inscrits aussi bien que celui des usagers qui ne sont pas inscrits.
 - Le raisonnement dichotomique de l'UPC assigne « 1 » aux usagers dont 75 % des consultations sont réalisées auprès d'un seul médecin et « 0 » à ceux dont le pourcentage est moindre.
 - Un algorithme a été créé à partir des données clinico-administratives afin de prédire si les répondants à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2007-2011) avaient répondu « oui » à la question leur demandant s'ils avaient un médecin habituel. Cet algorithme prédit la réponse à la question de l'Enquête presque 25 % mieux que l'UPC à 1 an. Il permet aussi l'intégration de la perspective du patient sur l'affiliation auprès d'un médecin de famille, même en utilisant seulement des données administratives en santé. Nous avons ensuite créé l'indice *Reporting a Regular Medical Doctor* (RRMD), une mesure simplifiée par rapport à l'algorithme entier. Le RRMD est basé sur une moyenne des trois années précédentes de la mesure de l'UPC en continu, qui prédit les réponses à la question de l'Enquête presque aussi bien que des modèles plus complexes et encore 14 % mieux que l'UPC à un an [King 2021b].
- Accessibilité aux soins de première ligne
 - Nombre annuel de visites à l'urgence
 - Nombre annuel de visites faites auprès d'un médecin pendant les fins de semaine

Toutes les mesures mentionnées plus haut ont été développées de manière à être comparables entre le Québec et la Colombie-Britannique.

2. RÉSULTATS

La participation aux politiques d'inscription est libre, tant pour le médecin que pour les usagers. Il existe plusieurs différences entre les personnes admissibles qui sont inscrites et celles qui sont admissibles mais ne sont pas inscrites ([tableau 1](#) et [annexe A](#)). En ce qui concerne la politique d'inscription de la population générale de 2009, la valeur ajustée de l'inscription varie selon le quintile de revenu, alors que dans le cas de la politique de 2003, qui mettait l'accent sur les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes âgées, les valeurs ajustées sont relativement stables. Les usagers admissibles à la politique de 2009 et qui vivaient dans de petites villes ou en milieu rural étaient moins susceptibles d'être inscrits comparativement aux personnes admissibles habitant des villes plus peuplées (régions métropolitaines). On observe la tendance inverse au moment de la mise en œuvre de la politique de 2003. Parmi les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes âgées admissibles à la politique de 2003, les personnes ayant une histoire de besoins reliés à la santé mentale ou à l'usage de drogues étaient moins susceptibles d'être inscrites, alors que celles présentant un nombre plus élevé de consultations en soins de première ligne et de plus hauts taux d'affiliation avec un médecin de soins de première ligne étaient plus susceptibles d'être inscrites. Ces résultats suggèrent que les politiques d'inscription formalisent les relations de soins déjà existantes entre les usagers et les prestataires de soins ou que le fait de consulter plus souvent peut faire augmenter les chances d'inscription. Une analyse et une discussion plus complètes sont trouvées dans Lavergne et al., 2021.

Tableau 1 Valeurs brute et ajustée* de l'inscription (IC 95 %) selon le revenu, la ruralité, les traitements antérieurs en santé mentale ou pour usage de drogues et l'utilisation antérieure des services de santé

	Clientèle vulnérable 2003		Population générale 2009	
	Brute	Ajustée	Brute	Ajustée
Quintile de revenu du quartier (référence : quintile de revenu inférieur)				
2 ^e quintile de revenu le plus bas	1,01 (1,00 - 1,03)	1,03 (1,02 - 1,04)	1,11 (1,10 - 1,12)	1,10 (1,09 - 1,11)
Quintile de revenu du milieu	1,00 (0,99 - 1,01)	1,04 (1,03 - 1,05)	1,19 (1,18 - 1,21)	1,18 (1,16 - 1,19)
2 ^e quintile de revenu le plus élevé	1,00 (0,98 - 1,01)	1,04 (1,03 - 1,06)	1,20 (1,19 - 1,21)	1,18 (1,17 - 1,20)
Quintile de revenu supérieur	0,95 (0,94 - 0,96)	0,95 (0,94 - 0,96)	1,23 (1,22 - 1,24)	1,21 (1,20 - 1,23)
Milieu de résidence (urbain ou rural) (référence : régions métropolitaines)				
Petites villes	1,43 (1,42 - 1,44)	1,62 (1,60 - 1,63)	0,81 (0,80 - 0,82)	0,76 (0,79 - 0,80)

