



Titre du projet :

Le processus de structuration de la pratique de première ligne des médecins généralistes: une étude qualitative sur le caractère contraignant et habilitant des modes d'organisation

Chercheurs(res) :

R. Geneau, R. Pineault, P. Lamarche et P. Lehoux

Objectif(s) du projet :

L'objectif général est de mieux comprendre comment les caractéristiques des modes d'organisation peuvent influencer la pratique de première ligne des médecins généralistes.

Hypothèses ou questions de recherche :

Nous utilisons le concept de praxis pour désigner l'ensemble des pratiques des médecins généralistes. En lien avec notre objectif général, nous explorons les trois dimensions suivantes:

1- La gamme des facteurs pouvant influencer les médecins généralistes dans leurs décisions cliniques. Il peut s'agir de facteurs liés à l'organisation ou à l'environnement. Dans cette étude, un "mode d'organisation" se définit donc comme la combinaison d'attributs reliés, d'une part, à l'organisation et, d'autre part, au contexte dans lequel celle-ci évolue.

Notre question de recherche pour cette dimension:

Quels sont les effets des modes d'organisation sur la pratique des médecins généralistes?

2- La pratique de groupe figure parmi les facteurs identifiés plus haut. Nous avons donc cherché à mieux cerner ses caractéristiques (modalités d'intégration sociale et systémique), ses déterminants et ses conséquences sur la pratique individuelle des médecins généralistes.

Nos questions de recherche pour cette dimension sont:

Comment les attributs des organisations et de l'environnement influencent-ils les modalités d'intégration sociale et systémique des médecins généralistes?

Comment ces modalités d'intégration influencent-elles le degré d'homogénéisation des pratiques médicales dans les organisations?

3- Les modes d'organisation peuvent également influencer la sélection du ou des lieux de pratique. Nous avons plus particulièrement cherché à comprendre le phénomène de multi-affiliation organisationnelle, c'est-à-dire le fait pour certains médecins de combiner la pratique en cabinet privé et la pratique en centres locaux de services communautaires (CLSC).

Nos questions de recherche pour cette dimension sont:

Quels sont les critères utilisés par les médecins généralistes pour choisir leur(s) milieu(x) de travail?

Quels sont les avantages perçus de la multi affiliation organisationnelle comparativement à l'affiliation unique?

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

La sélection des organisations et des répondants (médecins) a principalement tenu compte de la disponibilité dans l'environnement des ressources médicales de première ligne et spécialisées. Nous recherchons des cas "contrastants". Les médecins interrogés pratiquaient dans les régions suivantes en 2001-2002: Montréal, Lanaudière et Chaudière-Appalache.

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

Dans cette étude, nous utilisons la théorie de la structuration (Giddens, 1984) pour explorer les différentes conditions à la praxis des médecins généralistes ainsi que les conséquences (non)intentionnelles qui en découlent.

La théorie de la structuration offre une grille d'analyse nuancée sur les déterminants de l'action et la relation entre les structures et les acteurs. Pour Giddens, les structures sont à la fois la condition et le résultat de l'action. L'acteur utilise, consciemment ou non, des règles et des ressources pour agir et il contribue, ce faisant, à la (re)production des structures.

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.*)

Dans notre cadre conceptuel, 'vision ou culture organisationnelle', 'gouverne' et 'ressources' sont rattachés au concept de "structure". Le structurel est défini comme un ensemble de règles et de ressources qui peuvent faciliter/contraindre l'action (les pratiques).

En ce qui concerne la vision ou culture organisationnelle, nous employons le concept d'intégration systémique (Giddens, 1984) pour désigner le degré avec lequel les médecins orientent leurs pratiques en fonction des besoins de la collectivité et comment ils ont « institué » les valeurs et les fonctions de la médecine familiale à l'intérieur d'un système de soins universel et public. Cela implique, par exemple, la polyvalence des médecins dans le diagnostic et le traitement des problèmes de santé courants, l'équilibre entre une médecine de suivi et de contact ainsi que le choix des clientèles traitées en fonction des besoins de santé dans la collectivité.

