

**EVALUATION DES MODÈLES DE PRESTATION
DES SOINS DE SANTÉ :
Répercussions sur les effectifs médicaux**

Rapport Final



Mars 2006



**A Physician Human Resource
Strategy for Canada**

**Une stratégie en matière d'effectifs
médicaux pour le Canada**

TASK FORCE TWO

GRUPE DE TRAVAIL DEUX

**ÉVALUATION DES MODÈLES DE PRESTATION DES
SOINS DE SANTÉ
Répercussions sur les effectifs médicaux**

Rapport Final

Préparé par :
Malatest
Program Evaluation & Market Research
pour
Groupe de travail Deux:
Une stratégie en matière d'effectifs médicaux pour le Canada

Mars 2006

Cette initiative est financée par le gouvernement du Canada et la communauté médicale. Les opinions et les interprétations contenues dans le présent rapport sont celles du Groupe de travail Deux et ne reflètent pas nécessairement celles du gouvernement du Canada ou des organisations individuelles participantes.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	iii
SOMMAIRE	v
Section 1 : Introduction et contexte	1
1.1 Introduction	1
1.2 Structure du rapport	1
1.3 Contexte.....	2
1.3.1 Questions relatives aux effectifs médicaux au pays.....	2
1.3.2 Objectifs du Groupe de travail Deux.....	3
1.4 Aperçu du projet.....	3
Section 2 : Méthodologie	5
2.1 Élaboration de cadres conceptuels.....	5
2.1.1 Examen en profondeur des constatations des phases un et deux.....	5
2.1.2 Élaboration de dimensions et d'indicateurs de rendement de soins de santé	5
2.1.3 Élaboration de critères et d'indicateurs de rendement des questions relatives aux effectifs médicaux	6
2.1.4 Consultations auprès des intervenants	7
2.2 Élaboration d'outils de recherche pour les visites des sites.....	9
2.3 Visites des sites	9
2.3.1 Objectifs	9
2.3.2 Sélection des sites	10
2.3.3 Recrutement des sites.....	11
2.3.4 Administration des visites des sites.....	11
2.4 Considérations relatives à la recherche	12
2.4.1 Utilisation d'une méthode quasi Delphi	12
2.4.2 Études de cas.....	13
2.4.3 Généralisation des résultats à l'ensemble des sites	13
2.4.4 Activités de recherche qualitative et quantitative	13
2.4.5 Limites de la recherche	13
Section 3 : Aperçu des visites des sites	15
3.1 Aperçu.....	15
3.2 Profiles des modèles de santé	15
3.2.1 Équipe Santé familiale Blue Sky – North Bay, Ontario.....	16
3.2.2 Ormstown Medical Health Centre – Québec.....	17
3.2.3 Harbourside Community Health Centre – Summerside, Île-du-Prince-Édouard	18
3.2.4 North Queens Health Centre – Caledonia, Nouvelle-Écosse.....	18
3.2.5 Group Health Centre – Sault Ste. Marie, Ontario.....	19
3.2.6 Northeast Community Health Centre – Edmonton, Alberta.....	20
3.2.7 Calgary - soins partagés en santé mentale – Alberta.....	21
3.2.8 Vancouver Native Health Society – Colombie-Britannique	22
3.2.9 Southeastern Ontario Academic Medical Organization – Kingston, Ontario.....	23
3.2.10 Alternative Funding Plan - <i>Université de l'Alberta</i> , Edmonton, Alberta	25

Section 4 : Constatations clés	26
4.1 Introduction.....	26
4.2 Satisfaction des médecins.....	26
4.3 Facteurs ayant un effet sur le recrutement des médecins.....	28
4.4 Facteurs ayant un effet sur le maintien en poste des médecins dans les modèles de soins de santé.....	38
4.5 Accès aux soins.....	46
4.6 Coordination des soins	47
4.6.1 Accès aux dossiers de santé des patients entre fournisseurs	47
4.6.2 Faciliter à consulter d'autres professionnels de la santé au sein du modèle.....	47
4.6.3 Navigateur de système/gestionnaire de cas	48
4.7 Défis en matière d'effectifs médicaux – constatations des études de cas	48
4.7.1 Défis en matière d'effectifs médicaux des modèles de pratique clinique	48
4.7.2 Défis en matière d'effectifs médicaux des modèles ERTC.....	51
 Section 5 : Utilisation d'un cadre	 52
5.1 Diversité des modèles de santé au pays	52
5.2 Applicabilité des indicateurs aux divers types de modèles	53
5.3 Questions et indicateurs clés sur les effectifs médicaux.....	54
5.3.1 Recrutement.....	54
5.3.2 Formation et perfectionnement professionnel	55
5.3.3 Organisation des tâches.....	55
5.3.4 Maintien en poste	56
5.4 Conception et modification d'instruments	56
5.5 Élaboration d'un guide d'utilisation	56
 Section 6 : Sommaire et conclusions	 58
6.1 Facteurs clés en matière de recrutement et de maintien en poste	58
6.2 Défis clés en matière d'effectifs médicaux.....	59
6.3 Considérations futures	61

REMERCIEMENTS

La réalisation de la publication *Évaluation des modèles de prestation des soins de santé : répercussions sur les effectifs médicaux* a été rendue possible grâce à la contribution des parties suivantes :

Coprésidents du Groupe de travail Deux

D^r Michel Brazeau
Collège royal des médecins et chirurgiens
du Canada

D^r Nicholas Busing
Collège des médecins de famille du
Canada

D^r Hugh Scully
Association médicale canadienne

Équipe technique

M^{me} Danielle Fréchette
Collège royal des médecins et chirurgiens
du Canada

M. Owen Adams
Association médicale canadienne

D^r John Maxted
Collège des médecins de famille du
Canada

Dr Todd Watkins
Forum médical canadien

M^{me} Lynda Buske
Association médicale canadienne

M^{me} Heidi Bungay
Ressources humaines et Développement
des compétences Canada

D^r Joshua Tepper
Santé Canada

Sites de Santé Canada participants

Équipe Santé familiale Blue Sky
Ormsdown Medical Health Centre
Harbourside Community Health Centre
North Queens Health Centre
Group Health Centre
Northeast Community Health Centre
Calgary - soins partagés en santé mentale
Vancouver Native Health Society
Southeastern Ontario Academic Medical
Organization
Alternative Funding Plan – Université de
l'Alberta

Gestionnaire de projet du Groupe de travail Deux

Christine Da Prat
Association Strategy Group

Conseillers de projet

R.A. Malatest & Associates Ltd.

Experts-conseils

D^r Allan W. Gregory
D^r William Hogg
D^r Sam Shortt
D^r André-Pierre Contandriopoulos

Autres collaborateurs

Nombreux experts des soins de santé de
partout au pays.

Le présent projet est subventionné en partie par le Programme des conseils sectoriels du gouvernement du Canada, Santé Canada ainsi que les contributions en argent et en nature de la communauté médicale.

Les opinions et les interprétations présentées dans cette publication proviennent de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement celles du gouvernement du Canada.

SOMMAIRE

Cette recherche appuie le mandat du Groupe de travail Deux en ce qui concerne la détermination des questions clés liées aux effectifs médicaux.

Ce projet visait principalement l'élaboration d'un cadre de ressources humaines et sa validation grâce à une série d'études de cas partout au pays.

Introduction

Au cours des dernières années, de nombreuses études ont mis en évidence le besoin de mieux planifier la main-d'œuvre médicale au pays. Compte tenu de la nécessité d'adopter une approche proactive pour répondre aux besoins actuels et futurs en matière d'effectifs médicaux au pays, le Groupe de travail Deux, un organisme créé par le Forum médical canadien, a commandé plusieurs projets de recherche dans le but de mieux comprendre les questions clés en matière de ressources humaines qui ont une incidence sur les effectifs médicaux au pays.

Les projets de recherche qu'a commandés le Groupe de travail Deux à ce jour comprennent une étude documentaire et une analyse des écarts, la mise sur pied d'un inventaire des modèles de soins de santé, des recherches concernant les dynamiques du marché du travail pour les médecins et la détermination des questions prioritaires en matière de ressources humaines d'aujourd'hui et de demain auxquelles les médecins font face. En s'appuyant sur la recherche existante qui détermine les répercussions sur les ressources humaines liées aux divers modèles émergents de prestation des soins de santé, le projet actuel visait l'élaboration d'un cadre conceptuel qui permettra aux administrateurs dans le domaine de la santé et aux praticiens de mieux évaluer la mesure dans laquelle leur propre modèle de soins de santé répond à leurs besoins en matière d'effectifs médicaux.

À cette fin, l'équipe de recherche de R.A. Malatest & Associates Ltd., en collaboration avec une équipe de conseillers externes spécialisés dans les effectifs médicaux, a reçu le mandat de réaliser l'*Évaluation des modèles de prestation des soins de santé : répercussions sur les effectifs médicaux*.

Le projet visait les objectifs suivants :

1. Examiner plus de 180 modèles de soins de santé différents relevés par le Groupe de travail Deux dans le but d'élaborer un cadre conceptuel en matière d'effectifs médicaux.
2. Valider le cadre conceptuel grâce à une série d'études de cas et de visites de sites partout au pays fondées sur des modèles de soins de santé représentatifs.
3. Déterminer les constatations préliminaires associées aux études de cas portant sur le recrutement et le maintien en poste des médecins fondées sur les modèles de soins de santé examinés dans le cadre de cette recherche.

Approche de la recherche

La recherche réalisée dans le cadre de la présente étude comprenait des activités qualitatives et quantitatives. L'équipe de recherche a consulté de nombreux intervenants partout au pays, y compris des représentants de Santé

Canada et des ministères provinciaux responsables des services de santé, des universitaires, des représentants de divers organismes médicaux nationaux et provinciaux et d'autres experts dans le domaine des effectifs médicaux. En plus des entrevues avec les principaux informateurs, les conclusions contiennent les résultats d'une enquête menée auprès de 165 médecins dans les 10 sites visités, ainsi que l'analyse des enquêtes administratives détaillées réalisées pour les sites visés par les études de cas.

Les 10 sites visités ont été regroupés dans deux catégories, soit les modèles de pratique clinique ou les modèles qui réunissent l'enseignement, la recherche et le travail clinique (modèles ERTC).

En se fondant sur l'examen des sites de soins de santé visités, la firme conseil a regroupé les 10 sites en deux catégories de modèle :

Modèles de pratique clinique – ces modèles de soins de santé sont en grande partie axés sur la pratique clinique et comprennent une variété de petits sites de soins de première ligne en plus de modèles comptant des spécialistes et des médecins de famille/omnipraticiens.

Modèles qui réunissent l'enseignement, la recherche et le travail clinique (modèles ERTC) – ces sites sont des modèles universitaires qui réunissent l'enseignement, la recherche et le travail clinique.

Il faut prendre note que la plupart des sites visités utilisent d'autres structures de paiement (notamment le salaire, le modèle combiné et les modèles de financement) dans le cadre desquelles les médecins sont en partie rémunérés à l'acte et selon d'autres mécanismes de rémunération.

Limites de la recherche

L'information présentée dans cette étude reflète les constatations clés associées aux études de cas réalisées dans un nombre limité de sites au pays. À ce titre, elles doivent être considérées comme les principales constatations associées aux 10 sites visités, et la capacité de les généraliser à tous les modèles de soins de santé est limitée. Néanmoins, compte tenu de l'évaluation relativement en profondeur des effectifs médicaux de chacun des 10 sites visités, la recherche ne donne pas un aperçu des répercussions des modèles de prestation des soins de santé et organisationnels en ce qui concerne le recrutement et le maintien en poste.

Constatations clés – Répercussions des modèles de soins de santé en ce qui a trait aux effectifs médicaux

Sont présentées ci-dessous les constatations clés associées aux études réalisées dans le cadre de ce projet.

Différents modèles de soins de santé ont différents facteurs qui influencent la satisfaction des médecins.

Il n'est pas étonnant que les facteurs qui influencent la satisfaction d'un médecin à l'égard d'un modèle de soins de santé ne soient pas homogènes dans les différents modèles de soins de santé. Dans les modèles de pratique

Il faut faire preuve de prudence relativement à l'application des résultats de la recherche aux modèles de soins de santé partout au pays.

Différents modèles de soins de santé ont différents facteurs associés à la satisfaction des médecins.

clinique, par exemple, la satisfaction des médecins est liée à l'association étroite avec la communauté dans laquelle ils exercent, au plaisir qu'ils éprouvent à leur travail ainsi que leurs relations professionnelles et interactions avec d'autres médecins. Quant aux médecins qui exercent dans des modèles qui réunissent l'enseignement, la recherche et le travail clinique, la satisfaction est étroitement liée aux perspectives de carrière ou à la capacité de faire évoluer leur pratique et la structure du modèle de santé global. Il existe certaines similitudes entre les modèles, comme en témoigne l'association entre le plaisir au travail et la satisfaction générale des médecins à l'égard des deux modèles.

Indépendamment de la taille limitée des échantillons (10 sites), la recherche laisse entendre que chaque modèle de soins de santé devrait élaborer une stratégie en matière de ressources humaines adaptée à ses propres caractéristiques. De futures recherches pourraient éclairer la mesure dans laquelle d'autres modèles de soins de santé ont des facteurs partagés ou uniques qui influencent la satisfaction des médecins.

Les modèles de soins de santé examinés dans la présente étude obtiennent de bons résultats pour ce qui est d'attirer des médecins à leurs sites.

L'analyse des données administratives fournies par les sites visités laisse à penser qu'en général, ils ont peu de postes de médecins à combler, allant de 2 % dans les modèles ERTC à 9 % dans les modèles de pratique clinique.

Les entrevues avec les intervenants clés semblent indiquer que les principaux éléments structurels qui attirent les médecins (et permettent de les maintenir en poste) varient selon le type du modèle. Tel qu'illustré ci-dessous, les éléments d'« attraction » sont différents selon qu'il s'agit de sites cliniques ou de sites ERTC.

Principaux éléments de recrutement – modèles de pratique clinique

- Milieu de travail axé sur la collaboration/le travail d'équipe
- Plus grande capacité à se concentrer sur la pratique clinique
- Équilibre entre la vie privée et le travail

Principaux éléments de recrutement – modèles ERTC

- Appui à l'équilibre des activités
- Rémunération
- Appui aux fonctions recherche

D'autres structures de paiement jouent un rôle essentiel dans la satisfaction des médecins.

Une caractéristique que partagent de nombreux modèles visités consiste en une autre structure de paiement dans laquelle le salaire/revenu des médecins

Différents modèles de soins de santé ont différentes « forces motrices en matière d'attraction ».

Les médecins qui travaillent dans des modèles de pratique clinique considèrent qu'un modèle qui appuie l'équilibre entre la vie privée et le travail est important.

n'est pas lié à un calendrier de rémunération à l'acte. En règle générale, on mentionne que de tels modèles de financement offrent plus de souplesse et une meilleure possibilité d'équilibre entre la vie privée et le travail et permettent aux médecins de se concentrer sur les soins cliniques et/ou la recherche et l'enseignement, selon les besoins.