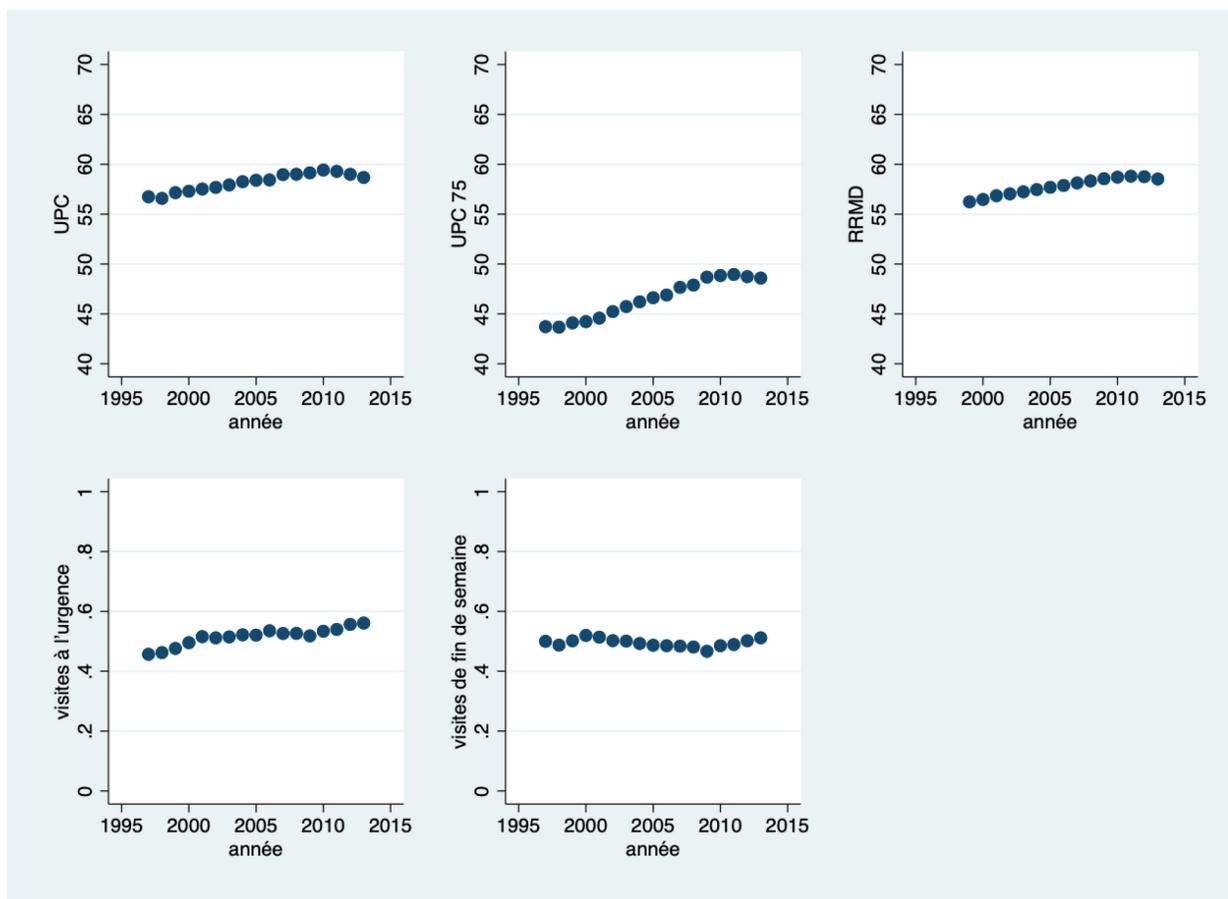
	Clientèle vulnérable 2003		Population générale 2009	
	Brute	Ajustée	Brute	Ajustée
Milieus ruraux/régions éloignées	1,20 (1,19 - 1,21)	1,37 (1,36 - 1,39)	0,94 (0,93 - 0,95)	0,93 (0,92 - 0,94)
Traitements en santé mentale ou pour usage de drogues				
Santé mentale	0,65 (0,64 - 0,69)	0,94 (0,92 - 0,96)	S. O.	S. O.
Usage de drogues	0,57 (0,55 - 0,59)	0,60 (0,58 - 0,63)	S. O.	S. O.
Utilisation des services de santé				
Nombre de consultations en soins de première ligne	1,05 (1,05 - 1,05)	1,03 (1,03 - 1,03)	1,08 (1,08 - 1,08)	1,06 (1,06 - 1,06)
Nombre de visites à l'urgence	1,04 (1,04 - 1,04)	1,04 (1,04 - 1,04)	1,005 (1,001 - 1,009)	0,99 (0,99 - 0,99)
Affiliation (proportion des consultations auprès du prestataire de soins habituel)	1,13 (1,13 - 1,14)	1,13 (1,13 - 1,13)	1,12 (1,12 - 1,12)	1,11 (1,11 - 1,11)

* Les modèles multivariés utilisés pour la production des rapports de cotes ajustés incluent l'âge, le sexe et l'indice de comorbidité Elixhauser.

Abréviations : IC 95 %, intervalle de confiance à 95 % ; S. O., sans objet.

