Les médecins omnipraticiens de cabinet privé de la ville de Québec et l'application de la responsabilité populationnelle

Michèle St-Pierre, Ph.D.¹, Samuel Legault-Mercier, M.A.², Louise Grégoire, M.Sc.A.³, Lise Côté, B.Sc.³

RÉSUMÉ

Objectifs : Il s'agit d'examiner la manière dont les médecins omnipraticiens de cabinet privé concrétisent la notion de responsabilité populationnelle instaurée par le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec en 2004. À partir de là, les impacts de ces façons de faire sur le fonctionnement de la première ligne de soins dans la région urbaine de Québec sont considérés.

Méthode : Une approche exploratoire de nature qualitative a été adoptée et 18 entrevues semi-dirigées auprès des médecins de cabinet privé, des gestionnaires et des intervenants des centres de santé et de services sociaux (CSSS) ont été réalisées. Une analyse thématique de contenu a été effectuée à partir du cadre de St-Pierre et al. qui s'appuie sur la théorie de la structuration de Giddens.

Résultats : Parce que ni la population à desservir, ni la responsabilité sous-jacente ne font consensus entre les médecins et les acteurs des CSSS, les communications, l'offre de services et la manière de gérer les ressources conditionnent l'opérationnalisation d'une responsabilité populationnelle variable et qui doit être négociée.

Discussion : Dans ces négociations, parce que ce sont les médecins qui sont sollicités par les autres partenaires, la mise en œuvre de la responsabilité populationnelle semble être une occasion de développer une première ligne orientée sur les considérations médicales.

Mots clés : réforme des soins; soins de première ligne; modalités de pratique médicale; administration des services de santé

The translation of the Abstract appears at the end of this article.

Rev can santé publique 2011;102(6):437-40.

La réforme des services de santé du Québec de 2004 instaure le principe de responsabilité populationnelle afin de susciter le passage d'une logique de services centrée sur les établissements et les utilisateurs, à une autre orientée sur la prise en compte de l'ensemble des besoins de la population. Dans ce contexte, le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) invite les acteurs à « partager collectivement une responsabilité envers [la] population [d'un territoire local], en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible – comprenant les services de santé publique visant à prévenir les principaux problèmes psychosociaux et de santé – et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système »¹.

Cette invitation touche particulièrement les médecins omnipraticiens en cabinet privé qui entretiennent des liens privilégiés avec une partie importante de la population par l'intermédiaire des consultations médicales^{2,3}. Les centres de santé locaux (Centre de santé et des services sociaux – CSSS), responsables de l'animation des réseaux locaux de services (RLS), sont alors appelés à accroître leurs interactions avec les médecins par divers moyens, dont l'intégration de personnels infirmier et administratif des CSSS dans les Groupes de médecine de famille (GMF)⁴ et les Cliniques-réseau (CR)⁵, l'adoption d'ententes formelles et la mise en place de lieux d'échange.

Cependant, malgré ces efforts des instances locales pour inciter les médecins à opérationnaliser la responsabilité populationnelle, cela ne va pas de soi, étant donné les différentes conceptions qui sont associées à cette notion qui en conditionnent l'opérationna-

lisation⁶. Étant donné l'incidence que présente la mise en place d'une responsabilité populationnelle pour l'amélioration des soins de santé, il s'avère pertinent de mettre en perspective ce qu'en font les médecins omnipraticiens de cabinet privé, en tant qu'acteurs clés face à la population. C'est ce que cet article propose d'effectuer en cherchant à comprendre comment les médecins de cabinets privés actualisent la responsabilité populationnelle en interface avec les instances locales que sont les CSSS.