L'équilibre entre la vie privée et le travail est un élément attrayant qu'offrent les sites de pratique clinique visités.

Les médecins qui travaillent dans des modèles de pratique clinique ont indiqué qu'un des principaux éléments qui les attire vers ce modèle est la capacité d'avoir un meilleur équilibre entre « le travail et la vie personnelle », compte tenu d'heures de travail plus régulières ainsi que de congés rémunérés pour des vacances, en cas de maladie, pour des raisons personnelles et pour de la formation médicale continue (FMC). Quant à eux, les médecins qui travaillent dans des modèles de pratique clinique ont également mentionné que les exigences réduites pour ce qui est d'être de garde les fins de semaine et les soirs constituent une caractéristique attrayante.

La « pratique de collaboration » est un élément clé des modèles de pratique clinique.

Les médecins ont signalé que le succès que connaît le site pour ce qui est d'attirer et de maintenir des médecins en poste est, en grande partie, lié à la relation entre les médecins eux-mêmes, les spécialistes et d'autres professionnels paramédicaux. Plus de 95 % des médecins des modèles de pratique clinique qui ont répondu à des enquêtes ont mentionné le haut niveau de satisfaction à l'égard d'autres médecins et/ou des non-médecins.

La souplesse du travail est un élément clé dans les modèles qui réunissent l'enseignement/la recherche/le travail clinique.

Une très grande proportion des médecins ayant travaillé dans les modèles ERTC visités ont indiqué que la souplesse du modèle leur permettait d'aller de l'avant quant à des intérêts variés – qu'il s'agisse de l'enseignement, de la recherche ou de la pratique clinique – est un élément d'attraction clé. Dans les modèles ERTC, les médecins peuvent effectuer de la recherche ou enseigner sans pénalité financière, ce qui diffère d'autres modèles où la majorité du revenu des médecins a un lien avec les activités cliniques rémunérées à l'acte. Plus d'un quart des médecins interrogés ont indiqué que cette structure souple de rémunération est un déterminant clé quant au site/modèle qu'ils ont choisi.

Les études de cas laissent entendre que les deux types de modèle sont aux prises avec plusieurs défis en matière d'effectifs médicaux.

Malgré le haut niveau de satisfaction des médecins, les résultats de la recherche soulignent également certains défis actuels en matière d'effectifs médicaux auxquels sont confrontés les modèles de pratique clinique et les modèles ERTC visités dans le cadre de la présente étude. Ces défis sont présentés ci-dessous.

Les médecins dans les modèles ERTC apprécient la souplesse leur permettant d'effectuer de la recherche clinique, d'enseigner et d'exercer et ce, sans pénalité financière.

On a constaté que les modèles de pratique clinique sont aux prises avec quatre défis clés en matière d'effectifs médicaux.

Pratique clinique combinée

Le défi lié à la pénurie nationale de médecins : Malgré le fait qu'un grand nombre des sites visités aient adopté des mesures novatrices, presque tous les administrateurs sont d'avis que les pressions en matière de ressources humaines resteront un défi clé qui s'aggravera en raison des médecins actuels qui prennent leur retraite et de la préférence des jeunes médecins à travailler moins d'heures.

Le défi lié à l'approche des soins en collaboration : Bien qu'un grand nombre des médecins interrogés dans le cadre de la présente étude aient épousé le concept des soins en collaboration, ce dernier pose également des défis quant à un effectif médical habitué à travailler de façon indépendante. On a cerné des questions de responsabilité professionnelle (en ce qui concerne le personnel paramédical) et, dans le cadre de cette approche, les médecins doivent abandonner une partie de leur indépendance relativement à des décisions liées à la dotation et/ou à d'autres décisions de nature administrative.

Le défi lié à la planification de la transition : Les administrateurs d'un grand nombre de modèles de pratique clinique ont fait remarquer qu'il est difficile de planifier le départ d'un médecin. Étant donné la petite taille de nombreuses pratiques (p. ex., 2 à 5 médecins), il est difficile, par exemple, de reporter la retraite d'un médecin. Une période de chevauchement serait idéale pour appuyer un médecin arrivant. Cependant, en raison de limites financières qui ne permettent qu'un poste ETP (équivalent temps plein), le médecin songeant à la retraite n'a pas l'option de travailler moins d'heures ou d'avoir une charge de travail réduite; ce financement doit être donné au médecin arrivant qui habituellement veut occuper un poste à plein temps afin d'adhérer à un modèle. Il n'y a aucun financement disponible pour appuyer une charge de travail réduite dans le cas du médecin qui préférerait reporter sa retraite si l'option lui était offerte. Les administrateurs reconnaissent que la présence d'une période de transition serait une stratégie de recrutement efficace.

Le défi lié à la gouvernance : La coordination de certains modèles de pratique clinique n'est pas appuyée explicitement par l'entremise d'un directeur et/ou d'une structure de gestion. On peut dire que dans de tels modèles, la gestion des ressources humaines est faible et que le manque de processus décisionnels officiels pourrait les rendre moins attrayants aux yeux des médecins. En outre, de nombreux médecins qui travaillent dans de tels modèles ont mentionné la capacité limitée d'accroître leurs connaissances en matière de ressources humaines/gestion au moyen des cours de développement professionnel actuels.

Modèles qui réunissent l'enseignement, la recherche et le travail clinique (ERTC)

Le défi lié à l'exigence administrative : Les médecins des modèles ERTC reconnaissent qu'un certain nombre de tâches administratives font

On a constaté que les modèles ERTC sont aux prises avec trois défis clés en matière d'effectifs médicaux.

inévitablement partie du travail au sein d'une grande institution, mais les considèrent coûteuses. Bien que leurs compétences cliniques soient en demande, les médecins estiment que ces tâches, particulièrement celles liées à la facturation fictive, constituent une mauvaise utilisation de leur temps et de leurs ressources.

Le défi lié aux sources de financement : D'autres modes de financement ont revitalisé les modèles ERTC. Cependant, ces régimes ont besoin d'importantes affectations de fonds pour fonctionner. En outre, plus de ministères sont intéressés à obtenir ces modes de financement. Le défi que doivent relever les ministres et les gouvernements provinciaux est de continuer à financer ces programmes et d'autres programmes tels qu'ils sont proposés. Puisque qu'en général on mesure la productivité en termes de procédures cliniques, les modèles ERTC semblent moins productifs en raison du nombre important de patients consultés comprenant un élément de formation, ce qui se traduit par un nombre réduit de patients consultés étant donné le temps supplémentaire qui doit être consacré à l'enseignement. De plus, le nombre de patients consultés ne tient pas compte des activités de recherche. Les mesures traditionnelles standards de la productivité des médecins ne saisissent qu'une partie de la production dans ces modèles.

Le défi lié à la concurrence en matière de rémunération : Les médecins rémunérés selon d'autres modes de financement sont préoccupés par l'écart entre leur rémunération et celle des médecins rémunérés à l'acte. Encore plus important pour les médecins travaillant dans les modèles ERTC, ils veulent que leur rémunération soit semblable à celles d'autres institutions, particulièrement celles au sein de la même province. Des différences au niveau de la rémunération entraînent une diminution de la satisfaction des médecins. Elles peuvent également créer une instabilité à l'institution ayant une rémunération moins élevée, car il serait plus probable que les médecins aillent travailler dans des modèles où la rémunération est plus élevée.

SECTION 1 : INTRODUCTION ET CONTEXTE

1.1 Introduction

Le présent rapport met en évidence les constatations clés associées au projet *Évaluation des modèles de prestation des soins de santé : répercussions sur les effectifs médicaux* commandé par le Groupe de travail Deux et réalisé par R.A. Malatest & Associates Ltd.

Cette recherche visait deux objectifs :

1. Élaborer un cadre conceptuel des effectifs médicaux qui permettrait aux administrateurs dans le domaine de la santé et à d'autres fournisseurs de soins de santé de mieux évaluer l'état des effectifs médicaux au sein de leurs propres organismes.
2. À l'aide d'études de cas, déterminer les facteurs/meilleures pratiques dans le domaine des effectifs médicaux qui servent à recruter ou à maintenir en poste des médecins dans une variété de modèles de pratique.

À cette fin, l'équipe de recherche, composée de représentants de R.A. Malatest & Associates Ltd. et de chefs de file dans le domaine des effectifs médicaux, a réalisé un examen complet des différents modèles de santé déterminés lors de recherches précédentes commandées par le Groupe de travail Deux, a mené des entrevues avec des administrateurs dans le domaine de la santé et d'autres intervenants clés et a visité 10 sites de soins de santé partout au pays en vue de recueillir de l'information quant au caractère approprié du cadre conceptuel ainsi que de discerner les principales pratiques dans le domaine des effectifs médicaux.

Il faut souligner que bien que la recherche sur le terrain visait principalement à valider le cadre conceptuel des effectifs médicaux, on a également recueilli de l'information sur les pratiques principales/prometteuses dans le secteur des effectifs médicaux. Cependant, étant donné l'échantillon de petite envergure (10 sites), les lecteurs doivent faire preuve de prudence lorsqu'ils interprètent ces constatations et appliquent les résultats à tous les modèles de soins de santé au pays.

1.2 Structure du rapport

Le présent rapport présente l'information dans les sections suivantes :

Section 1 – Introduction et contexte

Cette section décrit les objectifs de la recherche et présente un aperçu du processus de recherche et de la classification des modèles de santé.

La recherche visait à élaborer un cadre conceptuel des effectifs médicaux et à déterminer les facteurs qui servent à recruter et à maintenir en poste des médecins.

Section 2 – Méthodologie

Cette section décrit en détail les diverses activités de recherche réalisées dans le cadre de ce projet. De plus, on y aborde la méthodologie utilisée pour élaborer des outils de recherche et donner un aperçu des visites des sites et d'autres considérations de la recherche (y compris les limites) associées au projet de recherche.

Section 3 – Aperçu des visites des sites

Cette section comprend la description des 10 sites visités dans le cadre de cette étude, y compris la classification des divers modèles de soins de santé.

Section 4 – Constatations clés

Cette section aborde les pratiques principales/prometteuses en matière d'effectifs médicaux dans le domaine du recrutement et du maintien en poste, de l'accès aux soins et de la coordination des soins offerts.

Section 5 –Utilisation d'un cadre

Cette section examine notamment la caractère adéquat du cadre et la validité des outils d'enquête/administratifs élaborés dans le cadre de ce projet.

Section 6 – Sommaire et conclusions

Cette section résume les constatations clés de la recherche.

1.3 Contexte

1.3.1 Questions relatives aux effectifs médicaux au pays

Les preuves relatives à la pénurie de médecins au pays abondent. Par conséquent, les communautés se disputent activement les rares médecins qualifiés. Les gouvernements provinciaux, les administrations municipales, les régies régionales de la santé et les associations professionnelles, dans bien des cas appuyés par le secteur privé et la communauté, ont élaboré des stratégies de recrutement et de maintien en poste qui ciblent les nouveaux médecins et les médecins pratiquant, les résidents et les étudiants de premier cycle en médecine. La situation concurrentielle à de multiples niveaux et partout au pays, jumelée aux préoccupations relatives aux temps d'attente et à la frustration croissante des médecins, a mené au besoin :

- d'étudier les facteurs qui donnent lieu à la pénurie de médecins au pays;
- de comprendre la perspective des étudiants en médecine dans le choix de leur discipline et l'établissement d'une pratique;
- de comprendre les besoins et les perspectives des communautés au pays en ce qui concerne les effectifs médicaux;
- de définir le rôle des gouvernements et des organes de réglementation dans le traitement des questions relatives aux effectifs médicaux;
- de comprendre les stratégies actuelles en matière d'effectifs médicaux;
- de situer les questions en matière de recrutement et de maintien en poste en plus de placer la situation dans le contexte national.

Les communautés se disputent activement les rares médecins qualifiés.

1.3.2 Objectifs du Groupe de travail Deux

En 1998, le Forum médical canadien (FMC) a créé un premier groupe de travail (Groupe de travail Un du FMC) dans le but d'examiner la pénurie de médecins qui sévit dans certaines disciplines et régions du pays. Les conclusions du Groupe de travail Un du FMC ont contribué à la décision d'accroître le nombre d'inscriptions de premier cycle dans les facultés de médecine et ont créé l'élan pour poursuivre son travail. Reconnaissant la nécessité d'être doté d'un partenariat plus vaste pour élaborer des solutions durables à long terme en ce qui concerne les effectifs médicaux au Canada, le FMC a élargi son partenariat en créant le Groupe de travail Deux, lequel a un mandat bien plus vaste. À ce titre, le FMC a communiqué avec Développement des ressources humaines Canada (maintenant Ressources Humaines et Développement des compétences Canada) et Santé Canada dans le but d'obtenir un appui financier pour les travaux du Groupe de travail Deux, y compris de la recherche dans le domaine des modèles de prestation de soins de santé au Canada et une analyse détaillée du marché du travail qui s'offre aux médecins au Canada.

Créé officiellement en septembre 2001, le Groupe de travail Deux réunit les principaux organismes de la santé au pays, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et d'autres professions de la santé (p. ex., des infirmières/infirmiers, des dentistes et pharmaciens). Voici le mandat du Groupe de travail Deux :

- étudier une gamme élargie de modèles nouveaux et émergents dans l'organisation relativement à la prestation des soins de santé;
- évaluer les répercussions à long terme de ces modèles sur le nombre de médecins et la formation requise afin de fournir la prestation optimale de soins de santé de qualité à la population canadienne;
- élaborer des stratégies à long terme de gestion des effectifs médicaux qui tiennent compte des réalités propres des provinces et des territoires du Canada.

L'objectif du Groupe de travail Deux est de recueillir de l'information sur la meilleure façon d'assurer à la population canadienne un accès aux compétences et aux connaissances nécessaires pour répondre à notre système de santé en constante évolution, d'en évaluer le mérite relatif et de formuler des recommandations à cet égard.

1.4 Aperçu du projet

L'étude actuelle est axée sur les médecins et les populations qu'ils desservent. Elle porte également sur les groupes de fournisseurs de soins de santé qui travaillent avec les médecins dans un rôle complémentaire et de collaboration, car ils ont une incidence sur les effectifs médicaux.

On a élaboré deux cadres conceptuels : un évalue les modèles de soins de santé que contient l'inventaire (dimensions du rendement de soins de santé), et l'autre aborde les questions relatives aux effectifs médicaux de chaque modèle (questions relatives aux effectifs médicaux).

Le Groupe de travail Deux a comme mandat d'élaborer des stratégies à long terme de gestion des effectifs médicaux qui tiennent compte des réalités propres des provinces et des territoires du Canada.