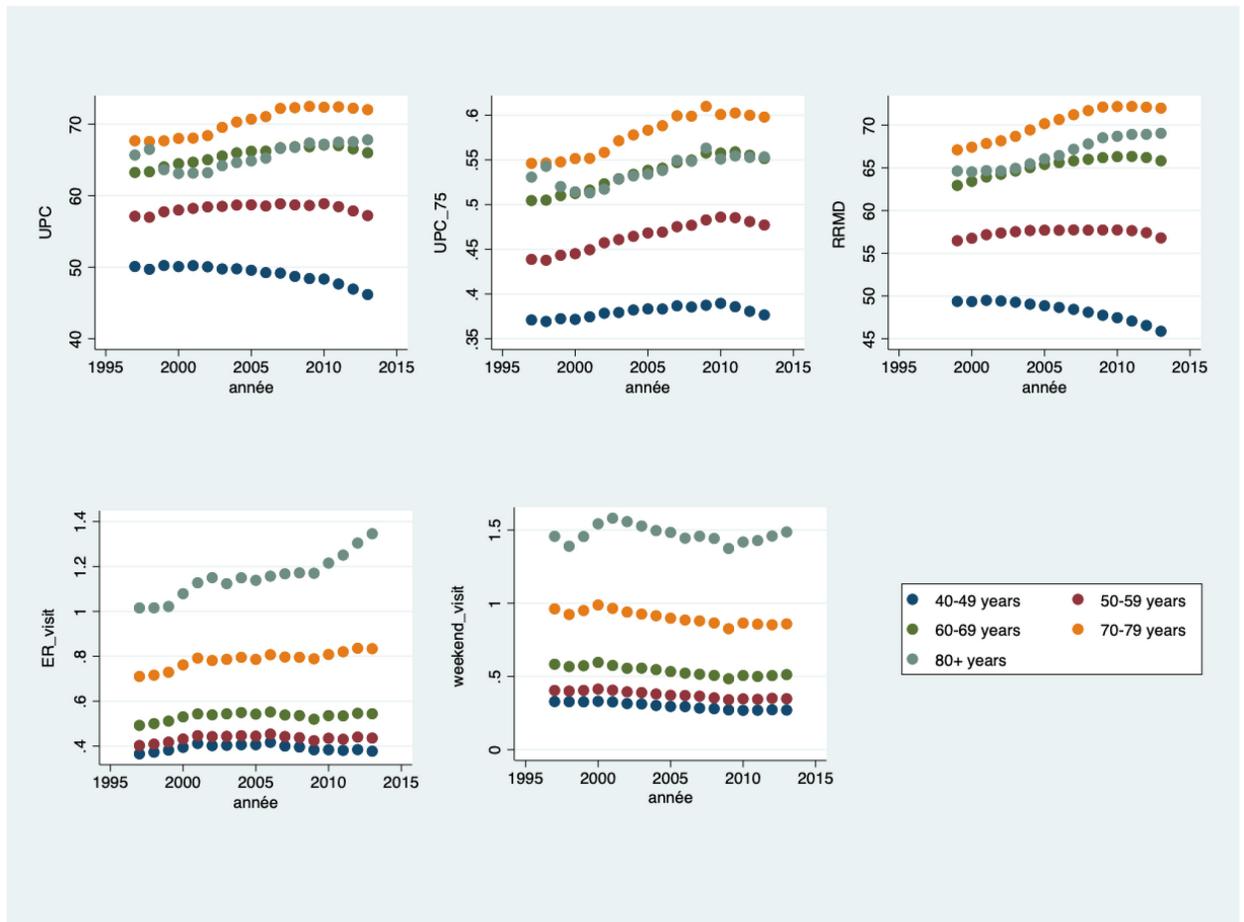
Les tendances liées aux indicateurs d'affiliation à un médecin de famille sont généralement à la hausse chez les personnes âgées de 40 ans et plus entre 1997 et 2013 ([figure 1](#)). Les tendances liées aux indicateurs d'accès aux soins sont stables ou en hausse, tel qu'illustré par une légère augmentation des consultations à l'urgence. Toutefois, les tendances légèrement à la hausse observées à la [figure 1](#) sont dues au fait que la cohorte vieillit avec le temps puisque lorsque les analyses sont stratifiées par groupe d'âge, les résultats diffèrent. Les tendances liées aux indicateurs d'affiliation se détériorent et ceux d'accès sont relativement stables chez les personnes âgées de moins de 60 ans, tandis que chez celles de 70 ans et plus, les tendances liées aux indicateurs d'affiliation augmentent et celles d'accès demeurent stables ou se détériorent ([figure 2](#)).

Figure 1 Indicateurs liés à l'affiliation et l'accès chez les personnes de 40 ans et plus, 1997-2013



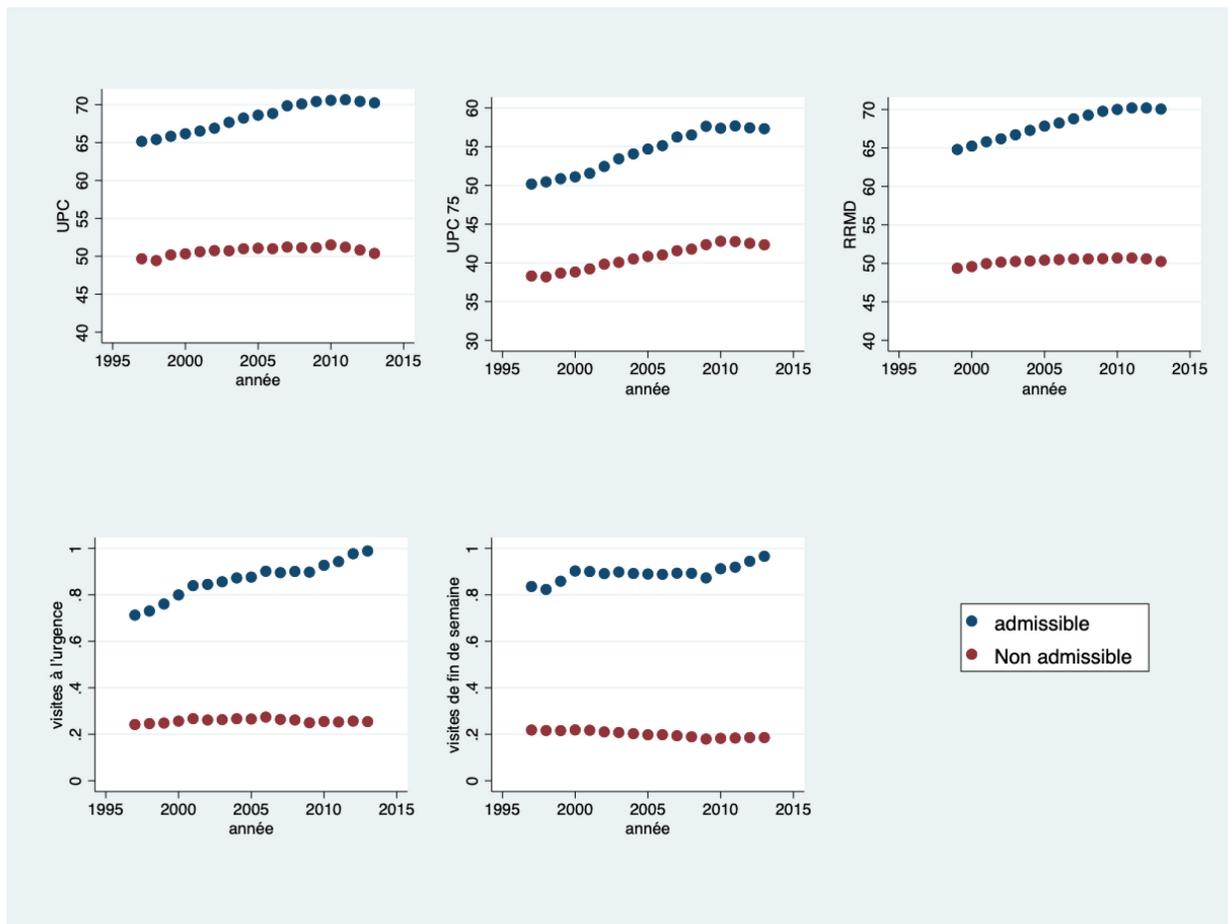
Légende : *UPC* - Usual Provider Continuity (%); *UPC 75* - UPC dichotomique avec limite de 0,75; *RRMD* - Reporting Having a Regular Medical Doctor Index (%); *URG visites* – Visites à l'urgence (nombre); *FDS visites* – Visites la fin de semaine (nombre).

