



Titre du projet :

Profils de pratique des médecins généralistes du Québec

Chercheurs(res) :

A.-P Contandriopoulos, M. -A. Fournier, C. Dassa, R. Latour, F. Champagne, H. Bilodeau, N. Leduc

Objectif(s) du projet :

Développer des outils conceptuels et méthodologiques qui permettront de mieux comprendre comment les médecins organisent leur pratique et des effets de ces modalités de pratique sur la disponibilité de services à la population afin d'aider les décideurs dans l'élaboration des politiques de planification de main-d'œuvre médicale. De façon plus spécifique, l'étude vise à identifier des patterns d'organisation de la pratique en termes de volume (heures, revenu, nombre de patients) et du type d'activités et de clientèle

Hypothèses ou questions de recherche :

Il y a une grande variabilité entre les médecins d'une même spécialité, et particulièrement entre les omnipraticiens dans l'intensité et la diversité de leurs activités et de leurs clientèles. On doit pouvoir cependant identifier des grands modèles d'organisation de la pratique et on peut croire que certains facteurs, comme l'âge, le sexe et la région vont influencer la probabilité d'appartenir à l'un ou l'autre de ces profils de pratique. On doit se demander alors comment l'évolution démographique des médecins vont influencer leurs modalités de pratique et comment ces modalités de pratique seront en accord avec les besoins futurs en services médicaux en termes de volume et de capacité de répondre aux besoins changeants (accessibilité, continuité, etc.)

Contexte sociopolitique, population à l'étude, territoire géographique :

L'ensemble des médecins omnipraticiens inscrits au Collège des médecins du Québec.

Perspective théorique, cadre conceptuel, logique d'intervention etc. sur lesquels se fonde votre recherche :

Cette étude part du constat, qu'au Québec comme ailleurs, peu d'études ont été faites pour identifier les différentes formes d'organisation de la pratique et de ses déterminants. Les rares études visent à dresser un portrait global de l'ensemble des médecins d'un pays, d'une région ou d'un sous groupe en comparant généralement la moyenne d'heures travaillées ou de revenu. Notre conception est que les motivations et les contraintes auxquelles font face les médecins sont très diversifiées et que toute politique visant à assurer une meilleure accessibilité des services requis par la population doit tenir compte de ces différences.

Description des aspects particuliers de l'organisation des services de première ligne sur lesquels porte votre projet :

Vision ou culture organisationnelle (*responsabilité envers la population ou clientèle, finalité de services versus santé etc.*)

Disponibilité de services médicaux pour l'ensemble de la population

Structure organisationnelle

1. Gouverne (*professionnelle vs communautaire, relations entre acteurs découlant de règles ou lois, incitatifs comme mode de rémunération etc.*)

Politique de main-d'œuvre (admissions en médecine, incitatifs dont les modes et le niveau de rémunération, etc.)

2. Intégration/coordination (*organisationnelle/ fonctionnelle, clinique, stratégique, systémique, externe, interne etc.*)

Ressources

1. Type (*humaines, financières, physiques, technologiques etc.*)

Médecins omnipraticiens

2. Niveau (*quantité, répartition*)

3. Substitution (*est-ce que les services de première ligne se substituent à des services spécialisés?*)

4. Autre Ressources suffisantes pour répondre aux besoins de la population

Pratiques

1. Multidisciplinarité/interdisciplinarité

2. Processus de collaboration interprofessionnelle, interorganisationnelle

3. Services offerts (*étendue, gamme*)

Types de services offerts par les omnipraticiens

4. Mécanismes pour assurer la continuité, l'accessibilité, la globalité

Effets

1. Profil d'utilisation

2. Continuité, globalité, accessibilité, réactivité

Quels sont les types de pratique et la proportion des médecins dans chacun de ces types de pratique qui favoriseraient la continuité et l'accessibilité

3. Santé

Stratégie de recherche:

Identifier des types de pratique des médecins à partir des données du Collège des médecins et de la RAMQ.

Variables à l'étude :

Variable dépendante : type (ou profil) de pratique

Variables indépendantes : âge, sexe et région de pratique des médecins

Type de devis

Étude corrélationnelle

Échantillon (type d'échantillon, taille des effectifs)

Ensemble des médecins généralistes du Québec ayant complété le questionnaire annuel du Collège de médecins (taux de réponse > 85%) et ayant facturé à la RAMQ au cours de l'année

Instruments de mesure, outils de collecte et sources de données

Fichiers du Collège des médecins et de la RAMQ

Type d'analyse (*quantitative, qualitative, triangulation*) :

Analyse de regroupement (cluster analysis) avec le logiciel SPAD

Période de temps sur laquelle porte l'étude :

1994

Résultats, aspects de la démarche particulièrement pertinents pour les décideurs :

L'étude visait à mieux identifier les comportements de pratique des médecins généralistes du Québec. Les comportements visés dans cette étude ont trait à l'accessibilité des services médicaux en termes d'intensité et d'étendue de la pratique (volume de services, heures travaillées, nombre de patients, diversité des lieux de pratique, types de patients et disponibilité temporelle).