On a élaboré les versions finales des cadres conceptuels qui réunissent les commentaires des experts. Pour valider les indicateurs de rendement des deux étapes, on a interrogé 54 experts des soins de santé de partout au Canada, y compris des experts de l'évaluation de la santé, des experts des questions relatives aux effectifs médicaux, des doyens et doyens associés des facultés de médecine du Canada, des représentants de l'association du domaine des médecins, des intervenants des autorités sanitaires, des médecins qui participent activement à la pratique clinique et des médecins qui prennent part à des activités non cliniques, y compris la recherche.

**On a visité
10 sites pour
valider le
cadre.**

Après avoir modifié les cadres conceptuels pour y inclure les commentaires des experts, on a évalué les 181 modèles de soins de santé de l'inventaire actuel à l'aide du cadre des dimensions du rendement de soins de santé. D'après les résultats et le tri des modèles effectué par les experts de l'équipe, on a choisi 20 modèles de santé qui feront l'objet d'un examen approfondi en visitant les sites et, à la demande du Groupe de travail Deux, on a ajouté 10 autres modèles de financement. L'équipe technique du Groupe de travail Deux et le Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (CCPSSRH) ont examiné la liste et formulé des recommandations relatives au choix des sites. On a communiqué avec 12 sites et 10 d'entre eux ont accepté de participer dans les délais serrés.

On a visité les sites de deux de ces modèles pour faire l'essai du cadre conceptuel. On a recueilli des données en se fondant sur les indicateurs de rendement du cadre des effectifs médicaux, lesquels ont été déterminés lors de l'examen précédent des experts. On a modifié les instruments de collecte de données d'après les visites pilotes des sites, puis on les a mis davantage à l'essai et améliorés durant le reste des visites. Durant ce processus, l'enquête répétée relativement à l'applicabilité du cadre conceptuel aux modèles actuels de santé a permis d'assurer la complétude, la pertinence et la validité du cadre. Le projet a fait ressortir les répercussions à long terme sur les effectifs médicaux dans le domaine du recrutement et du maintien en poste.

Les données des visites des sites serviront à faciliter l'élaboration du guide d'utilisation qui sera à la disposition des intervenants intéressés souhaitant déterminer l'incidence de leur modèle sur les effectifs médicaux.

SECTION 2 : MÉTHODOLOGIE

2.1 Élaboration des cadres conceptuels

On a utilisé un processus systématique pour élaborer le cadre conceptuel. On a entrepris les étapes suivantes durant le processus de recherche, y compris un examen approfondi des constatations des phases un et deux du Groupe de travail Deux, l'élaboration de dimensions du rendement de soins de santé et d'indicateurs et l'établissement de critères et d'indicateurs de rendement sur les questions relatives aux effectifs médicaux à l'aide de consultations menées auprès d'intervenants.

2.1.1 Examen approfondi des constatations des phases un et deux

R.A. Malatest & Associates Ltd. a examiné à fond les rapports des phases un et deux du Groupe de travail Deux. La firme conseil a non seulement examiné la documentation sur le rapport de la phase un, mais elle a également examiné et abordé la recherche pertinente effectuée récemment dans le cadre de la phase deux. Cet examen a permis d'assurer la plus grande pertinence, cohérence et actualité possible de l'information du projet à la fin de la phase deux et avant le début du présent projet.

L'examen comprenait la classification des divers modèles de soins de santé que contient la base de données du Groupe de travail Deux. Durant ce processus, l'équipe de recherche a fait amplement usage des conseillers de l'équipe de projet, lesquels représentaient un large éventail d'experts du domaine des effectifs médicaux. Ces membres de l'équipe ont joué un rôle clé dans l'examen exhaustif des constatations des phases un et deux et ont prolongé ces rapports en y ajoutant de l'information à jour.

2.1.2 Élaboration de dimensions et d'indicateurs de rendement de soins de santé

La première étape du présent projet comportait l'élaboration d'un cadre conceptuel fondé sur les groupements de rendement de soins de santé. Ce cadre conceptuel contient cinq dimensions de rendement et les indicateurs correspondants :

- Accès aux soins
- Coordination des soins
- Continuité des soins
- Efficacité/productivité
- Intégralité

On a présenté ce cadre conceptuel au Groupe de travail Deux avec un document d'accompagnement qui indique certaines des recherches clés et fournit une justification relativement aux indicateurs de rendement. Le cadre

On a effectué un examen en profondeur de la documentation pertinente, y compris les rapports du Groupe de travail Deux.

On a élaboré des dimensions, des indicateurs et des critères du rendement de la santé, ainsi que des indicateurs des effectifs médicaux.

conceptuel préliminaire a été élaboré par l'équipe de la firme conseil et reposait sur l'information provenant de la documentation et les commentaires des experts de l'équipe. On a toutefois déterminé que le présent projet ne peut aborder les questions liées aux résultats sur la santé. On ne considérait pas qu'il s'agissait d'une lacune importante de la recherche, car le projet visait principalement l'élaboration d'indicateurs qui permettraient de mieux évaluer les effectifs médicaux tels qu'ils sont influencés par divers modèles de soins de santé.

2.1.3 Élaboration de critères et d'indicateurs de rendement des questions relatives aux effectifs médicaux

On a également élaboré un second cadre conceptuel contenant des critères et des indicateurs de rendement qui portent sur onze secteurs clés des effectifs médicaux inspirés de la recherche précédente du Groupe de travail Deux. Ces critères et les indicateurs qui y correspondent ont été conçus pour évaluer les effets des modèles sur les effectifs médicaux.

Les questions relatives aux effectifs médicaux cernées dans le cadre conceptuel comprennent les suivantes :

- L'offre et la demande (ce qui inclut la pénurie de médecins)
- La portée de la rémunération et l'approche à son égard
- Les tendances et stratégies en matière de recrutement et de maintien en poste
- Le profil des effectifs médicaux
- La quantification des effectifs médicaux
- Les mesures des équivalents temps plein/de la charge de travail
- L'offre de médecins du système d'éducation
- L'organisation des tâches
- La formation et le perfectionnement
- La mobilité/certification/réglementation des médecins
- D'autres influences (gouvernement provincial, administration municipale, régies régionales de santé/conseils)

Cette liste de questions et les indicateurs correspondants que contient le cadre conceptuel des effectifs médicaux sont fondés sur les commentaires des experts de l'équipe de recherche et l'opinion des informateurs clés recueillie lors d'entrevues. En outre, l'équipe de projet a tiré profit de son expérience en matière d'études/de recherche nécessitant l'élaboration de critères et d'indicateurs de rendement pour refléter les questions relatives aux effectifs médicaux applicables à l'ensemble des secteurs médical et des soins de santé. Il faut noter que bien que les outils de recherche élaborés pour le projet abordent la plupart des onze questions relatives aux effectifs médicaux, on a beaucoup insisté sur celles qui pourraient être influencées au niveau du site de soins de santé. La recherche était plus particulièrement axée sur ce qui suit :

- Recrutement des médecins
- Formation et perfectionnement professionnel
- Organisation des tâches (y compris la gouvernance et la charge de travail)
- Stratégies de maintien en poste.

La firme conseil a élaboré un cadre conceptuel qui permettrait de mieux étudier les questions relatives aux effectifs médicaux. Le cadre conceptuel a fait l'objet d'un examen approfondi au moyen d'une variété de consultations auprès des intervenants, tel qu'expliqué en détail ci-dessous.

2.1.4 Consultations auprès des intervenants

Les consultations menées auprès des groupes d'intervenants étaient essentielles pour que le cadre conceptuel résultant soit reconnu comme le produit d'un processus complet et global. Cette reconnaissance est essentielle, car le résultat du processus d'évaluation des modèles constitue un outil qui permettra de tenir compte des questions relatives aux effectifs médicaux.

Afin de valider le cadre conceptuel, on a dressé une liste d'experts. L'équipe de recherche a cherché à obtenir les commentaires de ces personnes afin d'assurer la complétude, la pertinence et la validité des groupements de rendement et des indicateurs de rendement du cadre des dimensions du rendement de soins de santé ainsi que des questions et des indicateurs correspondants du cadre des effectifs médicaux.

Une fois approuvée par le Groupe de travail Deux, on a soumis la version préliminaire des deux cadres conceptuels à un examen au moyen d'entrevues avec 54 informateurs clés et la rencontre d'un groupe consultatif avec le CCPSSRH. L'objectif global du processus de consultation était de veiller à ce que le cadre conceptuel soit valide et crédible, et que tous les groupes d'intervenants puissent l'utiliser dans leur évaluation des questions relatives aux effectifs médicaux en ce qui concerne les modèles de soins.

Tel que l'indique le tableau 2-1, l'équipe de recherche a mené de vastes consultations auprès de représentants d'experts en matière d'évaluation de la santé au Canada, du gouvernement, d'institutions de recherche et de formation/d'enseignement, d'organismes d'octroi de licence/de réglementation, d'associations du secteur médical et d'organismes/de décideurs mettant l'accent sur le recrutement de médecins à l'échelle internationale.

On a mené des consultations auprès de 54 experts de partout au Canada.

Tableau 2-1
Entrevues avec les intervenants par groupe

Intervenants clés	Méthode	Nombre d'entrevues réalisées
Experts de l'évaluation de la santé	En personne/par téléphone	14
Experts dans le domaine des effectifs médicaux	En personne/par téléphone	32
Doyens et doyens associés des facultés de médecine au Canada	En personne/par téléphone	8
Total		54

On a réalisé des entrevues auprès d'experts de l'évaluation de la santé et des effectifs médicaux ainsi que de doyens ou de doyens associés des facultés de médecine canadiennes.

La firme conseil a réalisé de nombreuses entrevues en personne dans plusieurs endroits au pays, complétées par des entrevues téléphoniques pour répondre aux besoins de l'horaire des participants. Les personnes interrogées ont été invitées à participer aux entrevues par lettre, suivies d'un appel téléphonique et/ou d'un courriel de confirmation.

On a réalisé les entrevues des intervenants clés dans toutes les régions du pays et chaque groupe indiqué au tableau 2-1 contenait divers types d'intervenants (p. ex., la spécialité, la région, etc.) Les entrevues réalisées auprès des informateurs clés portaient sur les questions suivantes :

- l'évaluation des modèles prévisionnels ou de simulation de l'offre et de la demande et leur incidence sur les ressources humaines en santé en ce qui concerne (1) les méthodes les plus appropriées pour l'analyse nationale, provinciale et régionale, (2) les intrants, les hypothèses, les scénarios et les extrants, (3) la disponibilité des données et (4) les répercussions des nouveaux modèles de soins;
- l'évaluation des méthodes de mesure de la pénurie de médecins, comme les postes à pourvoir annoncés, l'analyse des listes d'attente et le nombre de personnes qui ne peuvent trouver un médecin de famille;
- la portée et la prévalence des approches à la rémunération qu'utilisent les fournisseurs de fonds, et les attitudes/préférences des médecins envers les approches à la rémunération (y compris la description des approches actuelles et futures aux méthodes de rémunération);
- les tendances et stratégies en matière de recrutement et de maintien en poste (y compris de l'information sur les approches actuelles et futures au recrutement et au maintien en poste des médecins, sur les approches d'autres groupes professionnels similaires aux avantages sociaux traditionnels et non traditionnels et à la rémunération [la province doit les analyser] et les données rurales par rapport aux données urbaines);
- l'offre provenant du système d'éducation (y compris de l'information sur les liens qui existent entre la certification, l'obtention de la licence et l'évaluation, en plus des pressions gouvernementales pour élaborer un

Les questions examinées lors des entrevues comprenaient les stratégies de recrutement et de maintien en poste, l'organisation des tâches, les conditions de travail, la formation et le perfectionnement ainsi que l'offre et la demande.

programme d'études/système de formation et l'adapter aux besoins actuels des consommateurs, et les mécanismes existants du système d'éducation qui forme les diplômés de facultés de médecine étrangères (DFME) et l'évaluation des capacités du système à accroître cette formation);

- l'organisation des tâches et les conditions de travail (p. ex., le milieu de travail, le profil de la pratique, le temps de travail, les activités professionnelles, les systèmes d'information électroniques, l'accès des patients à des soins, l'accès des médecins à d'autres services et les changements dans la pratique);
- la formation et le perfectionnement (y compris le milieu actuel et futur du perfectionnement professionnel et de la formation des médecins);
- la mobilité/le milieu de la réglementation des médecins (y compris les données décrivant la mobilité actuelle, les défis liés à la mobilité et la réglementation actuelle entourant la mobilité).

R.A. Malatest & Associates Ltd. a dressé la liste des participants potentiels aux entrevues et le Comité directeur du Groupe de travail Deux a formulé des recommandations relatives à la liste et l'a approuvée. On a élaboré deux guides d'entrevue distincts : un pour aborder le cadre des dimensions du rendement de soins de santé et l'autre pour le cadre des questions relatives aux effectifs médicaux. Encore une fois, le Comité directeur a approuvé ces protocoles.

Une fois les entrevues terminées, la firme conseil a établi un cadre conceptuel final qui cerne les indicateurs clés pour chaque critère.

2.2 Élaboration d'outils de recherche pour les visites des sites

Tous les outils de recherche ont été élaborés pour recueillir de l'information sur les indicateurs de rendement dans le projet de cadre conceptuel. Les instruments de recherche ont été conçus pour les médecins du modèle de santé, les administrateurs du modèle de santé, les infirmières praticiennes/infirmiers praticiens et les intervenants communautaires. On a obtenu une rétroaction sur une variété de dimensions de ressources humaines. Certains renseignements ont été recueillis au moyen d'une enquête tandis que les entrevues en personne et/ou les formulaires de collecte de données administratives ont permis de recueillir de l'information plus approfondie.

2.3 Visites des sites

2.3.1 Objectifs

Le volet du projet concernant la visite de sites comportait l'application de critères relatifs aux effectifs médicaux en utilisant les indicateurs de rendement associés afin de recueillir des données et d'évaluer les effets sur les effectifs médicaux.

Les visites des sites visaient à valider le cadre des effectifs médicaux et à déterminer les répercussions de différents modèles de soins sur les ressources humaines.

On a visité dix sites de modèle de prestation de soins de santé au pays. Les visites avaient comme objectif :

1. de valider davantage le nouveau cadre des effectifs médicaux;
2. de déterminer les répercussions des différents modèles de soins sur les effectifs médicaux.

De plus, la visite des sites a permis à l'équipe de recherche d'observer :

- l'incidence du modèle sur la pratique médicale et les activités cliniques;
- les modifications apportées au modèle en raison des demandes de la population, de la pratique clinique, etc.;
- l'utilité du cadre conceptuel et du modèle pour les gestionnaires;
- d'autres questions à préciser.