Figure 2 Indicateurs liés à l'affiliation et l'accès selon le groupe d'âge chez les personnes de 40 ans et plus, 1997-2013



En ce qui concerne la politique d'inscription de 2003, les tendances à la hausse liées à l'affiliation des usagers vulnérables admissibles sont similaires à celles des usagers non admissibles, tant avant qu'après la mise en place de la politique. Les tendances liées à l'accès sont différentes entre les deux groupes : dans le groupe non vulnérable, les tendances pour les visites à l'urgence et les visites de fin de semaine sont stables tandis qu'une hausse est observée chez les personnes admissibles (personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes âgées) au fil du temps ([figure 3](#)).

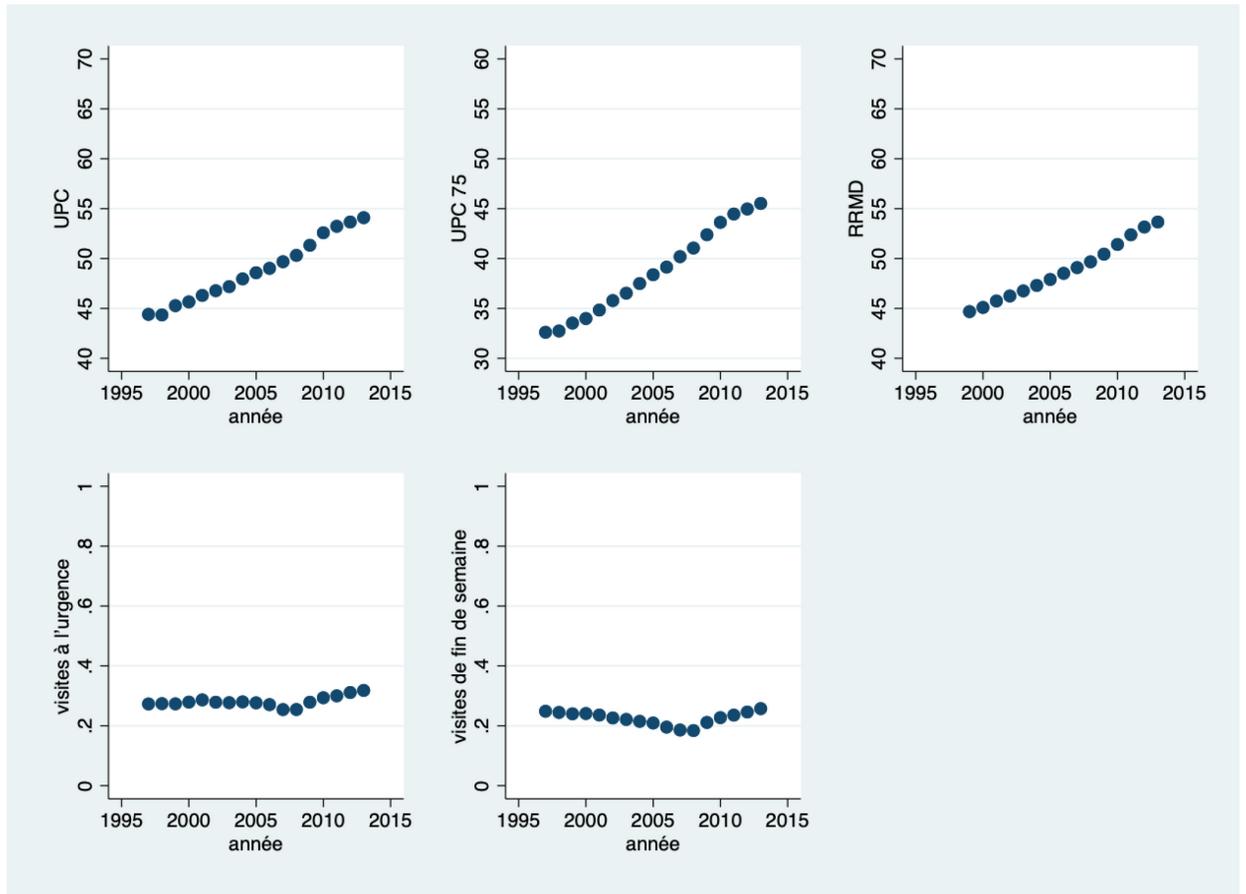
Figure 3 Indicateurs liés à l’affiliation et l’accès selon l’admissibilité à la politique d’inscription de 2003 pour la clientèle vulnérable chez les personnes de 40 ans et plus, 1997-2013



* L’admissibilité est déterminée à partir de l’âge et des maladies chroniques de 2001 et 2002.