L'étude porte sur l'ensemble des médecins généralistes du Québec actifs en 1994. Les données proviennent des fichiers du Collège des médecins du Québec et de la Régie de l'assurance maladie du Québec. L'objectif est de regrouper les médecins selon leurs caractéristiques de pratique. La classification des médecins a été faite en deux étapes. La première étape a consisté à regrouper de façon normative les médecins selon leur mode de rémunération, leur niveau de revenu et leur niveau d'activité clinique. Cinq groupes ont été ainsi obtenus : cliniciens à l'acte (70 % des effectifs), cliniciens à salaire (13%), autres cliniciens (5%), non cliniciens payés par la RAMQ (5%), et autres non cliniciens non payés par la RAMQ ou médecins peu actifs (7%).

Dans la seconde étape, les médecins du premier groupe (les cliniciens à l'acte) ont été regroupés à leur tour à l'aide d'un logiciel de regroupement (cluster analysis) en prenant six variables mesurant l'intensité de la pratique et l'étendue de la pratique. Six profils de pratique ont été retenus : 1) médecins avec pratique concentrée à l'urgence et en clinique sans rendez-vous; 2) médecins très actifs avec pratique diversifiée; 3) médecins moyennement actifs avec pratique diversifiée; 4) médecins moyennement actifs avec pratique concentrée en cabinet; 5), le modèle Marcus Welby; 5) médecins peu actifs.

Les six regroupements de médecins que nous avons identifiés illustrent bien cependant qu'il existe différentes stratégies d'organisation de la pratique et que ces stratégies varient selon le sexe, l'âge et la région de pratique. Ainsi, les médecins du groupe 6^e que nous avons qualifiés de "médecin à l'urgence et en clinique sans rendez-vous", consacrent moins de temps à leur pratique que la moyenne en termes de jours et d'heures par année mais ont un revenu et un nombre de patients plus élevé. Près de 90 % de leur revenu proviennent de la pratique à l'urgence et en cabinet et le nombre de patients qu'ils y voient par jour est bien supérieur à celui des autres groupes. On peut croire qu'une part importante d'entre eux font surtout de la clinique sans rendez-vous car ils voient un volume élevé de patients par jour en cabinet et le nombre de visites par patient est inférieur à la moyenne. Ce sont surtout des hommes jeunes (moins de 45 ans) ou d'âge moyen (35-45 ans) qui exercent dans les grands centres et leurs banlieues.

Les médecins du groupe 5 ("les médecins dévoués") sont également surtout des hommes jeunes ou d'âge moyen mais qui exercent principalement hors des grands centres. Ce sont les médecins les plus actifs sur toutes les dimensions de la pratique. Les médecins du groupe 4 qu'on retrouve aussi principalement hors des grands centres se distinguent du groupe 5 par le fait qu'ils sont moins impliqués dans la pratique hospitalière (urgence et patients hospitalisés), même si leur participation est plus grande que les médecins des autres groupes.

Les médecins du groupe 3 ("les médecins traditionnels en cabinet") ont un profil que l'on retrouve en proportion presque égale dans toutes les régions et à tous âges autant chez les

hommes que chez les femmes. Leur pratique est presque exclusivement en cabinet. Les médecins du groupe 2 ("les Marcus Welby") se distinguent de ces derniers par le fait qu'une part importante de leur pratique se fait auprès des patients hospitalisés et par leur style de pratique en cabinet. Ils y travaillent presque autant de jours mais voient beaucoup moins de patients auxquels ils accordent plus de temps et un plus grand nombre de visites. Enfin, le dernier groupe de médecins ("les médecins peu actifs") est le groupe le moins homogène. Ce sont cependant eux qui sont, et de loin, les moins actifs et les moins impliqués dans différents types de pratique clinique. Leur pratique est concentrée en cabinet mais un certain nombre ont un volume d'activités non cliniques important. Ce groupe est important en nombre car il représente 24 % de l'ensemble des médecins. Près de la moitié des médecins de ce groupe sont des femmes, surtout chez les jeunes, et 20 % sont des hommes de 55 ans et plus. Ce groupe est sur-représenté dans les grands centres.

En résumé, on peut dire que cette classification des médecins omnipraticiens rémunérés à l'acte illustre bien que les stratégies d'organisation de la pratique varient d'un médecin à l'autre mais que l'on peut développer une typologie des ces modalités de pratique. On constate également que ces différentes configurations de pratique ne se distribuent pas aléatoirement entre les médecins mais que la probabilité d'appartenir à l'un ou l'autre des regroupements identifiés varie selon les caractéristiques des individus comme l'âge et le sexe. De plus, la distribution des médecins selon leur profil de pratique varie énormément selon les régions. D'où la nécessité d'analyser davantage l'impact du vieillissement et de la féminisation des effectifs sur le type d'organisation des pratiques et de mieux comprendre les déterminants de ces comportements afin d'adopter à l'avenir des politiques qui tiennent compte de ces phénomènes, particulièrement dans le contexte de la réorganisation des services de première ligne et de la nécessité d'améliorer la répartition territoriale et institutionnelle de la main-d'œuvre médicale.