Structure organisationnelle

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

Nous avons traité le mode de rémunération comme une "ressource" ayant une dimension symbolique. Le niveau de revenu, la cible financière comme abstraction, peut effectivement servir de marqueur social, d'élément identitaire et de source de valorisation. Par contre, il est également possible de soutenir que le mode de rémunération représente un ensemble de règles donnant un sens et une valeur particulière à des actions spécifiques.

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

Nous employons le concept d'intégration sociale pour désigner la réciprocité entre médecins (et autres membres de l'organisation) en situation de co-présence. Nous l'opérialisons de trois façons. Dans un premier temps, nous faisons référence au pré requis de l'intégration sociale, soit la disponibilité des médecins en situation de co-présence. Dans un deuxième temps, nous nous intéressons aux interactions entre les médecins sous l'angle de l'opposition formelle/informelle. Nous postulons que l'intégration sociale sera plus forte dans l'organisation si on y retrouve à la fois des relations formelles et informelles. Enfin, il faut examiner, en lien avec les concepts de signification, de légitimation et de pouvoir, si les médecins sont influencés par leurs collègues.

Ressources

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

La disponibilité des ressources de première ligne et spécialisées sur le territoire environnant (médecins et plateau technique) est traitée comme une source d'influence sur le processus de structuration de la pratique des médecins généralistes.

2. Niveau (*quantité, répartition*)

Voir ci-haut.

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

Pratiques

1. Multidisciplinarité/interdisciplinarité

2. Processus de collaboration interprofessionnelle, interorganisationnelle

3. Services offerts (*étendue, gamme*)

Nous avons décrit les effets des modes d'organisation sur les aspects suivants de la pratique des médecins généralistes: les actes médicaux posés, la gestion du temps de travail, le maintien et l'acquisition des connaissances et compétences médicales et le degré de spécialisation de la pratique de première ligne.

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

Nous avons porté une attention particulière à la tension constante qui existe, de l'avis de nos répondants, entre la médecine de contact et la médecine de suivi. À cet égard, la gestion du temps de travail est l'un des thèmes centraux de cette étude.

Effets

1. Profil d'utilisation

Nous n'avons pas effectué de collecte de données auprès des clientèles. Nous avons cependant le point de vue des médecins quant aux effets des modes d'organisation sur l'accessibilité, la continuité et la demande de services par la clientèle.

2. Continuité, globalité, accessibilité, réactivité

3. Santé

Stratégie de recherche:

Nous avons favorisé une analyse d'intervention. Nous visons une généralisation théorique plutôt que statistique. Le cadre conceptuel, basé sur la théorie de la structuration, représente donc le cœur de notre stratégie de recherche.

Variables à l'étude :

Dans le cadre des études de cas, les frontières entre les différentes unités d'analyse et catégories de variables sont souvent floues.

Au départ, les caractéristiques des organisations et de l'environnement représentent les variables indépendantes et les pratiques des médecins généralistes les variables dépendantes.

Nous sommes toutefois dans une stratégie de recherche permettant l'exploration de relations non linéaires (Miles et Huberman, 1994). Par exemple, les modes d'organisation peuvent influencer la gestion du temps de travail qui ensuite peut influencer les actes posés, etc.

Type de devis

Une étude de cas multiple (huit organisations comme unités d'analyse) a servi de point de départ à notre démarche (sélection des organisations et des répondants). L'analyse des déterminants et effets de la pratique de groupe est basée sur l'étude de cas. Nous avons aussi retenu les principes de base de l'ethnométhodologie dans le but de mieux comprendre le raisonnement pratique des acteurs et d'identifier les méthodes qu'ils utilisent pour donner du sens et en même temps accomplir leurs activités quotidiennes (Garfinkel, 1984; 2002).

Échantillon (*type d'échantillon, taille des effectifs*)

Nous avons interrogé 28 médecins généralistes.

Instruments de mesure, outils de collecte et sources de données

Nous avons principalement utilisé la technique de l'entrevue semi-dirigée et, dans une moindre mesure, de l'observation non participante.