Parmi la population générale admissible à la politique d’inscription de 2009, les tendances à la hausse liées aux indicateurs d’affiliation sont relativement similaires, tant avant qu’après la mise en œuvre de la politique. En ce qui concerne les indicateurs liés à l’accès, il semble y avoir un léger changement de tendance en 2009 : les taux de visites à l’urgence et ceux de visites de fin de semaine augmentent ([figure 4](#)).

Figure 4 Résultats d'affiliation et d'accès parmi les personnes admissibles à la politique d'inscription pour la population générale de 2009 chez les personnes de 40 ans et plus, 1997-2013



DISCUSSION

Dans le cadre de ces analyses, nous avons développé plusieurs mesures, algorithmes ainsi qu'une base de données (annexes [B](#) et [C](#)), incluant :

- Un algorithme pour identifier les usagers admissibles à la politique d'inscription des clientèles vulnérables en 2003 basé sur l'âge ou l'une des 14 principales catégories de maladies. Cet algorithme a été développé en collaboration avec un médecin de famille, étant donné que les catégories de maladies ne correspondent pas directement avec les codes de diagnostic et de procédures disponibles dans les bases de données clinico-administratives.
- Trois mesures d'affiliation usager-médecin de soins de première ligne, y compris le nouvel indice RRMD qui intègre le point de vue du patient dans une mesure d'affiliation basée sur les données clinico-administratives de santé. L'indice RRMD pourrait être utilisé dans le cadre de futures analyses afin de capter, dans les données clinico-administratives, les mesures d'affiliation déclarées par l'utilisateur, de manière plus efficace qu'avec l'UPC.
- Une base de données nettoyée contenant une cohorte ouverte composée de Québécois âgés de 40 ans et plus, pour les années allant de 1996 à 2014. La base de données contient les variables suivantes qui sont agrégées en données annuelles : statut d'inscription, admissibilité aux politiques d'inscription, indicateurs des 14 principales catégories de maladies, visites en soins de première ligne, visites à l'urgence, total des visites ambulatoires, hospitalisations, mesures d'affiliation (3), mesures de continuité des soins (10), statut socio-économique au niveau du quartier, ruralité, âge, inscription à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), date approximative du décès (mois et année) et admission en soins de longue durée. Puisque cette base de données contient une vaste population d'utilisateurs qui s'étend sur une période relativement longue, elle pourrait servir à réaliser de futures analyses portant sur une variété de sujets sans avoir à extraire à nouveau des données brutes de la base de données de la RAMQ. Elle pourrait également être mise à jour en y ajoutant les données des années plus récentes.

Nos analyses suggèrent qu'entre 1997 et 2013, les tendances d'affiliation chez les personnes de 40 ans et plus sont relativement stables, ne présentant qu'une légère augmentation sur deux décennies. Toutefois des tendances inverses sont observées selon le groupe d'âge. En effet, une détérioration des taux d'affiliation est observée chez les personnes âgées de moins de 60 ans, alors qu'une augmentation des taux est observée chez les personnes âgées de 70 ans et plus. Les indicateurs d'accès aux soins de première ligne sont relativement stables pour ces mêmes années, bien qu'une légère détérioration de l'accès soit observée chez les personnes âgées de 70 ans et plus. Dans l'ensemble, les tendances des indicateurs liés à l'affiliation et à l'accès sont assez constantes au fil du temps, et ce, que ce soit avant ou après la mise en œuvre des

politiques d'inscription ou que l'on considère les usagers admissibles ou non à ces politiques.

Les politiques d'inscription qui ont ciblé les usagers selon leur âge ou la présence de maladies chroniques ont généré des hausses relativement faibles au niveau de l'inscription des usagers selon les indicateurs de vulnérabilité sociale et économique. Par exemple, les différences entre les taux d'inscription des usagers des quartiers à faible revenu et ceux des quartiers à revenu plus élevé étaient relativement faibles. Par contre, les politiques d'inscription ciblant l'ensemble de la population ont produit des hausses d'inscription beaucoup plus prononcées, les usagers vivant dans les quartiers à revenu élevé et les usagers ayant des relations préexistantes avec un médecin de soins de première ligne étant plus susceptibles de s'inscrire. Nos résultats selon lesquels il existe une corrélation positive entre l'affiliation antérieure et l'inscription suggèrent que les politiques d'inscription peuvent formaliser une relation déjà existante entre le patient et son prestataire de soins et que le fait de consulter plus souvent son prestataire de soins peut favoriser l'inscription.

RÉFÉRENCES

Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)* 2008;27(3):759-69.

Les résultats qui apparaissent dans les manuscrits 1 et 3 ci-dessous ont été produits à partir des données de l'INESSS. Les manuscrits 2 et 3 sont disponibles dans la thèse de doctorat de Caroline King *Assessing the Impacts of the Quebec Primary Care Enrolment Policies on Patient-Physician Affiliation*, McGill University, February 2021.