2.3.2 Sélection des sites

Les experts-conseils de la firme conseil ainsi que le D^r Alan Gregory et le D^r Sam Shortt ont examiné à fond l'inventaire des modèles du Groupe de travail Deux (environ 180 modèles) et en ont choisi 20 à l'aide d'un processus rationnel, objectif et uniforme. D'après le contenu de l'inventaire, les modèles sélectionnés semblent bien fonctionner dans au moins quatre des cinq dimensions de rendement et trois semblent fonctionner dans deux dimensions de rendement ou moins du cadre de dimension de mesure du rendement. Après le processus de sélection initial et les consultations auprès du Groupe de travail Deux et du CCPSSRH, on a ajouté 10 sites de financement supplémentaires à la liste de candidats potentiels pour une visite. De plus, on a ajouté un site qui ne figurait pas à l'inventaire des modèles, car il est nouveau, et on a jugé qu'il est novateur et qu'il a connu du succès en matière de recrutement de médecins. Après d'autres consultations avec le Groupe de travail Deux et le CCPSSRH, on a dressé la liste finale et approuvée des sites. De ces 30 modèles, on a prévu en visiter une dizaine. Les visites avaient comme but de valider le cadre conceptuel et les instruments de recherche élaborés pour évaluer les répercussions de divers modèles de prestation de soins de santé sur les effectifs médicaux.

On a choisi deux modèles de prestation de soins de santé comme sites pilotes.

Les visites des sites comprenaient des entrevues en personne, l'administration de questionnaires et l'examen des documents pertinents.

On a choisi deux sites de prestation de soins de santé comme sites pilotes. La visite des sites pilotes visait à valider les instruments de recherche ainsi que l'aperçu des visites des sites élaborés pour évaluer les répercussions de divers modèles de prestation de soins de santé sur les effectifs médicaux. La firme conseil a adopté une approche quasi Delphi à la conception et à la mise au point de ces instruments, rendant nécessaire de les modifier après la visite du premier site pilote et de les raffiner davantage après celle du second. On voulait ainsi amorcer la visite des sites avec des instruments de recherche bien conçus qui abordent avec succès les questions clés cernées dans le cadre des effectifs médicaux.

La liste des sites potentiels à visiter a été modifiée à la lumière des commentaires du Groupe de travail Deux et du CCPSSRH et a été examinée de nouveau par l'équipe de recherche. La détermination finale des modèles qui doivent être examinés en profondeur, les milieux et les emplacements

géographiques a été effectuée en collaboration avec le Comité directeur et repose sur les résultats de l'évaluation de l'inventaire des modèles.

2.3.3 Recrutement des sites

On a communiqué avec 12 des 30 sites sélectionnés pour une visite et ils ont accepté de participer au projet. Cependant, en raison de conflits d'horaire et de changements en cours à certains des sites, tous n'ont pu participer durant la période de recherche, soit de septembre à décembre 2005. Ainsi, 10 sites ont été visités et en règle générale, deux chercheurs étaient présents au site durant deux jours.

2.3.4 Administration des visites des sites

Afin de répondre le mieux possible aux objectifs de la recherche, on a adopté une approche où le personnel de recherche visiterait chaque site (deux employés et deux jours par site). Chaque visite comportait un certain nombre d'activités. Chaque visite avait un objectif différent, mais connexe. On a recueilli des données sur les questions relatives aux effectifs médicaux dans le but de déterminer les forces et les faiblesses des modèles. Les activités sur place comprenaient :

- des entrevues en personne : on a réalisé des entrevues non officielles auprès d'une variété d'intervenants, y compris des médecins, des professionnels paramédicaux, du personnel administratif, des meneurs des communautés et d'autres intervenants internes/externes;
- des questionnaires : l'administration de questionnaires aux médecins et au personnel administratif;
- l'examen des documents pertinents des sites.

Les visites des sites ont eu lieu entre le 21 septembre et le 12 décembre 2005 et elles ont permis à l'équipe de recherche de mieux comprendre de quelle façon le fonctionnement du modèle influence les effectifs médicaux. De plus, la visite des sites et les entrevues ont permis à l'équipe de recherche de mieux comprendre comment les dynamiques du site de soins de santé influencent le recrutement des médecins et/ou leur maintien en poste au site. Les membres de l'équipe de recherche ont également pu observer d'autres facteurs qui influencent les effectifs médicaux, y compris la gouvernance du modèle, la formation et le perfectionnement professionnel et l'interaction avec d'autres organismes de soins de santé (p. ex., le ministère provincial de la Santé et les établissements d'enseignement).

L'équipe de projet a résumé, évalué et interprété les modèles en utilisant la liste de questions dressée dans le cadre de la méthodologie et à partir des discussions de l'équipe de projet et du Comité directeur. L'équipe de projet a examiné les « objectifs généraux du modèle », qu'il s'agisse d'un modèle national, régional (c.-à-d., particulier à une province) ou local ou qu'il soit particulier aux médecins ou utilise une approche intégrée en matière de politiques sur les effectifs médicaux. Elle a ensuite vérifié le « type de modèle » (c.-à-d., modèle de financement, modèle de soins, modèle de formation ou d'enseignement) pour s'assurer que la sélection comprenait une variété de modèles. Elle a déterminé des caractéristiques ou des attributs clés du modèle

Les visites des sites ont permis à l'équipe de recherche de mieux comprendre de quelle façon le fonctionnement des modèles influence les effectifs médicaux.

ainsi que des « qualités » de ce dernier. Lorsque des données empiriques notamment sur la prestation des services, l'accès pour les patients ou les résultats pour les patients et l'analyse comparative étaient disponibles, l'équipe de projet les a intégrées comme « preuve ». En adoptant cette approche, le site avec chaque modèle de prestation des services permettait à l'équipe de projet d'appliquer les constatations à chaque modèle pour :

- évaluer les éléments structurés du modèle qui ont contribué au recrutement et au maintien en poste des médecins;
- déterminer les caractéristiques/pratiques opérationnelles qui ont influencé les effectifs médicaux;
- déterminer dans quelle mesure les données détenues au site du modèle de soins de santé pourraient être incorporées au cadre conceptuel et produire de l'information utile relativement aux effectifs médicaux;
- déterminer dans quelle mesure les divers instruments d'enquête et guides d'entrevue (médecins, personnel administratif, autres intervenants, etc.) mis au point pourraient produire de l'information utile relativement aux effectifs médicaux.

2.4 Considérations relatives à la recherche

Afin d'atteindre les deux objectifs du projet de recherche, à savoir mettre au point un ensemble d'instruments qui pourraient aider à évaluer le recrutement et le maintien en poste des médecins et déterminer toute constatation clé dans ce domaine, l'approche adoptée dans le cadre de la présente étude incorpore des études de cas qui utilisent des techniques de recherche quantitatives et qualitatives. Ci-dessous sont décrites des considérations particulières de recherche associées à ce projet.

2.4.1 Utilisation d'une approche quasi Delphi

Puisque l'un des principaux objectifs de la recherche est de créer un ensemble d'instruments d'enquête que toutes les autorités en matière de santé au pays pourraient adopter et utiliser, il a fallu adopter l'approche quasi Delphi, au moyen de laquelle les instruments de recherche conçus seraient mis à l'essai dans un site, modifiés si cela s'avérait nécessaire et mis de nouveau à l'essai lors de la visite des autres sites jusqu'à la mise au point de l'instrument de recherche « final ». Il faut prendre note que l'on n'a apporté d'importants changements aux instruments de recherche qu'après les deux premières visites. Par la suite, il n'était nécessaire d'apporter que des changements mineurs aux instruments d'enquête pour les visites effectuées lors des dernières étapes de la recherche.

On a utilisé une approche quasi Delphi pour élaborer le cadre conceptuel.

2.4.2 Études de cas

On a utilisé une approche par études de cas, compte tenu du besoin d'examiner plus en profondeur les facteurs/attributs propres aux sites qui ont une incidence sur le recrutement et le maintien en poste des médecins dans le modèle particulier. Les visites du site et les discussions approfondies avec les principaux intervenants ont permis au personnel de la recherche d'obtenir un tableau plus complet de la mesure dans laquelle l'organisation, la structure et les opérations du modèle de santé ont une influence sur les effectifs médicaux.

2.4.3 Généralisation des résultats à l'ensemble des sites

Comme la présente étude utilise une approche par études de cas, il convient de rappeler qu'il ne faut pas interpréter les résultats de la recherche dans le contexte où l'étude consiste en des études de cas qui définissent ce qui fonctionne bien (ou ne fonctionne pas bien) aux sites visités. De plus, étant donné le nombre limité de sites visités, il faut faire preuve de prudence lorsque l'on examine les caractéristiques/la structure des groupements des modèles (modèles de pratique clinique et modèles ERTC) présentés dans le rapport. Par cet avertissement, on ne laisse pas entendre qu'il est facile d'appliquer les résultats à tous les modèles de soins de santé au Canada.

2.4.4 Activités de recherche qualitative et quantitative

En utilisant la triangulation pour renforcer la conception de l'étude, on a obtenu des données qualitatives et quantitatives. Les outils utilisés pour recueillir des données sont présentés au tableau 2-2.

Tableau 2-2
Collecte de données qualitatives et quantitatives

Outils quantitatifs	Outils qualitatifs
- enquêtes auprès des médecins (n=165) - enquête relative aux données administratives (n=10)	- visites de sites (10) - entrevues en personne avec des médecins (45) - entrevues en personne avec d'autres intervenants internes/externes (56)

Les données des entrevues appuient les données quantitatives des enquêtes et s'y ajoutent. La documentation examinée a fourni de plus amples renseignements sur les aspects de la communauté, la gouvernance et l'information relative aux évaluations précédentes. Le fait de réunir ces sources d'information a renforcé les résultats de l'étude.

2.4.5 Limites de la recherche

Il convient de rappeler que l'information présentée dans la présente étude reflète les constatations clés associées aux études de cas réalisées dans un nombre limité de sites au pays. À ce titre, elles doivent être considérées comme les principales constatations associées aux 10 sites visités, et la capacité de les généraliser à tous les modèles de soins de santé est limitée. Néanmoins,

Les résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble des modèles de santé.

On a recueilli une grande quantité de données qualitatives et quantitatives durant les visites des sites.

Bien que les résultats soient limités, la recherche donne un aperçu de l'incidence des modèles de prestation des soins de santé et d'organisation sur l'attraction des médecins, le recrutement et le maintien en poste.

compte tenu de l'évaluation relativement en profondeur des effectifs médicaux de chacun des 10 sites visités, la recherche ne donne pas un aperçu des répercussions des modèles de prestation des soins de santé et organisationnels en ce qui concerne le recrutement et le maintien en poste.

SECTION 3 : APERÇU DES VISITES DES SITES

**On a visité
10 sites de
prestation de
soins de santé
au Canada.**

3.1 Aperçu

On a visité dix sites de prestation de soins de santé au Canada dans le but de valider le cadre conceptuel des effectifs médicaux et les instruments de collecte de données connexes, en plus de donner un aperçu des pratiques exercées à ces sites en ce qui a trait aux effectifs médicaux. Tel que mentionné précédemment, les sites ont été choisis parce qu'ils représentent d'éventuels nouveaux modèles de prestation de soins de santé et de financement et qu'on estime qu'ils fonctionnent bien dans un certain nombre de dimensions des soins de santé (c.-à-d., accès aux soins, coordination des soins, pratique multidisciplinaire/interprofessionnelle, etc.) Pour les fins du présent rapport, deux des modèles (Alternative Funding Plan – Edmonton, Alberta et Southeastern Ontario Academic Medical Organization, Kingston, Ontario) ont été classés dans la catégorie des modèles qui réunissent l'enseignement, la recherche et le travail clinique (ERTC), tandis que les autres ont été classés dans la catégorie des modèles de pratique clinique; tous les médecins de ces sites, ou une grande partie d'entre eux, offrent des services de soins de première ligne.

3.2 Profils des modèles de santé

Le tableau 3-1 décrit les 10 sites de soins de santé visités dans le cadre du projet *Évaluation des modèles de prestation des soins de santé : répercussions sur les effectifs médicaux*.

Tableau 3-1
Résumé des sites visités par type de modèle

Modèles de pratique clinique	Lieu	Rural/urbain
Équipe Santé familiale Blue Sky	North Bay, Ontario	Rural
Ormstown Medical Health Centre	Ormstown, Québec	Rural
Harbourside Community Health Centre	Summerside, Île-du-Prince-Édouard	Rural
North Queens Health Centre	Caledonia, Nouvelle-Écosse	Rural
Group Health Centre	Sault Ste. Marie, Ontario	Urbain
Northeast Community Health Centre	Edmonton, Alberta	Urbain
Soins partagés en santé mentale à Calgary	Calgary, Alberta	Urbain
Vancouver Native Health Society	Vancouver, Colombie-Britannique	Urbain
Modèles qui réunissent l'enseignement, la recherche et le travail clinique (ERTC)	Lieu	Urbain/Urbain
Southeastern Ontario Academic Medical Organization	Kingston, Ontario	Urbain
Alternative Funding Plan - Université de l'Alberta	Edmonton, Alberta	Urbain

Les sections qui suivent décrivent chaque site/modèle de soins de santé visité. Il convient de rappeler que cette section décrit simplement les modèles de santé et leur structure. Des renseignements détaillés relativement à l'incidence/l'influence du modèle de santé sur les effectifs médicaux apparaissent à la section 4 du présent rapport.

Modèles de pratique clinique en milieu rural

3.2.1 Équipe Santé familiale Blue Sky – North Bay, Ontario

L'équipe Santé familiale Blue Sky (ESF Blue Sky) est un cabinet de groupe de médecins de famille composé de 13 médecins de famille, 4 infirmières/infirmiers et d'une infirmière praticienne/d'un infirmier praticien. Bien que les médecins offrent des services de soins de première ligne à partir de six endroits différents dans la région, l'équipe travaille ensemble pour fournir des soins intégrés 24 heures sur 24 et sept jours sur sept par l'entremise de leur pratique individuelle, d'une clinique ouverte après les heures normales de travail, de services de garde et à l'hôpital de North Bay.

Bien qu'aucun des médecins de l'équipe Santé familiale Blue Sky ne soit un spécialiste certifié par le Collège royal, on y offre certains services cliniques plus spécialisés, notamment la gestion du diabète, les soins palliatifs et la santé des femmes. Lors de la visite, l'ESF Blue Sky envisageait d'ajouter à son équipe d'autres professionnels de la santé, y compris une travailleuse sociale/un travailleur social et une diététicienne/un diététicien. De plus, l'ESF Blue Sky et les meneurs de la communauté proposent d'inclure d'autres professionnels de la santé tels que des pharmaciennes/pharmaciens, des nutritionnistes et d'autres spécialistes.