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

Analyse qualitative. Plus spécifiquement, notre démarche s'est inspirée de l'analyse qualitative de théorisation qui comprend six étapes dont le déroulement n'est pas nécessairement chronologique : la codification, la catégorisation, la mise en relation, l'intégration, la modélisation et la théorisation.

Période de temps sur laquelle porte l'étude :

Les entrevues ont été réalisées entre janvier 2001 et mai 2002.

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

(Aspects de la démarche) Les entrevues semi-structurées ont permis de recueillir le point de vue de médecins généralistes de façon détaillée et en tenant compte des différentes variables de contexte.

(Résultats de la démarche)

-Nous avons utilisé les concepts de la théorie de la structuration de Giddens (1984) pour analyser les effets du mode de rémunération, de la disponibilité d'autres ressources médicales dans l'environnement, des caractéristiques et attentes des clientèles et de la collaboration (inter)professionnelle en tant que conditions à la praxis des médecins généralistes. Ces conditions peuvent influencer directement- ce que nous appelons des effets primaires- les

décisions liées aux actes médicaux, à la gestion du temps de travail, au maintien et l'acquisition des connaissances et compétences médicales et à la spécialisation de la pratique de première ligne. Ces décisions peuvent avoir diverses conséquences, intentionnelles ou non, qui sont alors susceptibles de devenir des conditions à des actions subséquentes, nous parlons alors d'effets secondaires. Par exemple, le mode de rémunération peut influencer le type (rendez-vous, sans rendez-vous) et la durée des consultations, ce qui influence par la suite le degré d'incertitude médicale dans le déroulement des activités quotidiennes. Or, l'incertitude médicale joue un rôle important dans les décisions des médecins à l'égard des tests diagnostics demandés et des références vers les spécialistes.

- Nous avons mis à jour plusieurs "méthodes" utilisées par les médecins généralistes pour concilier les différentes fonctions attendues de la première ligne (ex: continuité et accessibilité). Par exemple, certains de nos répondants offrent des plages horaires de sans rendez-vous uniquement pour "financer" les périodes sur rendez-vous (souvent avec des clientèles lourdes). Certains médecins avec une pratique mixte (CLSC et cabinet privé) suggèrent à leurs patients de les consulter au cabinet privé pour le sans rendez-vous mais de prendre leurs rendez-vous au CLSC (consultations plus longues).

- Nous avons également présenté dans notre étude une taxonomie des modalités d'intégration basée sur l'étude de nos huit cas (voir stratégie de recherche). Nous y retrouvons quatre types de pratique: la pratique de groupe intégrée, la pratique de groupe idéologique, la pratique solo en groupe et la pratique de groupe «entrepreneuriale». Nos résultats démontrent que le niveau d'intégration dans les organisations dépend autant des caractéristiques de l'environnement que de celles de l'organisation. Plus le niveau d'intégration est élevé, plus les médecins sont susceptibles d'influencer et d'être influencés par leurs collègues et donc d'avoir des profils de pratique qui se ressemblent. C'est ce que nous avons vérifié en utilisant l'hypertension comme cas traceur (5 scénarios-patient). Sous certaines conditions, la pratique de groupe peut donc être considérée comme un facteur qui influence les décisions cliniques individuelles.

- Enfin, les données présentées sur le phénomène de multi-affiliation organisationnelle démontrent que 1- les médecins généralistes choisissent activement leur(s) milieu(x) de pratique en fonction d'un vaste éventail de critères et 2- que certains médecins sont 'combinards', c'est-à-dire qu'ils privilégient la multi-affiliation pour se construire une situation professionnelle répondant à leurs multiples besoins et intérêts complémentaires.

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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La taille de l'échantillon (<i>puissance statistique</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• L'analyse de l'intervention (<i>logique/théorie de l'intervention</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'analyse de l'implantation (<i>synergie, antagonisme avec éléments du contexte</i>)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'inférence statistique (<i>inférence de l'échantillon à la population échantillonnée</i>)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décrivez les éléments contraignants : Tendance à valoriser la validité externe pour la prise de décision.				
Décrivez les éléments facilitants : Analyse fine des attitudes, comportements et points de vue des médecins généralistes face aux modes d'organisation de première ligne au Québec.				