1. M. R. Lavergne *et al.*, "Patient characteristics associated with enrolment under voluntary programs implemented within fee-for-service systems: Cross-sectional analysis of population-based data in British Columbia and Quebec", *CMAJ Open.*, 2021.
2. C. King, *Assessing the Impacts of the Quebec Primary Care Enrolment Policies on Patient-Physician Affiliation*, McGill University, PhD thesis, February 2021a.
3. C. King, M. R. Lavergne, K. McGrail, and E. C. Strumpf, "Reporting a Regular Medical Doctor: A New Measure of Patient-Physician Affiliation for Health Administrative Data", *Unpubl. Manuscr.*, 2021b.

ANNEXE A

Résultats des analyses

Tableau A1 Comparaison de la population générale, des usagers inscrits et des usagers admissibles non-inscrits, dans l'année antérieure à la mise en œuvre de la politique

Variable	Population QC (âge 40+) 2007	Inscription clientèle vulnérable (ciblée) 2003			Inscription population générale 2009		
		Inscrite	Non inscrite	Différence standardisée	Inscrite	Non inscrite	Différence standardisée
Total - N	4 043 955	505 869	1 063 141		352 380	2 042 543	
Démographie, comorbidités, et lieu de résidence							
Groupe d'âge - N (%)							
40-49 ans	1 399 458 (34,6)	33 699 (6,7)	253 701 (23,9)	-0,853	143 111 (40,6)	946 807 (46,4)	-0,118
50-59 ans	1 177 884 (29,2)	68 075 (13,5)	303 729 (28,6)		138 721 (39,4)	740 845 (36,3)	
60-69 ans	785 691 (19,5)	107 541 (21,3)	259 932 (24,5)		70 552 (20)	354 827 (17,4)	
70-79 ans	457 215 (11,3)	218 163 (43,1)	174 997 (16,5)		S. O.	S. O.	
80+ ans	220 113 (5,5)	78 391 (15,5)	70 774 (6,7)		S. O.	S. O.	
Sexe - N (%)							
Femmes	2 079 367 (51,5)	281 512 (55,7)	603 040 (56,7)	-0,022	195 164 (55,4)	957 321 (46,9)	-0,171
Comorbidité : # catégories Elixhauser – Moyenne (écart-type)	0,57 (0,87)	1,26 (1,18)	0,80 (1,00)	0,424	0,29 (0,52)	0,22 (0,48)	0,143

Variable	Population QC (âge 40+) 2007	Inscription clientèle vulnérable (ciblée) 2003			Inscription population générale 2009		
		Inscrite	Non inscrite	Différence standardisée	Inscrite	Non inscrite	Différence standardisée
Quintile de revenu - quartier de résidence - N (%)				-0,022			-0,074
Quintile de revenu inférieur	802 422 (20,4)	108 911 (21,5)	223 954 (21,1)		59 713 (17)	407 162 (19,9)	
2 ^e quintile de revenu	786 080 (20)	103 836 (20,5)	210 634 (19,8)		65 660 (18,6)	381 600 (18,7)	
Quintile de revenu du milieu	781 599 (19,9)	95 395 (18,9)	196 445 (18,5)		72 634 (20,6)	384 663 (18,8)	
4 ^e quintile de revenu	763 762 (19,4)	93 118 (18,4)	192 452 (18,1)		73 162 (20,8)	392 944 (19,2)	
Quintile de revenu supérieur	778 603 (19,8)	88 794 (17,6)	192 457 (18,1)		77 909 (22,1)	392 706 (19,2)	
Données manquantes		3,13 %	4,44 %		0,94 %	0,94 %	
Lieu de résidence (ur(urbain - rural) - N (N (%))				-0,124			-0,077
Métropoles	2 655 942 (67,2)	298 494 (59,0)	685 284 (64,5)		252 526 (71,7)	1 361 442 (66,7)	
Petites villes	703 685 (17,9)	112 305 (22,2)	180 674 (17)		51 286 (14,6)	341 448 (16,7)	
Milieu rural	584 843 (14,9)	86 929 (17,2)	165 944 (15,6)		46 765 (13,3)	269 430 (13,3)	
Données manquantes		1,45 %	2,71 %		0,48 %	3,37 %	
Utilisation des services de santé dans l'année antérieure à la politique d'inscription							
Santé mentale - N (%)	52 357 (1,3)	10 667 (2,1)	33 934 (3,2)	-0,067	S. O.	S. O.	

Variable	Population QC (âge 40+) 2007	Inscription clientèle vulnérable (ciblée) 2003			Inscription population générale 2009		
		Inscrite	Non inscrite	Différence standardisée	Inscrite	Non inscrite	Différence standardisée
Utilisation de substance - N (%)	19 909 (0,5)	3 352 (0,7)	12 366 (1,2)	-0,053	S. O.	S. O.	
Visites pour soins de première ligne – moyenne (écart-type)	3,26 (5,48)	6,65 (7,46)	4,28 (5,85)	0,353	2,47 (2,65)	1,80 (2,73)	2,56
Visites à l'urgence – moyenne (écart-type)	0,53 (1,69)	0,86 (2,14)	0,68 (1,99)	0,085	0,26 (0,84)	0,25 (0,87)	0,005
Continuité (proportion de visites auprès du prestataire de soins habituel) – moyenne (écart-type)	0,59 (0,43)	0,59 (40,28)	0,38 (41,92)	0,522	0,44 (0,45)	0,25 (0,40)	0,443

Nous estimons qu'une différence standardisée de 0,2 constitue un effet de petite taille, de 0,5 un effet de taille moyenne et de 0,8 un effet de grande taille.

Abréviations : QC, Québec ; S. O., sans objet.