L'équipe Santé familiale Blue Sky offre des services de soins de première ligne aux résidents du district de North Bay et de Nipissing. Ensemble, les médecins du modèle ont environ 24 700 patients inscrits et sont consultés environ 119 000 fois par année. Chaque médecin reçoit un salaire annuel établi en fonction du nombre de ses patients inscrits et de la complexité de leurs besoins en matière de santé. De plus, chaque médecin continue de voir des patients non inscrits pour lesquels il est rémunéré à l'acte. En règle générale, les médecins offrent des services aux patients non inscrits dans les situations suivantes :

- lorsqu'ils sont en service à la clinique après les heures normales de travail;
- lorsqu'ils sont de garde à l'hôpital (appel des services municipaux, fins de semaine, etc.);
- lorsqu'ils remplacent des médecins en vacances, malades ou qui suivent un perfectionnement professionnel.

Les médecins qui travaillent au sein de l'ESF Blue Sky sont rémunérés selon un modèle de financement combiné et partagent les coûts liés à leur personnel administratif et aux technologies de l'information sur place. Bien que chaque médecin conserve sa propre pratique et ses patients « inscrits » (de 900 à plus de 2 000 patients), les médecins, en tant que groupe, acceptent d'offrir des

L'équipe Santé familiale Blue Sky offre des services de première ligne aux résidents de North Bay, Ontario.

services à tous les patients inscrits des médecins du groupe. De plus, le modèle reçoit du financement pour une infirmière praticienne/un infirmier praticien et on s'attend à ce qu'il en reçoive également pour une diététicienne/un diététicien et une pharmacienne/un pharmacien.

L'ESF Blue Sky ne dispose pas d'un administrateur à plein temps et le site est principalement géré par un médecin responsable. Les décisions concernant l'arrivée de nouveaux médecins, les services offerts et/ou l'élargissement de la pratique sont prises en groupe par les médecins participants. Chaque médecin conserve une certaine autonomie quant au nombre de ses patients et à l'embauche de son personnel de soutien. Étant donné que chaque médecin doit accepter tous les patients du réseau, les activités d'autres médecins du groupe ont une incidence sur la charge de travail du médecin (p. ex., si un médecin est en congé maladie pendant une période prolongée, d'autres médecins de l'équipe verront ses patients).

3.2.2 Ormstown Medical Health Centre – Québec

L'Ormstown Medical Health Centre est une pratique collective attachée à l'hôpital Barrie Memorial. Il dessert une population largement rurale du sud-ouest du Québec d'environ 25 000 personnes et a été créé pour que les habitants de la région aient accès à des services de soins de santé. Environ 40 % des patients qui utilisent ses services ont plus de 65 ans et 60 % sont francophones. Actuellement, le ratio médecin par habitant est considérablement plus élevé que le ratio global pour le Québec.

L'Ormstown Medical Health Centre compte actuellement six médecins de famille/omnipraticiens, trois spécialistes, une infirmière praticienne/un infirmier praticien et une diététicienne/un diététicien. La clinique est ouverte du lundi au vendredi, de 8 h à 16 h, et des soins après les heures normales sont offerts par le service d'urgence affilié de l'hôpital, bien que les médecins effectuent des rotations en ce qui concerne les périodes de garde. Les médecins s'occupent de leurs patients pendant qu'ils sont à l'hôpital Barrie Memorial. Ce centre dit avoir 10 000 patients actifs et a vu plus de 30 000 patients au cours des douze derniers mois.

La plupart des médecins du Ormstown Medical Health Centre travaillent en général 9 heures par jour, 5 ou 6 jours par semaine, et sont rémunérés selon un taux horaire ainsi qu'à l'acte. En outre, ils sont de garde 36 heures par semaine et ont cinq jours de perfectionnement professionnel payés par année. Dans ce modèle de santé, les médecins partagent les coûts liés à l'entretien des bureaux et au salaire de l'infirmière praticienne/infirmier praticien et du personnel administratif. De 1998 à 2001, le Fonds pour l'adaptation des services de santé de Santé Canada lui a donné du financement pour la publication intitulée *Capitation Project in the Haut Saint-Laurent Regional County Municipality*; ce financement couvrait les salaires de l'infirmière/infirmier et du personnel administratif, mais il n'est plus disponible.

La gestion du Ormstown Medical Health Centre est un effort collectif de tous les médecins du modèle et est supervisée par un directeur de programme. Les médecins de ce modèle participent à une réunion mensuelle pour discuter entre

Le modèle d'Ormstown comprend le regroupement de médecins à proximité de l'hôpital local.

autres des soins cliniques, de la gestion quotidienne du Centre, de la dotation et des périodes de garde ainsi que pour prendre des décisions à l'égard de ces sujets. Le directeur de programme du Ormstown Medical Health Centre est un des médecins de famille du modèle.

3.2.3 Harbourside Community Health Centre – Summerside, Île-du-Prince-Édouard

Le Harbourside Community Health Centre est une pratique de médecine familiale en groupe qui dessert la communauté de Summerside (Île-du-Prince-Édouard) et les régions rurales avoisinantes. Il compte trois médecins de famille/omnipraticiens et deux infirmières/infirmiers et on procède activement au recrutement d'une infirmière/d'un infirmier supplémentaire. Un poste de médecin est présentement vacant et pourrait être comblé sous peu par un médecin qui exerce dans la communauté.

Ce centre est ouvert du lundi au vendredi, de 9 h à 16 h 30, et est également fermé durant deux autres journées au cours de l'année. De plus, les patients qui appellent après les heures normales ont accès à un message sur la boîte vocale décrivant d'autres façons d'obtenir des soins.

Le Harbourside Community Health Centre offre aux patients un certain nombre de services, y compris la médecine familiale, des soins infirmiers de première ligne, la gestion des maladies chroniques, la promotion de la santé et la prévention de la maladie ainsi que des services de dépistage spécialisés. Bien que tous les médecins du modèle soient des médecins de famille/omnipraticiens, un d'entre eux offre des services spécialisés de soins palliatifs. Des services sont offerts à plus de 2 600 patients actifs du milieu rural; 7 100 patients ont été vus au cours des 12 derniers mois.

En règle générale, les médecins du Harbourside Community Health Centre travaillent 7,5 heures par jour, 5 jours par semaine. Deux des trois médecins reçoivent un salaire annuel du gouvernement provincial, et le troisième travaille comme entrepreneur indépendant et est rémunéré en fonction du nombre d'heures de travail par semaine. Les médecins salariés ont dix jours de perfectionnement professionnel payés par année et ont droit à des congés maladie et à des vacances, bien que les ensembles d'avantages sociaux soient négociés individuellement avec chaque médecin.

Le Harbourside Community Health Centre dispose d'un administrateur à plein temps, payé par le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard, qui supervise l'exploitation du site. Bien qu'en fin de compte, l'administrateur est responsable de la gestion quotidienne du site, y compris la dotation, et qu'il travaille en étroite collaboration avec le gouvernement pour recruter des médecins, les médecins du site ont leur mot à dire et rencontrent l'administrateur deux fois par mois.

3.2.4 North Queens Health Centre – Caledonia, Nouvelle-Écosse

Le North Queens Health Centre dessert la communauté rurale de Caledonia et les secteurs avoisinants de la région de North Queens, en Nouvelle-Écosse. Il s'agit d'un centre de médecine familiale qui compte deux médecins et une

Le Harbourside Community Health Centre offre un certain nombre de services aux patients.

Le North Queens Health Centre est un modèle de pratique de collaboration qui comprend des médecins et des infirmières praticiennes / infirmiers praticiens.

infirmière praticienne/un infirmier praticien et qui était l'un des quatre sites pilotes d'une initiative du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. Le modèle a été implanté pour appuyer les fournisseurs de soins de première ligne et les communautés qui voulaient faire l'essai de nouvelles façons d'envisager la prestation de soins de santé primaires dans leurs communautés, de les gérer et de les financer.

En plus des médecins de famille et de l'infirmière praticienne/infirmier praticien, une variété de spécialistes itinérants desservent également les patients. Ces spécialistes sont rémunérés indépendamment du modèle. Ce centre offre des soins de santé primaires, des services de gestion des maladies chroniques, des services de laboratoire, de l'éducation en matière de diabète, du counselling en matière de toxicomanie ainsi que des services pédiatriques et d'acupuncture.

Le North Queens Health Centre est ouvert du lundi au vendredi, de 9 h à 16 h 30, et un jeudi soir sur deux. En plus des fins de semaine, il est également fermé deux autres journées durant l'année. Après les heures d'ouverture, les patients ont accès à un message sur la boîte vocale les informant d'autres façons d'obtenir des soins.

Il compte plus de 1 600 patients actifs, et environ 7 500 patients y ont été vus aux cours des douze derniers mois.

En règle générale, les médecins du North Queens Health Centre travaillent 8 heures par jour, 5 jours par semaine, et sont rémunérés par le gouvernement de la Nouvelle-Écosse. En plus de leur salaire annuel, les médecins sont rémunérés à l'acte lorsqu'ils sont de garde. Selon leurs conditions d'emploi, les médecins ont droit à dix jours de perfectionnement professionnels payés et à vingt jours de vacances. Les médecins de ce modèle partagent les coûts liés au Centre, aux technologies de l'information, au personnel médical et au personnel administratif.

La gestion du North Queens Health Centre est un effort collectif des deux médecins et de l'infirmière praticienne/infirmier praticien. Il n'y a aucune structure de gestion officielle et les activités administratives sont partagées entre trois employés, dont deux sont payés directement par les médecins tandis que l'autre est un employé du gouvernement provincial.

Modèles de pratique clinique en milieu urbain

3.2.5 Group Health Centre – Sault Ste. Marie, Ontario

Le Group Health Centre est un groupe de médecine familiale interdisciplinaire/spécialisée de Sault Ste. Marie, Ontario. Il est l'un des premiers centres de santé financés par les consommateurs au Canada. Créé en 1962, ce centre est un effort coopératif entre la Sault Ste. Marie District Group Health Association¹ et l'Algoma District Medical Group².

¹ Une société sans but lucratif à qui appartient les installations et le matériel et qui est responsable de tous les non-médecins.

² Un important groupe de médecins de plusieurs spécialités.

Le Group Health Centre offre des services de santé aux résidents de Sault Ste. Marie et aux agglomérations rurales et nordiques. Il compte 38 médecins de famille/omnipraticiens, 53 infirmières/infirmiers auxiliaires autorisé(e)s, 41 infirmières/infirmiers, 27 spécialistes, 8 infirmières praticiennes/infirmiers praticiens et 1 psychologue et offre un large éventail de services de santé spécialisés et primaires.

Le Group Health Centre compte plus de 44 000 patients inscrits et plus de 270 000 patients ont été vus aux cours des douze derniers mois. Il est ouvert du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, et un message sur boîte vocale disponible 24 heures sur 24 donne des renseignements sur des façons d'obtenir des soins après les heures normales.

Le Group Health Centre utilise un système de dossiers médicaux électroniques contenant une grande quantité de renseignements sur le patient, complété par un système centralisé de rendez-vous qui interface avec le dossier médical électronique pour fixer des rendez-vous aux patients qui ont besoin de tests de diagnostic, de traitements ou d'examen continus. Les médecins ont accès aux dossiers médicaux à partir de n'importe quel emplacement éloigné, y compris leur résidence et l'hôpital local.

Les médecins du Group Health Centre sont rémunérés selon un autre régime de rémunération. Le gouvernement de l'Ontario fournit un budget fixe calculé selon le nombre de patients inscrits ainsi que leur âge et sexe.

Un conseil de gestion multipartite, supervisé par un directeur médical, est responsable de l'exploitation de la Sault Ste. Marie District Group Health Association (GHA) et l'Algoma District Medical Group (ADMG). Les médecins de ce modèle sont des partenaires et des intervenants de l'ADMG, un organisme indépendant qui collabore avec la GHA pour organiser et offrir des services médicaux. L'administrateur de la GHA supervise toutes les activités administratives du Group Health Centre et le directeur de l'ADMG supervise toutes les activités cliniques. Des représentants de la GHA et de l'ADMG ainsi que des membres de la communauté siègent au conseil de gestion multipartite.

3.2.6 Northeast Community Health Centre – Edmonton, Alberta

Le Northeast Community Health Centre a été créé en 1999 pour offrir un éventail de services de soins de santé aux habitants du nord-est d'Edmonton, une zone urbaine ayant d'importants problèmes sociaux et économiques. La population que dessert ce centre de santé est caractérisée par un niveau élevé de pauvreté, des problèmes de toxicomanie et la maladie mentale et comprend des immigrants qui ne parlent pas anglais, des Autochtones et d'autres défavorisés. Le Northeast Community Health Centre a comme objectifs d'offrir des services de qualité accessibles de façon multidisciplinaire/interprofessionnelle et intégrée et de mettre en œuvre des stratégies de promotion de la santé qui ont une incidence sur la santé de la population.

Les nombreux services offerts par ce centre comprennent la médecine familiale, une clinique de l'asthme pour les enfants, des services de santé pour les

Le Northeast Community Health Centre offre des services de santé intégrés « sous un seul toit ».

personnes âgées, des soins pédiatriques, des services d'audiologie, des services d'orthophonie pour les enfants d'âge préscolaire, des services en matière de santé mentale, la santé des femmes et les services diététiques. Les services des cliniques spéciales ou les programmes d'éducation en matière de santé sont offerts en soirée. Le centre de ressources en santé du site offre de l'information sur la santé, le soutien social, les services communautaires ainsi que des suggestions sur la façon dont les gens peuvent améliorer leurs compétences professionnelles; des ordinateurs avec des liens vers des banques d'emploi sur Internet et des sites Web sur la santé sont à la disposition des utilisateurs. Des services de laboratoire sont également disponibles sur le site.

Le Northeast Community Health Centre est ouvert du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h. De plus, il offre un service d'urgence 24 heures par jour, 7 jours par semaine, par l'entremise de l'urgence de l'hôpital. L'installation a été construite pour offrir des services à 25 000 résidents, mais elle répond présentement aux besoins d'environ 50 000 résidents.

Certains des médecins de ce centre travaillent à plein temps tandis que d'autres sont à temps partiel et exercent en pratique privée ailleurs. Les médecins sont rémunérés selon un autre plan de relation, lequel leur a permis de réorienter leurs priorités professionnelles afin de permettre le travail d'équipe et la collaboration, la participation aux processus de planification et des cas complexes médicaux et sociaux fastidieux³.

Au Northeast Community Health Centre, un directeur médical est responsable des médecins et un directeur de site gère le fonctionnement, les politiques, le budget et la rémunération des médecins. L'autre plan de relation est appuyé par l'entente tripartite conclue entre la région sanitaire, l'Alberta Medical Association et l'Alberta Health and Wellness. Des gestionnaires sont responsables de chaque domaine de service et sont disponibles pour discuter de toute préoccupation ou question soulevée. De plus, le personnel médical se rencontre régulièrement pour émettre des commentaires à l'égard du fonctionnement.