À cet égard, malgré la diversité à l'intérieur de chacun des six profils, les caractéristiques d'ensemble nous portent à croire que les groupes 2, 3 et 4 correspondent au modèle du médecin de famille. Ils ont une pratique en cabinet constituée en bonne partie d'une clientèle régulière et, dans le cas des groupes 2 et 4, ont une pratique importante auprès de patients hospitalisés. Par ailleurs, le groupe 4 fournit, avec le groupe 5, la majeure partie des services hors des grands centres. Les deux groupes ont un volume d'activités bien supérieur aux autres groupes mais le groupe 5 à une implication beaucoup plus grande en milieu hospitalier, et surtout à l'urgence, que le groupe 4. Quant au groupe 6, il semble composé en bonne partie de médecins axés sur les services d'urgence en milieu hospitalier et en clinique sans rendez-vous qui cherchent à maximiser leur niveau de revenu en travaillant peu de jours et en s'impliquant très peu dans la pratique peu lucrative auprès des patients hospitalisés. On retrouve ce type de médecins un peu partout mais beaucoup moins en milieu rural. Bien qu'ils répondent à certains besoins en matière de services d'urgence, on doit se demander si leur mode de pratique actuel répond aux besoins de notre système de soins. Enfin, le groupe 1 est le groupe le plus hétérogène en ce qui concerne l'organisation de la pratique et il a un volume d'activités bien inférieur à la moyenne. Près de la moitié de ces médecins sont des femmes et la grande majorité ont moins de 45 ans. C'est probablement le groupe dont la pratique est susceptible d'évoluer le plus avec le temps et qui serait davantage réceptif à des nouvelles formes d'organisation de la pratique.

L'étude a permis d'identifier les différences de pratique entre les médecins (en termes de volume et de diversité de lieu ou type de clientèles) et les caractéristiques des médecins de ces différents types de pratique.

Les décideurs peuvent ainsi mieux cibler leurs politiques de planification de main-d'œuvre médicale particulièrement en tenant compte, d'une part, de l'évolution future de la démographie médicale et d'autre part, du volume et du type de services dont la population aura besoin au cours des prochaines années.

L'intérêt des résultats de cette étude auprès des divers acteurs concernés a permis de développer un nouveau projet de recherche qui adopte sensiblement la même démarche mais qui porte sur l'ensemble des médecins et qui permet de suivre l'évolution de la répartition des

médecins entre les divers profils de pratique entre 1994 et 2002.

Votre opinion concernant le caractère probant de vos résultats pour les décideurs :

	Peu	Moyennement	Énormément	S.O.*
Validité interne : jusqu'à quel point êtes-vous sûr de la force de la relation entre vos variables en vous fondant notamment sur :				
• Le devis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
• La taille de l'échantillon (<i>puissance statistique</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
• L'analyse de l'intervention (<i>logique/théorie de l'intervention</i>)	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'analyse de l'implantation (<i>synergie, antagonisme avec éléments du contexte</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> X
Validité externe : jusqu'à quel point vos résultats sont-ils généralisables à d'autres contextes en vous fondant notamment sur :				
• La taille de la population de référence, diversité des cas étudiés	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'inférence statistique (<i>inférence de l'échantillon à la population échantillonnée</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
• L'analyse d'implantation (<i>jusqu'à quel point les conditions d'implantation peuvent se retrouver dans un autre contexte/répliquabilité</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
• L'analyse de l'intervention (<i>inférence théorique découlant du fait que l'intervention étudiée est basée sur une théorie de l'intervention explicite qui peut s'appliquer dans un autre contexte</i>)	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Applicabilité : jusqu'à quel point vos résultats peuvent-ils être utilisés par les décideurs compte tenu de ce que vous savez des contraintes ou barrières ou des éléments facilitant leur application:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
Décrivez les éléments contraignants :				
Décrivez les éléments facilitants :				

*S. O. : Sans objet

Sources de financement :

Programme national de recherche et de développement en matière de santé

Stratégies d'échange des connaissances privilégiées dans le déroulement de votre projet:

Rapport de recherche et présentation à des colloques et congrès au Québec et ailleurs

Retombées anticipées ou utilité pour la planification ou la prise de décision :

DÉCIDEURS CIBLÉS (administratifs, cliniques)	RETOMBÉES
Gestionnaires des politiques et programmes (MSSS, Agences régionales)	Sensibilisation accrue à la question des préférences de pratique des médecins selon, l'âge et le sexe ainsi que de leur évolution dans le temps afin d'adopter des politiques macro et micro de façon à assurer l'accessibilité des services de première ligne à court et moyen termes dans toutes les régions du Québec
Gestionnaires des organisations (CH, CLSC, GMF, CMA, etc.)	Idem
Associations / ordres professionnels	Idem
Groupes communautaires	

Quelles avenues prometteuses de recherche découlent de votre projet concernant la même problématique ou une nouvelle problématique ?

Identifier les déterminants des comportements de pratique des médecins en termes de volume et types d'activités.

Principaux mots-clés :

Politiques de main-d'œuvre médicale ; accessibilité des services médicaux ; première ligne ; planification ; déterminants des pratiques