ANNEXE B

Définition des variables, des algorithmes et des bases de données

1. Identification des usagers admissibles à l'inscription des clientèles vulnérables (personnes âgées ou atteintes d'une maladie chronique). La vulnérabilité est définie selon les critères d'inclusion de la RAMQ.
 - Les algorithmes permettent d'identifier toutes les personnes atteintes d'une maladie couverte par la politique d'inscription des clientèles vulnérables de 2003.
 - Il existe 14 catégories de maladie, y compris les problèmes de santé mentale, le diabète, la MPOC, l'asthme, les problèmes cardiaques, l'insuffisance rénale, l'inflammation chronique, les maladies du système nerveux central, le VIH, la fibrillation auriculaire et l'abus de substance.
 - Le code est disponible (Stata).
2. Algorithmes permettant d'identifier les usagers affiliés à un médecin (continuité relationnelle).
 - Fidélisation
 - Pourcentage de visites auprès du médecin le plus fréquemment consulté
 - Continuité des soins avec le prestataire de soins habituel
 - Aspects binaires de la fidélisation
 - Algorithme de prédiction permettant d'identifier les usagers qui indiquent avoir un médecin habituel
 - Nous avons développé un nouvel algorithme qui identifie les usagers qui rapportent avoir médecin habituel [King 2021a, 2021b].
 - Le code est disponible pour tous ces algorithmes (Stata)
3. Caractéristiques des types d'usagers inscrits
 - Comparaison entre les usagers qui sont inscrits et ceux qui sont admissibles sans être inscrits (variables : âge, sexe, état de santé, utilisation des services de santé).
4. Base de données annuelles de cohortes âgées de 40 ans et plus (1996-2014)
 - Base de données flexible comprenant plusieurs indicateurs, portant sur presque deux décennies, et qui peut servir à d'autres projets.

- La liste des indicateurs comprend : statut d'inscription, admissibilité aux politiques d'inscription, présence d'une des 14 maladies chroniques, visites au médecin de famille, visites à l'urgence, hospitalisations, nombre total de visites ambulatoires, 3 mesures d'affiliation, 10 mesures de continuité des soins, statut socio-économique, ruralité, âge, inscription à la RAMQ, date de décès (mois et année), admission en soins de longue durée.
5. Toutes les mesures mentionnées plus haut ont été développées de manière à être comparables entre le Québec et la Colombie-Britannique.

ANNEXE C

Indicateurs

Tableau C1 Liste des indicateurs créés

Variable		Description/ formule	Source
Données démographiques	Statut socio-économique	Indicateur ordinal (5 niveaux) : mesure socio-économique du revenu du quartier par équivalent d'une personne, basée sur le code postal, ajustée à la taille du ménage, produite par Statistique Canada (QAIPPE : Quintile of Annual Income per Person Equivalent)	Statistique Canada
Résultats d'affiliation	Usual Provider Continuity (UPC)	Indicateur continu (0-1) : La fraction des visites auprès du prestataire de soins le plus souvent consulté	Breslau N, Reeb KG., <i>Continuity of care in a university-based practice</i> , J Med Educ., 1975;50 (10):965-969.
	Usual Provider Continuity: Binary	Indicateur binaire : 1 si la fraction des visites auprès du prestataire le plus souvent consulté est >0,75; sinon 0	V. H. Menec, M. Sirski, and D. Attawar, <i>Does Continuity of Care Matter in a Universally Insured Population?</i> Health Serv Res., 2005;40 (2):389.
	Reporting Regular Medical Doctor Index	Indicateur continu (0-1) : moyenne sur 3 ans de l'UPC	C. King, M. R. Lavergne, K. McGrail, and E. C. Strumpf, <i>Reporting a Regular Medical Doctor: A New Measure of Patient-Physician Affiliation for Health Administrative Data</i> , Unpubl. manusc., 2021.
État de santé	Elixhauser	Indice de comorbidité	Vicki Stagg, 2015. "ELIXHAUSER: <i>Stata module to calculate Elixhauser index of comorbidity</i> , Statistical Software Components S458077, Boston College Department of Economics.
Identification des clientèles vulnérables basée sur la description de la RAMQ. Consultation auprès d'un clinicien pour	Diabète CIM-9 : 250 excl : 650-659 (grossesse) CIM-10: E10-E14	Indicateur binaire : 1 si 1 hospitalisation ou 2 visites ambulatoires à l'intérieur de 2 ans; sinon 0	Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC)
	Cancer	Indicateur binaire : 1 si 1 hospitalisation ou 2 visites ambulatoires à l'intérieur de 2 ans; sinon 0	Codes CIM pour le cancer selon la définition des clientèles vulnérables de la RAMQ.