3.2.7 Calgary - soins partagés en santé mentale – Alberta

Le modèle de soins partagés en santé mentale à Calgary été conçu pour améliorer les compétences des médecins de famille en matière d'entrevue, de diagnostic et de traitements psychiatriques. Il s'agit d'une entente de collaboration entre les médecins de famille et les professionnels de la santé mentale (psychiatres et professionnels de la santé mentale). Ce modèle de soins partagés offre des soins de santé mentale dans des cabinets de médecins de famille sous la forme de consultations, de brèves thérapies et d'éducation. Il est conçu pour aider les médecins de famille à reconnaître les symptômes des maladies mentales chez leurs patients et à déterminer un plan de traitement.

Le modèle de soins partagés en santé mentale de Calgary sert à établir un lien entre les spécialistes et les médecins de famille pour que les patients soient plus en mesure de répondre à leurs besoins en santé mentale.

³ Le Centre devait négocier cet autre système de paiement avec le gouvernement provincial et l'Alberta Medical Association, car dans le cadre du système traditionnel de rémunération à l'acte, ces types d'activités étaient considérés comme infaisables.

Ce modèle de soins de santé découle du fait que les médecins de famille ont besoin d'un meilleur accès à une expertise psychiatrique pour le compte de leurs patients. Le modèle reconnaît le temps que les médecins doivent consacrer pour consulter d'autres professionnels de la santé relativement au traitement de patients ayant des problèmes de santé mentale.

Le modèle actuel est fondé sur un projet pilote réalisé entre le 1^{er} décembre 1998 et le 1^{er} janvier 2000. Le modèle compte présentement 110 médecins de famille, 6 psychiatres, 6 psychologues, 6 infirmières/infirmiers et 3 travailleuses sociales/travailleurs sociaux situés dans la région sanitaire de Calgary.

Les médecins qui participent au modèle sont financés grâce à une entente conclue entre le gouvernement de l'Alberta, l'Alberta Medical Association et la région sanitaire de Calgary. Bien que les médecins continuent d'exercer en pratique privée et d'offrir des services de soins de première ligne selon une rémunération à l'acte, ils sont rémunérés à un taux horaire lorsqu'ils travaillent dans le cadre de ce modèle.

Les médecins de ce modèle exercent à partir de leur propre cabinet et la majorité d'entre eux travaillent de 8 h à 16 h, du lundi au vendredi.

Ce modèle de soins de santé est géré par un directeur employé par l'Alberta Health and Wellness. Étant donné que chaque médecin exerce de façon indépendante la médecine familiale selon une rémunération à l'acte, leur participation est minimale, car le modèle est administré à l'échelon provincial.

3.2.8 Vancouver Native Health Society – Colombie-Britannique

La Vancouver Native Health Society (VNHS) est une corporation sans but lucratif qui a mis sur pied et qui gère une clinique de santé communautaire dans l'est du centre-ville de Vancouver. Cette pratique en groupe est une clinique sans rendez-vous établie en 1991 pour améliorer l'accès des Autochtones à des soins de santé.

En 2004, la clinique comptait 4 317 patients actifs, dont environ 40 % d'Autochtones, et on y a vu 21 452 patients. Aujourd'hui, elle dessert principalement une population complexe de patients du centre-ville ayant de grands besoins, dont la moitié est âgée de 36 à 50 ans et dont un grand nombre souffrent de handicaps permanents. Près du tiers des patients actifs sont des hommes (65 %) et tous les patients disent vivre dans la pauvreté. De plus, un cinquième (20 %) des patients actifs de la clinique sont séropositifs ou sidéens et les trois-quarts (75 %) souffrent d'une dépendance. La clinique travaille en collaboration avec un centre de jour qui offre des services aux personnes vivant avec le VIH/sida. Tout comme la clinique médicale, le centre de jour est axé sur les soins de santé aux Autochtones (47 % des patients vivant avec le VIH/sida sont Autochtones).

Bien que les patients ne puissent pas communiquer avec un employé de la clinique 24 heures sur 24 et sept jours sur sept, la clinique est ouverte tous les jours, à l'exception des onze jours fériés de la Colombie-Britannique. Elle est

La Vancouver Native Health Society a été mise sur pied pour desservir une population de l'est du centre-ville de Vancouver qui a de grands besoins.

ouverte de 9 h à 21 h du lundi au jeudi, et de 9 h à 17 h le vendredi et les fins de semaine.

Le personnel de la clinique est composé de dix médecins de famille/omnipraticiens, deux infirmières/infirmiers, trois employés de sécurité/d'accueil, quatre secrétaires médicales/médicaux et d'une adjointe administrative/d'un adjoint administratif. La majorité des médecins travaillent moins de deux jours par semaine (sept heures par jour) à la VNHS.

Bien qu'aucun des médecins du modèle ne soit spécialiste certifié par le Collège royal, certains d'entre eux offrent des services spécialisés, y compris le traitement du VIH/sida et les toxicomanies, en plus de l'entretien à la méthadone. En outre, un ophtalmologiste se rend à la clinique une fois par semaine et un spécialiste des maladies infectieuses deux fois par mois; ces spécialistes ne sont pas rémunérés dans le cadre du modèle. Les membres de l'équipe de soins de santé collaborent pour offrir des soins médicaux primaires et des soins infirmiers, l'entretien à la méthadone, l'administration limitée de médicaments, des phlébotomies, le dépistage de MTS et du counselling en matière de toxicomanie.

Les médecins de la clinique sont rémunérés selon la vacation, soit des honoraires fixes calculés en fonction de 3,5 heures de travail et ce, pour chaque quart travaillé à la clinique. La Vancouver Coastal Health Authority assure le financement des coûts administratifs et d'autres coûts associés. Étant donné que les médecins sont rémunérés selon la vacation, ils n'ont pas d'avantages sociaux.

Le directeur exécutif de la VNHS supervise tous les programmes qu'administre cet organisme, y compris la clinique sans rendez-vous et le centre de jour. La clinique médicale et le centre de jour ont un directeur responsable de l'administration du site et le coordonnateur de la clinique, lequel travaille 30 heures par semaine, est responsable de la gestion des services cliniques. Des réunions d'équipe bimensuelles permettent à tous les médecins de la clinique de formuler des commentaires à l'égard des activités quotidiennes du site et des décisions relatives à l'embauche du personnel administratif, des infirmières/infirmiers et des médecins. Le coordonnateur de la clinique est également médecin et voit des patients plusieurs heures par semaine.

Modèles qui réunissent l'enseignement, la recherche et le travail clinique (ERTC) en milieu urbain

3.2.9 Southeastern Ontario Academic Medical Organization – Kingston, Ontario

La Southeastern Ontario Academic Medical Organization (SEAMO) est une association de membres concernés par la formation médicale, la recherche de base et appliquée en santé et la prestation de services cliniques à l'Université Queen's et à l'hôpital général de Kingston. La SEAMO administre un mode alternatif de financement pour la faculté de médecine de l'Université Queen's qui a remplacé un certain nombre de méthodes traditionnelles de rémunération des médecins, y compris la rémunération à l'acte dans le cadre d'activités

La SEAMO utilise un modèle de financement souple en ce qui concerne la rémunération des médecins pour les activités d'enseignement et de recherche ainsi que le travail clinique.

cliniques. La SEAMO finance les travaux de la majorité des services cliniques de la faculté de médecine de l'Université Queen's.

En 1994, l'Université Queen's, la Clinical Teacher's Association de l'Université Queen's et ses partenaires hospitaliers (l'hôpital général de Kingston, les Religieuses Hospitalières de l'Hôtel Dieu et le Providence Continuing Care Centre) ont tenu des négociations avec le gouvernement de l'Ontario en vue d'établir un budget annuel pour rémunérer l'effectif clinique pour tous les soins que reçoivent les patients au Academic Health Centre de l'Université Queen's. L'établissement d'un nouveau plan de financement représentait un important changement dans la façon de rémunérer les médecins. Auparavant, l'effectif clinique facturait tous les services médicaux offerts selon la rémunération à l'acte au régime provincial de santé. En vertu du nouveau modèle de financement, chaque médecin a un salaire annuel accompagné d'un ensemble d'avantages sociaux. Les services négocient la contribution permise pour l'enseignement, le travail clinique et/ou la recherche avec chaque médecin. Dernièrement, la facturation fictive est devenue une exigence relativement au financement.

SEAMO supervise la rémunération de 175 médecins de soins de première ligne qui exercent dans un cabinet et travaillent dans un milieu universitaire, en plus d'un large éventail de spécialistes en milieu hospitalier dans les spécialités suivantes : l'anesthésiologie, la médecine d'urgence, la médecine interne, l'obstétrique et la gynécologie, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, la pédiatrie, la pathologie et la médecine moléculaire, la médecine physique et la réadaptation, la psychiatrie, la chirurgie, l'urologie et la médecine des soins critiques.

Plus de 100 000 patients ont consulté les médecins de la SEAMO au cours du dernier exercice et il y a eu au total plus de 360 000 visites.

La SEAMO est régie par un système à deux niveaux, soit un comité directeur et un comité des signataires. Les deux comités sont constitués de représentants de la faculté de médecine de l'Université Queen's, de la Clinical Teacher's Association de l'Université Queen's et des partenaires hospitaliers participants. Parmi les membres du comité directeur, on compte des représentants de chacun des signataires, dont certains sont nommés par un signataire tandis que d'autres sont élus par des membres de la faculté. Le comité directeur établit les politiques pour faciliter la prestation de services cliniques, de formation en santé et de recherche en vertu de l'entente relative au mode alternatif de financement. Le comité des signataires prend des décisions sur des principes fondamentaux et peut déclencher la disposition concernant l'arbitrage exécutoire figurant au contrat relatif au mode alternatif conclu avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

L'Alternative Funding Plan de l'Université de l'Alberta a été créé pour combler les postes de médecins vacants de la faculté de médecine.

3.2.10 Alternative Funding Plan – Université de l'Alberta, Edmonton, Alberta

Le modèle de financement Alternative Funding Plan (AFP) a été créé et mis en œuvre en 2002 afin de permettre à la faculté de médecine de l'Université de l'Alberta de recruter et maintenir en poste d'autres spécialistes. Au moment de la mise en œuvre du modèle, la faculté de médecine de l'université devait relever d'importants défis en ce qui concerne le recrutement de médecins. En effet, il fallait combler 53 des 140 postes de médecin. Auparavant, les médecins étaient rémunérés selon un modèle de rémunération à l'acte, ce qui les forçait à concentrer leurs efforts sur le travail clinique et offrait peu d'encouragement ou d'occasions pour les activités de recherche, d'enseignement et administratives.

Le modèle de financement englobe tous les spécialistes de médecine interne qui occupent un poste à plein temps à l'Université de l'Alberta. Les médecins sont rémunérés selon leur niveau d'expérience et le responsable de la faculté négocie individuellement avec chacun d'eux une description de travail. Chaque médecin doit participer à des tâches cliniques, d'enseignement, de recherche et de nature administrative et le contrat de chaque médecin fait état du pourcentage de temps à consacrer à ces tâches. Les médecins peuvent renégocier annuellement leur contrat pour modifier le temps à consacrer à chacune de ces tâches.

Plus de 175 médecins à l'Université de l'Alberta sont rémunérés selon ce modèle de financement. Les médecins collaborent pour offrir des soins cliniques 24 heures sur 24 et sept jours sur sept. Plusieurs domaines de spécialisation certifiés du Collège royal sont représentés dans ce modèle, y compris la médecine interne, la cardiologie, la neurologie, la dermatologie, la médecine pulmonaire, l'endocrinologie et le métabolisme, la gastroentérologie, la rhumatologie, l'hématologie, les maladies infectieuses et la néphrologie.

Ce modèle de financement a une structure de gouvernance officielle et est supervisé par un gestionnaire de projet à l'emploi de la faculté de médecine de l'Université de l'Alberta. Un comité directeur de la faculté de médecine et des sous-comités associés sont chargés de l'élaboration de politiques et le Department of Medicine Practice Plan s'occupe du côté financier. Un comité directeur du modèle (AFPSC) et un comité directeur de la gestion de l'information (CDGI) gèrent les affaires quotidiennes du modèle de financement et supervisent les politiques liées à la gestion de l'information. L'AFPSC a mis en œuvre le modèle, lequel a permis la création du CDGI en permettant aux médecins intéressés par la gestion de l'information d'y consacrer du temps.

SECTION 4 : CONSTATATIONS CLÉS

4.1 Introduction

Dans le cadre du projet de recherche, on a recueilli une quantité considérable de données auprès de médecins, d'administrateurs dans le domaine de la santé et d'autres professionnels de la santé quant aux aspects de leur modèle de soins de santé qui ont contribué au recrutement et au maintien en poste des médecins. Le contenu de la présente section s'appuie sur l'analyse des données quantitatives (enquêtes auprès des médecins) et qualitatives (entrevues avec les principaux informateurs) recueillies.

Étant donné que certains sites ont peu de médecins et/ou le faible taux de participation aux sondages, on a regroupé les modèles dans deux catégories. Les résultats des sondages ont été combinés en deux groupes : (1) les modèles de plus grande envergure qui combinent l'enseignement, la recherche et le travail clinique et (2) les modèles presque exclusivement consacrés à la pratique clinique. Ces modèles sont respectivement désignés modèles ERTC et modèles de pratique clinique. Le tableau 4-1 ci-dessous les décrit en détail.

Tableau 4-1
Classification des sites de soins de santé visités

Modèles ERTC	Modèles de pratique clinique
Alternative Funding Plan – Université de l'Alberta	Équipe Santé familiale Blue Sky
SEAMO – Université Queen's	Vancouver Native Health Society
	Ormsdown Medical Health Centre
	Harbourside Community Health Centre
	Group Health Centre
	North Queens Health Centre
	Calgary - soins partagés en santé mentale

4.2 Satisfaction des médecins

Malgré la présence de différents types de modèles, la satisfaction des médecins est élevée dans presque tous les sites. En effet, plus des trois quarts (76 %) des médecins qui ont répondu au sondage sont satisfaits ou très satisfaits de leur situation professionnelle à ce moment.

L'analyse des données du sondage mené auprès des médecins permet d'obtenir un aperçu intéressant de ce « qui importe » relativement à la satisfaction des médecins à l'égard de leur situation professionnelle en général. Plusieurs facteurs ressortent comme ayant une importance. De plus, un certain nombre de facteurs n'ont qu'une incidence limitée sur la satisfaction des médecins.

Les modèles visités ont été regroupés en deux catégories : ceux de pratique clinique et ceux qui réunissent l'enseignement, la recherche et le travail clinique.

Dans la majorité des sites, la satisfaction des médecins est très élevée.

L'analyse de corrélation a cerné des facteurs qui sont grandement ou peu associés à la satisfaction des médecins.