*S. O. : Sans objet

Sources de financement :

Bourse pour études doctorales du Conseil de Recherches Médicales (CRM) en partenariat avec la Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé (FCRSS): 1999-2003

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

Les décideurs ont été informés de l'existence du projet mais n'ont pas été impliqués directement dans son déroulement.

Nous soumettrons sous peu les résultats de l'étude à différentes revues scientifiques reconnues sur la scène internationale.

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

DÉCIDEURS CIBLÉS (administratifs, cliniques)	RETOMBÉES
<p>Gestionnaires des politiques programmes (MSSS, Agences régionales) et</p>	<p>(Résultats de la démarche et retombées):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconnaître la pratique de la médecine comme un phénomène social: Notre démarche a permis d'élargir considérablement le champ des facteurs dont il faut tenir compte pour mieux comprendre ce qui influence les médecins généralistes dans leurs pratiques. Les incitatifs financiers représentent l'un des facteurs, parmi d'autres, susceptibles d'influencer la façon dont les soins sont offerts. La pratique de groupe, par exemple, est également apparue comme un élément important. Des mesures incitant à une plus grande collaboration (inter)professionnelle devront être explorées. - Favoriser l'équilibre entre l'accessibilité et la continuité: Il y a une tension constante ressentie par les médecins entre l'accessibilité et la continuité des soins. Une charge de travail axée prioritairement sur le sans rendez-vous peut mener à une perte d'expertise clinique pour les suivis et "socialiser" les patients à constamment utiliser le sans rendez-vous (délai trop long pour un rendez-vous). Plusieurs répondants estiment que le discours politique, très axé sur le 24/7 ces dernières années, doit être recentré sur la continuité des soins (influencer les attentes des patients). -Maintenir une diversité de modèles organisationnels au Québec(?): Nous avons montré pourquoi certains médecins généralistes préfèrent combiner la pratique en CLSC et la pratique en cabinet privé plutôt que de se consacrer entièrement à l'une ou l'autre en particulier. Certains de nos répondants ont également débuté en CLSC avant de migrer vers une pratique en cabinet privé et vice versa. Chaque modèle présente ses propres avantages/inconvénients pour la pratique médicale de première ligne. Le message est que les médecins ont des besoins et aspirations, parfois complémentaires, qui changent et évoluent dans le temps. Le fait d'avoir plus d'un modèle d'organisation de première ligne au Québec est valorisé par plusieurs médecins généralistes. -Réfléchir à partir d'une perspective configurationnelle: Nous avons montré que l'effet des "modèles" (CLSC vs cabinet privé) dépend en grande partie des caractéristiques de l'environnement. La disponibilité d'autres ressources de 1^{re} ligne dans l'environnement a un impact particulièrement important sur le fonctionnement des organisations et les comportements des médecins. Les étiquettes "CLSC" et "cabinet privé" renferment donc des réalités parfois fort différentes.

Gestionnaires des organisations (CH, CLSC, GMF, CMA, etc.)	
Associations / ordres professionnels	
Groupes communautaires	

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

Toute perspective "macro" repose, plus ou moins tacitement, sur une théorie de l'acteur. La théorie de la structuration nous a permis de mieux comprendre des phénomènes complexes en intégrant les différents niveaux d'analyse en jeu: l'acteur, l'organisation et l'environnement.

Certains des résultats de cette recherche peuvent être mis en parallèle avec ceux de Jeannie Haggerty et al. Par exemple, la tension entre accessibilité et continuité mentionnée par les médecins de notre échantillon est également ressentie par les patients ayant participé à leur enquête. La cohésion de la pratique de groupe apparaît aussi dans leur enquête comme un élément pouvant favoriser une offre de services mieux adaptée aux besoins des clientèles en matière d'accessibilité et de continuité (le concept d'intégration systémique dans notre recherche).

Principaux mots-clés :

Analyse d'intervention, théorie de la structuration, variations de pratique, pratique de groupe.