MÉTHODE

Cet article s'appuie sur une étude exploratoire réalisée en 2009-2010 dans la ville de Québec⁷ menée conjointement aux travaux relatifs aux effets des transformations des services de première ligne sur les pratiques organisationnelles et professionnelles⁸. Parce qu'il s'agit d'étudier les pratiques des acteurs dans leur contexte, l'étude repose sur un devis qualitatif^{9,10} et adopte une démarche inductive et itérative. Le cadre d'analyse (tableau 1) utilisé est celui de St-Pierre et

Affiliations des auteurs

1. Département de management, Faculté des sciences de l'administration, Université Laval, Québec, QC
2. Centre affilié universitaire du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, Québec, QC
3. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Québec, QC

Correspondance : Michèle St-Pierre, Département de management, Faculté des sciences de l'administration, Université Laval, Pavillon Palasis-Prince, 2325 Rue de la Terrasse, local 1646, Québec, QC G1V 0A6, Tél : 418-656-2131, poste 4804, Téléc. : 418-656-2624, Courriel : Michele.St-Pierre@mng.ulaval.ca

Remerciements : Cette recherche a été financée par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Conflit d'intérêts : Aucun à déclarer.

Tableau 1. Cadre d'analyse

Règles/Ressources	Contextes			
	Cliniques	Administratifs	Communicationnels	Financiers
Rôles				
Savoirs				
Pouvoirs				
Modes d'organisation du travail				

al.¹¹ et est issu de la théorie de la structuration de Giddens¹². Les pratiques sont considérées comme des conduites régularisées et organisées en vue d'atteindre certains buts donnés dans un contexte précis. Ces pratiques sont balisées par les règles et les ressources mobilisées par les acteurs dans l'organisation, lesquelles s'articulent autour des rôles joués à l'égard de la responsabilité populationnelle (tâches et fonctions), des savoirs déployés (connaissances, savoir-faire), des pouvoirs y étant associés (influence, capacité d'action) et des modes d'organisation en appui. C'est à partir de ce cadre que les acteurs ont été interrogés sur ce qu'ils font au quotidien dans leurs interventions avec le patient et leurs interrelations avec les autres acteurs eu égard aux pratiques cliniques, administratives, communicationnelles et financières¹³.

Dix-huit (18) entrevues semi-dirigées d'une durée d'une heure chacune ont été conduites avec sept (7) médecins de cabinet privé et onze (11) gestionnaires et intervenants – infirmières, travailleurs sociaux et psychologues – des deux CSSS de la ville de Québec. Les médecins devaient travailler en groupe, de type GMF ou CR, où des liens sont entretenus avec les CSSS. Les acteurs de CSSS devaient maintenir des contacts réguliers avec des médecins en cabinet privé. Pour obtenir leur participation, les répondants ont d'abord été contactés par les CSSS, puis les personnes intéressées ont été rejointes par les chercheurs.

Les entrevues ont été enregistrées et retranscrites (verbatim). Une analyse thématique du contenu a été effectuée à partir du cadre d'analyse à l'aide d'un logiciel d'analyse qualitative (N'Vivo).

RÉSULTATS

D'entrée de jeu, les acteurs ont précisé ce qu'ils entendaient par la notion de responsabilité populationnelle.

Pour les médecins en cabinet privé et les intervenants de CSSS, la responsabilité populationnelle apparaît intimement associée à leur responsabilité professionnelle clinique. Il s'agit d'offrir les meilleurs services possibles aux personnes qui les consultent, en fonction de leurs expertises respectives et des mandats dévolus à leur organisation – CSSS ou clinique médicale – afin de répondre aux besoins de la population. Si pour les intervenants la notion de population réfère à la clientèle à laquelle leur CSSS les a affectés (ex : santé mentale, soins à domicile), pour les médecins celle-ci concerne les personnes qui consultent à leur clinique. Par ailleurs, pour les gestionnaires de CSSS, la responsabilité populationnelle se traduit plutôt par le mandat reçu des instances gouvernementales d'étendre les services de première ligne aux personnes de leur territoire de desserte. Ils doivent alors identifier les besoins de cette population et mettre en place une offre de services correspondante. C'est à ces égards qu'ils ont à assumer un leadership quant à l'élaboration et au bon fonctionnement du RLS au sein duquel œuvre un ensemble de partenaires, dont les médecins.