On a effectué une analyse de corrélation pour déterminer les facteurs qui sont grandement ou peu associés à la satisfaction des médecins (telle que mesurée par la satisfaction des médecins à l'égard de leur situation professionnelle). Il importe de noter que les données présentées n'indiquent pas un taux de satisfaction faible ou élevé des médecins à l'égard des facteurs particuliers du milieu de travail, mais plutôt une mesure de l'association entre deux variables. Par exemple, tel que mis en évidence au tableau 4-2, les médecins d'un modèle de pratique clinique qui ont indiqué être très satisfaits de leur communauté dans son ensemble tendent également à être très satisfaits de leur situation professionnelle. En revanche, il semble n'y avoir, au sein du même groupe de médecins, qu'un faible lien entre le niveau de stress et leur satisfaction générale à l'égard de leur situation professionnelle.

Tableau 4-2
Facteurs ayant une incidence sur la satisfaction des médecins à l'égard de leur situation professionnelle par type de modèle (1)

Type de modèle : (nombre d'enquêtes auprès des médecins)	Facteurs ayant une corrélation élevée avec la satisfaction	Facteurs ayant une faible corrélation avec la satisfaction
Modèles de pratique clinique (n=26-30)	<ul style="list-style-type: none"> ❶ Communauté dans son ensemble (,832) ❷ Appréciation du travail (,832) ❸ Relations professionnelles et interactions avec d'autres médecins (,755) ❹ Lieu de travail (,752) ❺ Rémunération ou revenu actuel (,710) 	<ul style="list-style-type: none"> ❶ Niveau de stress vécu au travail (,303) ❷ Heures de travail (,319) ❸ Relations avec le personnel non-médecin (,372) ❹ Nombre d'heures de travail (,431) ❺ Organisation des tâches (,449)
Modèles qui réunissent l'enseignement, la recherche et le travail clinique (modèles ERTC) (n=117-132)	<ul style="list-style-type: none"> ❶ Appréciation du travail (,508) ❷ Perspectives futures de carrière ou capacité à faire évoluer la pratique (,503) ❸ Modèle de santé en général (,432) ❹ Niveau de stress vécu au travail (,422) ❺ Avantages sociaux (,413) 	<ul style="list-style-type: none"> ❶ Possibilités de formation médicale continue (,262) ❷ Installations matérielles ou équipement (,262) ❸ Temps ou efforts consacrés aux tâches administratives (,280) ❹ Équilibre entre la vie privée et le travail (,293) ❺ Nombre d'heures de travail (,300)

(1) Statistiques de Cramer-von Mises V 1 = association parfaite, 0 = aucune association.

L'appréciation du travail est associée à la satisfaction générale des médecins.

Comme le tableau 4-2 ci-dessus le met en évidence, l'appréciation du travail semble être associée à la satisfaction des médecins à l'égard de leur situation professionnelle. Dans le cas des médecins travaillant dans des modèles de pratique clinique, la communauté, le lieu de travail, leurs relations professionnelles et la rémunération sont grandement associés à la satisfaction. Quant aux médecins travaillant dans des modèles ERTC, la satisfaction est associée aux occasions d'avancement professionnel ou d'évolution de la pratique clinique ainsi qu'à la satisfaction à l'égard du modèle de santé. Les

avantages sociaux sont également importants pour ce groupe. En revanche, la satisfaction générale n'est associée que de façon limitée à la formation médicale continue, aux installations matérielles ou à l'équipement, au temps consacré aux tâches administratives, à un équilibre entre la vie privée et le travail, et aux heures de travail.

La satisfaction des médecins qui travaillent dans des modèles de pratique clinique est associée de façon limitée au stress au travail, aux heures de travail, au nombre d'heures de travail et à l'organisation des tâches ainsi qu'aux relations avec le personnel non-médecin.

Lors des visites, l'équipe de recherche a étudié plus en détail les divers facteurs qui contribuent au recrutement et au maintien en poste des médecins. Les sections suivantes présentent ces constatations.

4.3 Facteurs ayant un effet sur le recrutement des médecins

Partout au pays, les communautés cherchent activement à attirer les rares médecins qualifiés. Il est donc de plus en plus important de reconnaître et de définir des stratégies de recrutement. Certains sites sont individuellement responsables du recrutement des médecins, tandis que d'autres collaborent avec les administrations municipales et/ou gouvernements provinciaux, des entreprises locales et d'autres partenaires communautaires. Les sites qui se trouvent dans de petites communautés rurales sont plus susceptibles de travailler avec des partenaires communautaires et les grands sites urbains sont plus susceptibles d'être responsables de leur propre recrutement⁴. Un des éléments clés de ce projet de recherche consistait à déterminer la mesure dans laquelle les sites visés par ce projet ont réussi à attirer des médecins qualifiés.

Dans quelle mesure les sites fonctionnent-ils en ce qui concerne le recrutement des médecins?

Les données administratives fournies par les modèles de soins de santé semblent indiquer que la majorité des sites n'ont aucune difficulté à attirer (ou à maintenir en poste) des médecins, ce que démontre le pourcentage de postes de médecin non comblés au cours d'une année, soit de 2 à 9 %.

De même, le taux de roulement annuel au sein de chaque groupe est inférieur à 10 %. De plus, la majorité des sites ont indiqué disposer d'une stratégie de recrutement explicite.

Partout au pays, les communautés cherchent activement à attirer des médecins qualifiés.

La plupart des sites visités ont de la difficulté à attirer des médecins ou à les maintenir en poste.

⁴ Par exemple, à Sault Ste. Marie, il y a un agent qui s'occupe du recrutement. Il est payé par l'hôpital, la ville et le modèle de santé. Il est responsable du recrutement des médecins et collabore avec un certain nombre de partenaires communautaires, y compris des entreprises locales. À North Bay, le maire a récemment accompagné plusieurs médecins locaux lors d'une campagne de recrutement d'une semaine.

Tableau 4-3
Indicateurs des effectifs médicaux par type de modèle

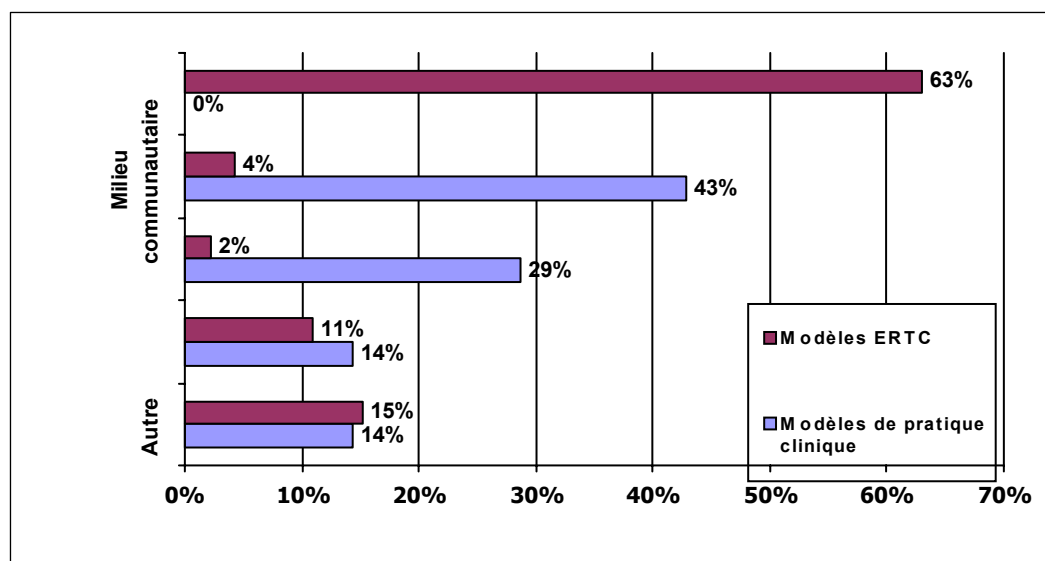
Indicateur	Modèles de pratique clinique	Modèles ERTC
Pourcentage des postes de médecin vacants	9 %	2 %
Taux de roulement	8 %	9 %
Stratégies de recrutement explicites en place	✓	✓

Les sondages n'ont fourni que de l'information limitée au sujet des éléments clés responsables de l'attrait que suscite un modèle de soins de santé particulier.

Qu'est-ce qui a incité les médecins à travailler dans les modèles de soins de santé?

Les enquêtes auprès des médecins n'ont fourni que de l'information limitée au sujet des éléments clés responsables de l'attrait que suscite un modèle de soins de santé particulier. Par exemple, des quelque 160 médecins qui ont participé à l'enquête, environ seulement le tiers (31 %) ont indiqué avoir déménagé au cours des cinq dernières années pour travailler dans le modèle de soins de santé. Lorsqu'on leur a demandé les facteurs qui ont influencé leur décision de déménager pour travailler dans le modèle de soins de santé, les médecins des deux types de modèle ont donné différentes raisons. Ceux des modèles ERTC sont, en grande partie, déménagés pour de l'avancement professionnel ou des possibilités d'avancement. Quant à eux, les médecins des modèles de pratique clinique étaient plus susceptibles d'être influencés par le milieu communautaire et un meilleur horaire de travail. Environ le même pourcentage de médecins dans les deux types de modèle a déménagé pour des raisons familiales ou en raison de l'emploi du conjoint. De plus, 4 % des médecins qui travaillent dans des modèles ERTC ont indiqué avoir déménagé pour des raisons liées à la rémunération.

Diagramme 4-1
Raisons des médecins pour déménager au site actuel
(médecins qui ont déménagé au cours des cinq dernières années)
par type de modèle



La majorité des sites disposent de pratiques de recrutement standards.

Quelles pratiques/initiatives les administrateurs dans le domaine de la santé considèrent-ils efficaces dans le recrutement des médecins?

Étant donné l'information limitée qu'ont fournie les médecins relativement à ce qui les a attirés vers leur modèle respectif, l'équipe de recherche s'est fiée sur les renseignements fournis par les administrateurs dans le domaine de la santé relativement à ce qui a fonctionné pour recruter des médecins.

Bien que les stratégies de recrutement et les mesures incitatives varient d'un site à l'autre, dans la majorité des sites visités, on a signalé avoir des pratiques de recrutement standards ou que de telles pratiques étaient en place dans la communauté. Ces stratégies comprennent de la publicité dans des revues médicales, la participation à des foires de recrutement des facultés de médecine, de la publicité dans des journaux, des lettres aux facultés de médecine, des services d'approche à des groupes désignés et le recrutement de bouche à oreille. Dans la majorité des sites visités, on a mentionné que les efforts de recrutement sont fructueux ou très fructueux. Bien que certains modèles aient des postes de médecin vacants et cherchent activement à recruter des médecins, les problèmes auxquels ils sont confrontés découlent plus de la pénurie générale de médecins que de l'approche du site en matière de recrutement.

Selon l'examen de l'information recueillie lors des visites, les éléments suivants peuvent être catégorisés comme « meilleures pratiques » en matière de recrutement.

Une qualité de vie améliorée, l'occasion d'exercer avec d'autres médecins et professionnels de la santé dans un milieu de collaboration et une rémunération plus stable sont les facteurs influençant la décision des médecins de se joindre au modèle actuel le plus couramment cités. C'est particulièrement le cas des médecins travaillant dans des modèles de soins de première ligne. Bien que les médecins apprécient l'accès au perfectionnement professionnel, ce dernier n'était pas mentionné fréquemment comme un facteur influençant la décision de se joindre à un modèle de soins de santé.

Mesures de réduction de la charge de travail

Des heures raisonnables et la souplesse des régimes de travail semblent attirer particulièrement les jeunes médecins et d'autres nouveaux diplômés de facultés de médecine⁵. Bien que l'équipe de recherche n'avait qu'un accès limité aux nouveaux diplômés lors des visites, ceux qui ont été interrogés et/ou qui ont participé aux enquêtes et de nombreuses personnes concernées par le recrutement ont mentionné que les jeunes médecins ne sont pas prêts à travailler autant d'heures que le faisaient les médecins auparavant et accordent une plus grande importance à la qualité de vie. Par conséquent, les modèles qui sont en mesure d'offrir aux médecins une meilleure qualité de vie connaissent plus de succès pour ce qui est d'attirer des diplômés de facultés de médecine. Pour de nombreux médecins des sites visités, le désir d'une charge de travail plus raisonnable est l'un des facteurs importants. Pour certains, cela prend la

La qualité de vie est un facteur important pour attirer de nouveaux diplômés de facultés de médecine.

⁵ Groupe de travail Deux (Janvier 2003). *Les effectifs médicaux au Canada : analyse des documents et des écarts*. <http://www.physicianhr.ca/reports/literatureReviewGapAnalysis-f.pdf>.

forme d'heures de travail réduites ou d'heures plus régulières tandis que pour d'autres, les heures de travail actuelles sont les mêmes, mais avec moins de stress et une cadence plus raisonnable, ce qui se traduit par un nombre moins élevé de cas d'épuisement professionnel. Dans la majorité des sites visités, les médecins sont rémunérés selon un autre mode de paiement quelconque consistant en un salaire annuel, la vacation pour les quarts travaillés ou une combinaison quelconque de salaire, vacation et rémunération à l'acte. Bon nombre des médecins travaillant dans ces modèles ont précédemment exercé dans un modèle où ils étaient rémunérés à l'acte, modèle caractérisé par des heures de travail irrégulières, la pression constante de voir toujours plus de patients et de longues heures consacrées à la facturation, à l'embauche et au congédiement du personnel et à la supervision du personnel administratif. En revanche, dans un grand nombre des sites visités, les heures sont plus raisonnables et les responsabilités administratives des médecins sont grandement réduites, ce qui leur permettait de consacrer plus de temps à la famille et d'explorer d'autres intérêts personnels et professionnels sans que leur revenu annuel ne diminue.

La réduction de la charge de travail semble être une importante mesure incitative pour les médecins exerçant dans des modèles de pratique familiale où il y a d'autres régimes de paiement (p. ex., salaire, modèles de financement combinés, etc.) Tel qu'illustré ci-dessous, les médecins de certains des modèles visités ont cité comme attrait clé des congés garantis, du temps pour la formation médicale continue et la capacité du modèle à composer avec d'autres imprévus.

L'analyse des données des enquêtes auprès des médecins, lorsque l'on tient compte de toutes les réponses, indique que les médecins de pratique clinique des sites visités (à l'exception des modèles ERTC) travaillent moins d'heures que ceux d'autres sites au Canada. Dans deux des modèles de pratique, les médecins ne travaillent pas plus de trois jours par semaine. Lorsque l'on a effectué une comparaison en utilisant que les réponses aux sondages auprès des médecins considérés comme à temps plein, le nombre de jours travaillés par année est supérieur à la moyenne nationale et le nombre moyen d'heures de travail par semaine n'est que légèrement inférieur aux données nationales. Étant donné le petit nombre de personnes faisant partie du groupe qui a participé au sondage, il faut faire preuve de prudence lorsque l'on interprète ces données, car les moyennes sont influencées par des résultats extrêmes.