Variable	Description/ formule	Source
aider à identifier les codes CIM appropriés et les fréquences.	CIM-9 : 140-172; 174-208 CIM-10 : C00-C43; C45-C97	
MPOC CIM-9 : 491- 492; 496 CIM-10 : J41-J44	Indicateur binaire : 1 si 1 hospitalisation ou 1 visite ambulatoire à l'intérieur de 1 an; sinon 0	Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC).
Asthme CIM-9 : 493 CIM-10 : J45-J46	Indicateur binaire : 1 si 1 hospitalisation ou 2 visites ambulatoires à l'intérieur de 2 ans ET une ordonnance de stéroïdes oraux; sinon 0	Non validé : Semblable au Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC) mais après avis du clinicien*, nous avons ajouté l'ordonnance afin de limiter l'inclusion aux cas graves.
Inflammation chronique CIM-9 : 555-556; 558; 714; 695.4; 696.0 CIM-10 : K50-K52; M05-M06; L93; L40.50	Indicateur binaire : 1 si 1 hospitalisation ou 2 visites ambulatoires à l'intérieur de 2 ans; sinon 0	Non validé : Nous avons basé notre algorithme sur les définitions de l'arthrite rhumatoïde et du syndrome de côlon irritable qui constituent une grande partie de cette catégorie de maladie. Chartier M, Finlayson G, Prior H, McGowan K, Chen H, de Rocquigny J, Walld R, Gousseau M., <i>Health and Healthcare Utilization of Francophones in Manitoba</i> , Winnipeg, MB: Manitoba Centre for Health Policy, 2012. Benchimol EI, Guttman A, Mack DR, Nguyen GC, Marshall JK, Gregor JC, Wong J, Forster AJ, Manuel DG, <i>Validation of international algorithms to identify adults with inflammatory bowel disease in health administrative data from Ontario, Canada</i> , J Clin Epidemiol., 2014 Aug;67(8):887-96.
Maladies du système nerveux central CIM-9: 333.4; 138; 332.0; 333.4; 340 CIM-10 : G10; G14; G20; G35	Indicateur binaire : 1 si 1 hospitalisation ou 2 visites ambulatoires à l'intérieur de 2 ans; sinon 0	Non validé : algorithme basé sur l'avis du clinicien*.

Variable		Description/ formule	Source
	Maladie pulmonaire professionnelle CIM-9 : 117.3; 495; 500-508; 511.0 CIM-10 : J60-J70; J92.0	Indicateur binaire : 1 si 1 hospitalisation ou 1 visite ambulatoire à l'intérieur de 2 ans; sinon 0	Non validé : algorithme basé sur l'avis du clinicien*.
	Maladie de l'artère coronaire CIM-9 : 410-414 CIM-10 : I20-I25	Indicateur binaire : 1 si 1 hospitalisation ou 2 visites ambulatoires à l'intérieur de 2 ans; sinon 0	Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC).
	Insuffisance cardiaque CIM-9 : 428 CIM-10 : I50	Indicateur binaire : 1 si 1 hospitalisation ou 2 visites ambulatoires à l'intérieur d'une année mobile; sinon 0	Saczynski, J. S., Andrade, S. E., Harrold, L. R., Tjia, J., Cutrona, S. L., Dodd, K. S., Goldberg, R. J., & Gurwitz, J. H. (2012), <i>A systematic review of validated methods for identifying heart failure using administrative data</i> , <i>Pharmacoepidemiology and drug safety</i> , 21 Suppl 1(0 1), 129–140.
	Fibrillation auriculaire CIM-9: 427; 785.0 CIM-10: I48	Indicateur binaire : 1 si 1 hospitalisation ou 1 visite ambulatoire à l'intérieur de 1 an; sinon 0	Yao, R., Andrade, J. G., Deyell, M. W., Jackson, H., McAlister, F. A., & Hawkins, N. M. (2019), <i>Sensitivity, specificity, positive and negative predictive values of identifying atrial fibrillation using administrative data: a systematic review and meta-analysis</i> , <i>Clinical epidemiology</i> , 11, 753–767.
	Problèmes de santé mentale (dépression, anxiété, psychose, etc.) CIM-9: 295- 302; 306-319 CIM-10: F20-F54; F56-F99	Indicateur binaire : 1 si 1 hospitalisation ou 2 visites ambulatoires à l'intérieur de 1 an; sinon 0	Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC). Contrairement au SCSMC, nous n'avons pas inclus l'abus de substance dans notre définition parce que nous en avons fait une catégorie à part (291, 292, 303, 304, 305 : F10 – F18, F55).

Variable	Description/ formule	Source
VIH CIM-9 : 042 CIM-10 : B20-B24	Indicateur binaire : 1 si 1 hospitalisation ou 2 visites ambulatoires à l'intérieur de 2 ans; sinon 0	T. Antoniou, B. Zagorski, M. R. Loutfy, C. Strike, and R. H. Glazier, <i>Validation of Case-Finding Algorithms Derived from Administrative Data for Identifying Adults Living with Human Immunodeficiency Virus Infection</i> , PLoS One, vol. 6, no. 6, p. e21748, Jun. 2011.
Insuffisance rénale CIM-9: 582-587; 589 CIM-10 : N01-N07; N17-N19; N26-N27	Indicateur binaire : 1 si 1 hospitalisation ou 2 visites ambulatoires à l'intérieur de 2 ans; sinon 0	P. E. Ronksley et al., <i>Validating a case definition for chronic kidney disease using administrative data.</i> , Nephrol. Dial. Transplant, vol. 27, no. 5, pp. 1826–1831, 2012.
Événement thromboembolique CIM-9: 415; 434.01; 434.11; 434.91 CIM-10 : I26; I63	Indicateur binaire : 1 si 1 hospitalisation ou 2 visites ambulatoires à l'intérieur de 2 ans; sinon 0	Baldereschi, M., Balzi, D., Di Fabrizio, V., De Vito, L., Ricci, R., D'Onofrio, P., Di Carlo, A., Mechi, M. T., Bellomo, F., & Inzitari, D. (2018), <i>Administrative data underestimate acute ischemic stroke events and thrombolysis treatments: Data from a multicenter validation survey in Italy</i> , PloS one, 13(3), e0193776.
Abus de substance CIM-9: 291-292; 303-305; 980 CIM-10: F10-F16; F18-F19; T51	Indicateur binaire : 1 si 1 hospitalisation ou 1 visite ambulatoire à l'intérieur de 1 an; sinon 0	Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC) – isolé de la Santé mentale.

* Nous avons consulté un clinicien pour nous aider à interpréter les directives d'admissibilité à l'inscription fournies par la RAMQ.