Ayant à agir dans divers contextes d'action qui s'interpénètrent (voir tableau 1), les acteurs, qui donnent différentes acceptions de ce qu'implique la responsabilité populationnelle, n'ont d'autres choix que de devoir s'attacher à développer des pratiques aptes à leur permettre le transfert d'informations d'un groupe à l'autre. Ainsi, les pratiques de communication sont apparues être partie prenante de l'opérationnalisation de cette responsabilité populationnelle. Parallèlement, parce que la manière dont les soins et services ont à être dispensés et organisés préoccupe les acteurs, qu'ils doivent s'entendre à ce propos, les pratiques liées à l'offre de services sont aussi ressorties des analyses. Conséquemment, les pratiques de gestion des ressources sont incontournables et ont émergé en tant qu'organisation du travail de chaque groupe d'acteurs et, subsidiairement, utilisation des ressources y étant associées.

Ce sont ces trois catégories de pratiques – communication, offre de services et gestion des ressources – qui font foi de l'opérationnalisation de la responsabilité populationnelle chez les médecins, en lien avec les acteurs de CSSS.

Les pratiques de communication

Dans leurs communications, les gestionnaires de CSSS s'efforcent de susciter la collaboration des médecins concernant la prise en charge de certaines clientèles et le respect des trajectoires de services qu'ils développent. Pour ce faire, ils sollicitent des rencontres de comités stratégiques, tels les tables médicales, le département régional de médecine générale, afin d'informer les médecins de leur territoire des changements dans l'offre de services du CSSS. Par la même occasion, les gestionnaires tentent de convaincre les médecins d'adapter leurs façons de faire aux nouvelles réalités.

Quant aux médecins, ils communiquent avec les gestionnaires surtout pour discuter et négocier des services qu'ils peuvent rendre selon les ressources dont ils disposent et, avec les intervenants, pour obtenir certains services des CSSS pour les clients qu'ils réfèrent. Depuis l'instauration des GMF et l'ajout d'infirmières de CSSS dans leurs cliniques, les médecins s'accordent sur le fait que cette proximité facilite la communication et le transfert de l'information avec les intervenants des CSSS.

Tout en déplorant le manque de disponibilité des médecins, les intervenants de CSSS trouvent une panoplie de moyens (ex : accès téléphonique prioritaire, liens avec les infirmières des cliniques, offre de soutien aux médecins) pour tenter d'entrer en contact avec eux et susciter leur participation aux plans de soins, aux évaluations, aux visites à domicile, à la prise en charge de nouveaux clients ou afin d'obtenir des informations cliniques.

Les pratiques d'offre de services

Les pratiques d'offre de services concernent l'organisation et la dispensation des services des CSSS et/ou des cliniques médicales en

lien avec la responsabilité populationnelle. À ces égards, les médecins évaluent que ce sont les activités effectuées dans le cadre des modalités GMF et CR qui leur permettent de répondre efficacement aux besoins de la population, vue sous l'angle des clients qui les consultent. Avec ces modalités d'organisation, ils obtiennent des ressources aptes à soutenir certaines de leurs activités (ex : triage, chirurgies mineures, suivi de clientèle). Ainsi, ils peuvent recevoir davantage de patients et offrir un meilleur service. Les services obtenus auprès des CSSS, tels les prises de sang, les soins à domicile ou les demandes d'hébergement, sont jugés satisfaisants, quoique les délais d'attente semblent trop longs.

Les gestionnaires, préoccupés par les activités d'harmonisation des services sur leur territoire et l'établissement de nouvelles trajectoires de soins, doivent négocier l'adhésion des médecins à l'offre de services du CSSS, étant donné qu'ils ne disposent pas d'une autorité formelle sur ces derniers. La négociation porte particulièrement sur les possibilités des médecins d'accéder aux ressources du CSSS afin d'alléger leurs tâches et ainsi, leur permettre de contribuer davantage au RLS. Toutefois, cette négociation est contrainte par le peu de ressources dont disposent les gestionnaires, lesquels ne sont même pas aptes à déployer une gamme complète de services, incluant la prévention et la promotion de la santé.

La situation des intervenants de CSSS est balisée par le besoin qu'ils ont de l'expertise des médecins et les difficultés d'entrer en contact avec eux. Pour offrir les services voulus, certains intervenants acceptent de prendre en charge certaines tâches administratives des médecins, emploient diverses techniques de persuasion ou encore se contentent d'un suivi et d'une évaluation téléphoniques. L'arrimage de l'offre de services reste souvent aléatoire, du fait que tous les moyens employés sont à reprendre avec chaque médecin.

Les pratiques de gestion des ressources

Les acteurs sont inévitablement engagés dans les pratiques d'organisation du travail et d'utilisation des ressources humaines et financières sous-jacentes. Les gestionnaires de CSSS, qui ont à s'adjoindre la participation des médecins aux activités du RLS, s'efforcent de traduire la responsabilité populationnelle en problématiques susceptibles de les intéresser. Cependant, les médecins préfèrent bénéficier des ressources humaines des CSSS au sein même de leurs cliniques médicales. La présence de ces ressources leur permet de déléguer des tâches, telles la prise en charge des cas légers et l'enseignement aux patients. Ils s'attendent donc de pouvoir augmenter leurs ressources afin d'être mieux épaulés dans leurs tâches. Pour ce faire, ils négocient souvent avec l'agence régionale de la santé qui chapeaute les CSSS, étant donné le peu de marge de manœuvre financière dont disposent les CSSS.

Pour leur part, les intervenants de CSSS constatent que les différences d'organisation du travail causent des difficultés de travail en commun avec plusieurs médecins en clinique privée. Pour obtenir la collaboration des médecins, vu leur relative dépendance face à ceux-ci, les intervenants sont contraints de s'adapter à leur organisation du travail, tout en démontrant qu'ils possèdent l'expertise requise.

DISCUSSION

Au lieu de s'attacher à une responsabilité populationnelle telle qu'élaborée par le MSSS, les acteurs la traduisent plutôt par une

responsabilité de nature professionnelle où les notions de responsabilité et de type de population à desservir y sont liés. La réforme de 2004 semble, selon les acteurs, avoir contribué à cette situation en accentuant la pression sur les différents fournisseurs de soins. En cherchant à améliorer la répartition des responsabilités entre la première et la deuxième ligne de soins, à formaliser et uniformiser les références cliniques et à consolider les corridors d'accès aux services pour certaines pathologies, plusieurs fournisseurs de soins de première ligne ont vu augmenter leurs charges de travail clinique et administratif. De plus, l'objectif de fournir un médecin de famille pour chaque Québécois¹⁴ n'a pas manqué de concourir à maintenir cette pression.

C'est dans ce cadre que les médecins omnipraticiens en cabinet privé ont à répondre aux besoins d'une clientèle toujours plus nombreuse, s'efforçant d'améliorer l'accessibilité, la globalité et la continuité des services malgré les difficultés que connaît la profession. Ainsi, le vieillissement des effectifs médicaux¹⁵, le peu d'engouement pour la médecine générale chez les étudiants, le type de pratique privilégié par les jeunes médecins¹⁶ et les limites imposées pour l'embauche de nouveaux médecins dans la région¹⁶, combinés aux pressions accrues sur la première ligne, ont pour effet de centrer les préoccupations des médecins sur une consolidation des services offerts dans leurs cliniques médicales afin de pallier la réduction de leur capacité de répondre aux besoins de la population, telle que soulignée par Lévesque et autres¹⁷.

C'est avec ces préoccupations que les médecins abordent la responsabilité populationnelle, un principe élaboré par le MSSS et délégué aux CSSS. Cette délégation est toutefois instaurée dans un contexte où les gestionnaires de CSSS doivent répondre à des mandats de plus en plus exigeants. Ils doivent en même temps développer des modalités d'accès à des services harmonisés, s'assurer d'une concertation avec les partenaires du RLS pour garantir un meilleur continuum de soins et augmenter l'offre de services de première ligne. Dans ce cadre, ils sont particulièrement tenus de susciter la collaboration des médecins en cabinet privé, étant donné que ces derniers sont reconnus jouer un rôle primordial dans la santé des populations¹⁸. Il appert donc qu'en fonction de ces obligations, doublées d'un alourdissement de la clientèle des intervenants qui exige d'entretenir des liens fonctionnels de collaboration avec les médecins de cabinet privé, une relative dépendance face à l'expertise médicale se développe. De ce fait, ce sont les médecins qui sont sollicités par les CSSS et non l'inverse. C'est cette dépendance qui apparaît, d'une part, baliser les négociations des médecins pour l'obtention de nouvelles ressources et, d'autre part, influencer les modes d'organisation du travail.

Connaissant eux-mêmes des problèmes, les médecins voient donc avec la responsabilité populationnelle une occasion de négocier l'obtention de ressources humaines et financières aptes à permettre de rectifier leur situation. Ceci est d'autant plus pertinent vu la satisfaction qu'ils ont déjà, avec les modalités GMF et CR, des ressources additionnelles issues des CSSS. Cependant, parce que cette négociation met en scène des acteurs ayant des capacités d'action très différenciées, l'actualisation de la responsabilité populationnelle est grandement façonnée par les impératifs médicaux. Le besoin qu'ont les CSSS à l'égard des médecins oriente les pratiques sur une recentralisation des services de première ligne vers les services médicaux par l'intermédiaire des ressources incluses dans les cliniques médicales.

En raison de la manière dont les ressources sont déployées dans les cabinets privés et en fonction des types de communication à la pièce et des pratiques de soutien aux activités médicales développées par les intervenants de CSSS, le travail s'organise de plus en plus autour du médecin. Une certaine hiérarchie se développe où c'est l'expertise médicale qui occupe le sommet de la pyramide. Ce mode d'organisation et la position qu'occupent les médecins en cabinet privé, comme acteurs de premier plan pour actualiser la réforme de la première ligne, font ressortir un enjeu de taille. L'opérationnalisation de la responsabilité populationnelle se présente-t-elle alors comme une occasion d'accentuer une certaine hiérarchisation des interventions et des expertises professionnelles sous l'égide médicale, plutôt qu'une opportunité de développer et de consolider des pratiques de complémentarité entre les différents partenaires du RLS?

Si la question reste ouverte, il reste que nos constats révèlent qu'au-delà de la gestion du changement, il importe de se préoccuper de la gestion de la capacité de changer des acteurs¹⁹, étant donné que c'est à partir de là que les véritables enjeux des transformations se reconnaissent.

RÉFÉRENCES

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). *Projet clinique : cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Document principal. Québec : Direction des communications du MSSS, 2004.
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Programme nationale de santé publique 2003-2012*. Mise à jour 2008. Québec : Direction des communications du MSSS, 2008.
3. Breton M, Lévesque JF, Pineault R, Lamothe L, Denis JL. L'intégration de la santé publique à la gouverne locale des soins de santé au Québec : enjeux de la rencontre des missions populationnelle et organisationnelle. *Pratique et organisation des soins* 2008;39(2):113-24.
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Évaluation de l'implantation et des effets des premiers groupes de médecine de famille au Québec. Québec : Équipe d'évaluation des GMF. Direction de l'évaluation, 2008.
5. Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Sur Internet : <http://www.fmoq.org/fr/organization/administrative/networkclinics/default.aspx> (consulté le 21 octobre 2010).
6. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Rapport d'évaluation. L'implantation du programme nationale de santé publique 2003-2012. La perspective des acteurs en santé publique*. Québec : Direction des communications du MSSS, 2008.
7. St-Pierre M, Legault-Mercier S, Grégoire L, Côté L. La responsabilité populationnelle chez les médecins de cabinet privé en lien avec les CSSS : enjeux et impacts pour la première ligne - Rapport de recherche. Québec : Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, 2010. Sur Internet : http://www.csssvc.qc.ca/publications/index.php?mode=aff&id_cat=3 (consulté le 2 novembre 2010).
8. Agences de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (ASSS-CN) et Réseau d'appui aux transformations des services de première ligne (RATSP). Québec : Travaux du Groupe-conseil sur les transformations des services de première ligne dans la région de la Capitale-Nationale (Document interne), 2008.
9. Boutin G. *L'entretien de recherche qualitatif*. Sainte-Foy, QC : Presses de l'Université du Québec, 1997.
10. Mucchielli A. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Collin/Masson, 1996.

11. St-Pierre M, Sévigny A, Gauthier J-B, Tourigny A, Dallaire C. Une nouvelle approche pour la gestion de l'intégration dans le système de santé : le cas des bénévoles et des professionnels. *Management et Avenir* 2009;26:177-89.
12. Giddens A. *Central Problem in Social Theory*. Berkeley, CA : University of California Press, 1979.
13. St-Pierre M. La concertation comme stratégie de gestion dans le secteur de la santé : un cas québécois d'intégration des services offerts aux personnes âgées, *XIe Conférence de l'Association internationale de management stratégique*, 5-7 juin 2002, ESCP-EAP, Paris (publication des actes du colloque sur cédérom).
14. Traoré I, Cazalle L. Qui n'a pas un médecin de famille au Québec? Portraits et trajectoires, octobre 2008. Institut de la statistique du Québec. Sur Internet : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2008/portrait_oct08.pdf (consulté le 21 octobre 2010).
15. Fournier M-A, Contandriopoulos A-P. Caractéristiques des médecins et de leurs pratiques selon le temps consacré à leurs activités professionnelles. Montréal : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal, 2005.
16. Savard I, Rodrigue J. Des omnipraticiens à la grandeur du Québec : évolution des effectifs et des profils de pratique - édition 2006. Direction de la planification et de la régionalisation, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2006.
17. Levesque J-F, Cleret de Langavant G. *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2009 : Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée : recommandation, enjeux et implications*. Commissaire à la santé et au bien être, 2009.
18. Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires-maintenant plus que jamais*. Genève : OMS, 2008.
19. Demers C. De la gestion du changement à la capacité de changer : l'évolution de la recherche sur le changement organisationnel de 1945 à aujourd'hui. *Revue Gestion* 1999;24(3):133-39.

Reçu : 2 novembre 2010

Accepté : 2 juin 2011

ABSTRACT

Objectives: The aim of this study is to examine the way in which general practitioners (GPs) in private practice view the idea of population responsibility, proposed by the Quebec Health and Social Services Ministry in 2004. We then look at how these views impact primary health care practice in Quebec City.

Method: A qualitative exploratory approach was used; 18 semi-directed interviews were performed with private practice GPs, administrators and health professionals from community health and social services centres (CSSS). A content thematic analysis of the data was performed based on St-Pierre et al.'s model and grounded on Giddens' structuring theory.

Results: Because neither the population meant to be served nor the underlying responsibility are perceived the same way by the GPs and the CSSS health professionals, the respective practices do not always converge. Consequently, methods of communication, offers of services and management of resources impact on the operationalization of the concept of population responsibility, which has to be negotiated.

Discussion: In these negotiations, because physicians are the ones solicited by the other partners, the application of population responsibility increasingly becomes an opportunity to develop a medically oriented primary care organization.

Key words: Health care reform; primary health care; physician's practice patterns; health services management