Tableau 4-4
Caractéristiques relatives à la charge de travail dans les sites de pratique clinique

	Sites de pratique clinique visités – tous les cas (Moyenne)	Sites de pratique clinique visités – temps plein	Moyenne nationale (Moyenne)
Heures par semaine en moyenne (sauf les périodes de grade)	46,9 ¹ (n=29)	49,9 ² (n=24)	50,7 (n=20,332)
Nombre moyen de jours de travail par année	189,5 (37,9 semaines) ³ (n=29)	257,3 (51,5 semaines) ⁴ (n=19)	n/a (44,2 semaines) (n=19,739)

Nota : ¹ Les heures par semaine varient de 2 à 96 et ne s'appliquent qu'aux heures de travail effectuées aux modèles de santé visités.

² Les heures par semaine varient de 30 à 80; sont exclus quatre cas où les heures par semaine variaient de 2 à 25 heures et un cas extrême de 96 heures par semaine aux modèles de santé visités. Le calcul hebdomadaire est établi en fonction de 5 jours de travail par semaine.

³ Les jours par année varient de 5 à 353 et ne s'appliquent qu'au nombre de jours travaillés par année aux modèles de santé visités.

⁴ Les jours par année varient de 184 à 353; sont exclus 10 cas qui variaient de 5 à 160 jours par année aux modèles de santé visités. Le calcul hebdomadaire est établi en fonction de 5 jours de travail par semaine.

Source : Sondage auprès des médecins, questions B5 et B7

Sondage national auprès des médecins réalisé en 2004, tableau Q10A et Q12

L'information recueillie lors des visites contient des exemples de mesures de réduction de la charge de travail mises en œuvre par les sites pour recruter/maintenir en poste des médecins. Le tableau 4-5 ci-après présente des initiatives de réduction de la charge de travail établies par les modèles de soins de santé dans le but de recruter et de maintenir en poste des médecins.

Tableau 4--5
Exemples de mesures de réduction de la charge de travail mises en œuvre par les sites de pratique clinique visités

Site	Vacances payées (semaines)	Formation médicale continue payés (jours)	Exigences en matière de services de garde	Autres avantages sociaux
Pratique de médecine familiale A	6	7	24 heures en 2 semaines	Congés maladie payés, jusqu'à 6 mois de salaire en cas d'incapacité ou de maladie à court terme, prestations de maternité/paternité
Pratique de médecine familiale B	4-6	10	1 fin de semaine aux 6 semaines, plus 1 journée aux 14 jours	18 jours de congés maladie payés, régime de pension
Pratique de médecine familiale C	4	10	Aucune exigence, mais les médecins travaillent 48 à 120 heures par mois	Aucun congé maladie payé ni de régime de pension

L'occasion de travailler dans un modèle de soins en collaboration est attrayante aux yeux de nombreux médecins.

Pratique de collaboration/soutien de spécialistes

La possibilité de travailler dans un milieu multidisciplinaire/interprofessionnel, ou un « modèle de soins en collaboration », avec d'autres médecins, professionnels de la santé et spécialistes a joué un rôle clé dans le recrutement des médecins travaillant à plusieurs des sites. Pour bon nombre de médecins, particulièrement les jeunes, l'attrait d'un milieu de travail en collaboration est qu'il offre l'occasion de prendre confiance avant de se lancer dans la pratique individuelle. Dans d'autres cas, la possibilité de travailler en étroite collaboration avec des spécialistes est souhaitable. Par exemple, l'occasion de travailler avec des psychiatres et des cliniciens de la santé mentale a attiré les médecins vers le modèle de soins de santé partagés en santé mentale de Calgary. Les médecins de famille mentionnent voir de plus en plus de problèmes de santé mentale, plus particulièrement l'anxiété et la dépression, et bon nombre d'entre eux ont indiqué se sentir mal équipés pour traiter ces problèmes. Les soins de santé mentale partagés donnent aux médecins l'occasion de collaborer avec des professionnels de la santé mentale dans le cadre du traitement de leurs patients et d'en apprendre davantage au sujet des soins de santé mentale. Ce sont ces occasions qui ont attiré les médecins vers le modèle.

Équilibre entre la vie privée et le travail

Les médecins sont attirés vers les modèles qui offrent des heures de travail régulières et garantissent des vacances.

Un grand nombre des sites visités offrent un meilleur équilibre entre la vie privée et le travail que ce que l'on retrouve dans des milieux traditionnels de prestation de soins de santé. De nombreux médecins sont attirés vers des modèles qui offrent des heures de travail plus régulières et garantissent des vacances. Le fait d'être de garde prend beaucoup de temps à de nombreux médecins et perturbe leur vie. La contrainte que représente le travail de garde est quelque peu atténuée dans bon nombre des modèles de soins en collaboration visités. Bien que les médecins aient indiqué que leur charge de travail n'a pas diminué, ils ont été nombreux à signaler une amélioration considérable de l'équilibre entre la vie privée et le travail. De nombreux médecins aiment les heures fixes et la souplesse accrue relativement à des congés que permet le travail dans un modèle de collaboration utilisant un autre mode de rémunération, indiquant qu'ils ne travaillent plus des heures « en dehors des heures normales de travail ». En fait, certains médecins ont indiqué avoir accepté de réduire leur revenu pour se joindre au modèle dans lequel ils travaillent actuellement; cet emploi les a attirés parce que le modèle offre réellement la possibilité d'améliorer l'équilibre entre la vie privée et le travail.

Un certain nombre de médecins interrogés dans le cadre de cette étude sont attirés par l'occasion d'avoir un horaire de travail plus souple. Presque tous les médecins, qui exercent dans un milieu de soins en collaboration où d'autres médecins/professionnels de la santé sont disponibles, ont signalé qu'il est beaucoup plus facile de prendre congé pour des raisons personnelles que ce ne serait le cas dans un modèle de la rémunération à l'acte. Selon la majorité des médecins de toutes les régions du Canada qui n'ont pris aucun congé pour des raisons personnelles au cours de l'année⁶, il semble que la souplesse et

⁶ Dans le Sondage national auprès des médecins réalisé en 2004, seulement 15,6 % des médecins ont signalé avoir pris des congés pour des raisons personnelles au cours de la dernière année. Source, le tableau 13B-1.

Les ensembles d'avantages sociaux des modèles de traitement annuel sont mentionnés comme étant importants pour le recrutement des médecins.

l'équilibre entre la vie privée et le travail constitue un attrait pour les médecins qui se sont joints aux modèles de pratique clinique visités dans le cadre de la présente recherche.

Encouragements financiers/rémunération

Bien que de nombreux médecins qui ont participé au sondage et qui ont été interrogés aient indiqué que leur rémunération actuelle est très similaire à ce qu'elle serait dans un autre modèle, le fait de toucher un salaire, une vacation ou de travailler dans une sorte quelconque de modèle de financement combiné attire un grand nombre de médecins. D'autres plans de financement jouent un rôle particulièrement important pour ce qui est d'attirer des médecins dans des sites ruraux ou éloignés, des sites d'enseignement et des sites desservant des populations ayant des besoins élevés. Bon nombre de modèles ont des coûts de pratique limités ou nuls pour les médecins, ce qui peut être particulièrement attirant pour les nouveaux diplômés, car cela réduit grandement les coûts élevés associés à l'exercice indépendant de la médecine. Les ensembles d'avantages sociaux qu'offrent les modèles de traitement annuel aux médecins ont également été mentionnés comme des facteurs importants dans le recrutement des médecins. Le fait que les médecins aient des vacances payées et des congés de maladie, par exemple, signifie qu'on ne réduit par leur revenu s'ils prennent des vacances ou sont malades. En raison de l'augmentation du nombre de femmes diplômées de facultés de médecine, les congés et les prestations de maternité deviendront probablement eux aussi d'importantes mesures incitatives.

Bien que la rémunération soit un facteur important de la satisfaction générale des médecins, elle n'est pas nécessairement le plus important critère. En règle générale, les médecins qui sont attirés vers les modèles cliniques estiment que la structure de rémunération du modèle leur permettrait d'avoir environ le même revenu global, mais qu'en général les heures de travail seraient plus stables et ils devraient moins travailler « en dehors des heures normales de travail », ce qui se traduirait par l'amélioration de l'équilibre entre la vie privée et le travail.

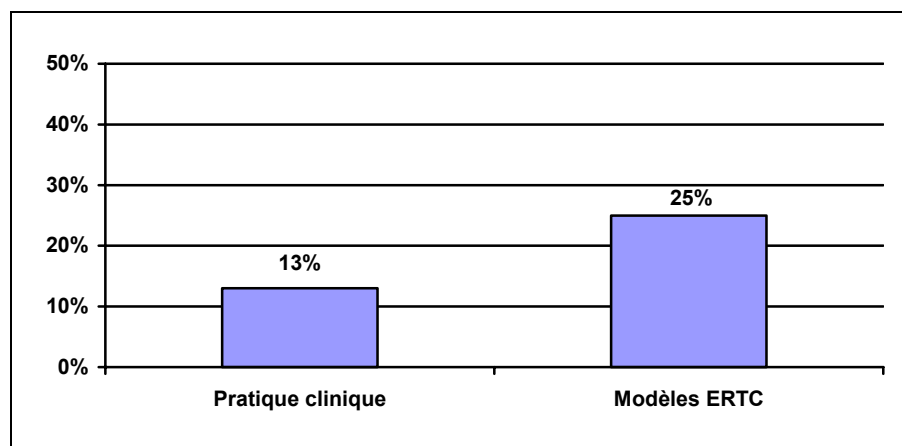
En revanche, les médecins qui travaillent dans les modèles ERTC sont plus susceptibles d'indiquer que les encouragements financiers les ont attirés vers leur modèle de santé particulier. Les raisons typiques mentionnées pour se joindre aux modèles ERTC comprennent :

- la rémunération des activités de recherche/d'enseignement;
- la stabilité du revenu;
- le moins grand nombre d'exigences administratives (p. ex., l'embauche et la supervision du personnel, la gestion des installations, l'entretien des systèmes électroniques);
- la capacité de consacrer plus de temps aux patients complexes.

Comme le montre le diagramme 4-2, seulement 13 % des médecins d'un modèle de pratique clinique ont cité la structure de rémunération comme un facteur principal les ayant attirés vers le modèle alors qu'un bien plus grand pourcentage (25 %) de médecins des modèles ERTC ont indiqué qu'elle a joué

un rôle clé dans leur décision d'opter pour ce modèle. Il ressort du Sondage national auprès des médecins réalisé en 2004⁷ que près de la moitié (48 %) des médecins préfèrent être rémunérés selon un mode de paiement mixte alors qu'à peine plus du quart (28 %) préfèrent être rémunérés à l'acte.

Diagramme 4-2
Importance de la structure de rémunération comme déterminant clé dans le choix du modèle de soins de santé



n=31 modèles de pratique clinique; n=134 modèles ERTC

Éducation et formation/perfectionnement professionnel

Plusieurs sites appuient les médecins pour les encourager à participer à des occasions de perfectionnement professionnel en leur donnant une aide financière et des congés payés. Bien que certains médecins estiment qu'une bonne aide au perfectionnement professionnel pourrait contribuer à attirer de nouveaux médecins vers le modèle, aucun des médecins interrogés n'a signalé que ce facteur a influencé sa décision de se joindre au modèle.

Questions relatives au style de vie des médecins/isolement social

La possibilité de l'isolement social, le manque de possibilités culturelles et d'études pour les médecins et leur famille et les possibilités d'emploi limitées du conjoint posent des défis particuliers aux efforts de recrutement dans des sites ruraux et éloignés. Les modèles situés dans des régions qui offrent moins aux médecins et à leur famille en matière de style de vie, de possibilités d'études et d'options relativement à l'emploi du conjoint ont tendance à être plus susceptibles que les grandes communautés d'offrir des encouragements supplémentaires afin d'attirer des médecins. Bien que la majorité des modèles disposent de stratégies de recrutement et que de nombreux modèles offrent des encouragements, la majorité de ceux qui offrent des encouragements le font au cas par cas plutôt que d'offrir des encouragements standards à tous les médecins. Par exemple, on a signalé des sites qui offrent des prêts sans intérêt,

La majorité des médecins qui ont participé à l'étude ont indiqué que l'« attrait » de leur modèle est bon ou excellent.

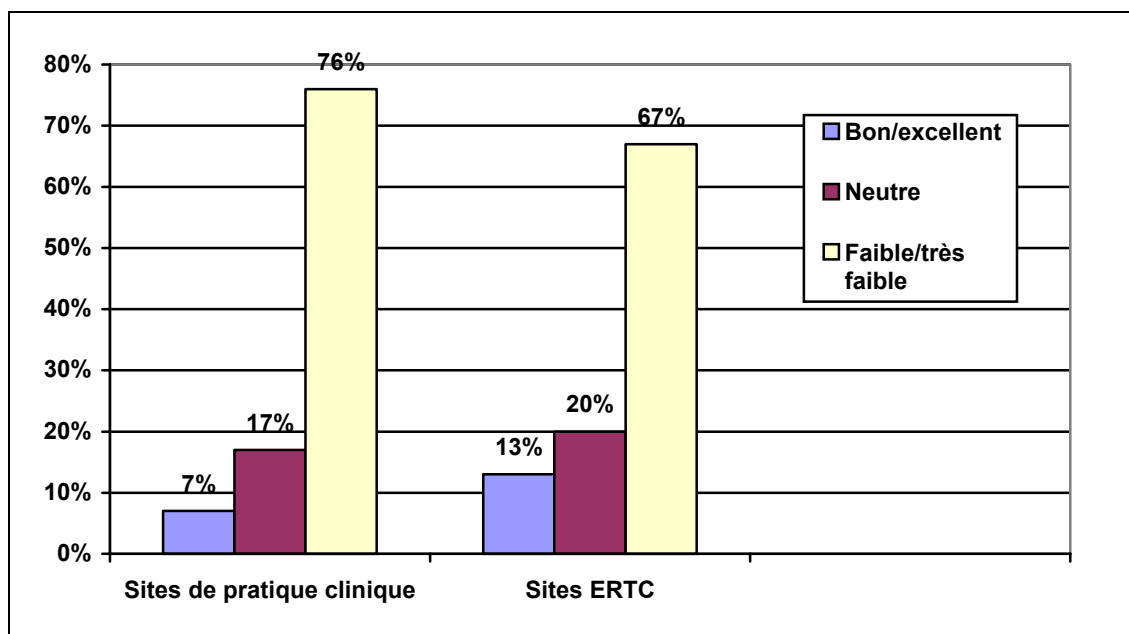
⁷ Sondage national auprès des médecins réalisé en 2004, tableau Q14B – Mode de rémunération préféré

l'affiliation à des clubs de santé et le remboursement des dépenses liées au déménagement des médecins, bien que ces encouragements ne constituent pas une pratique standard. Certains des sites qui offrent couramment des mesures d'encouragement en matière de recrutement offrent une rémunération additionnelle pour compenser les coûts liés à la participation à de la formation médicale continue.

Attrait global des modèles

Selon l'analyse de l'information recueillie dans le cadre du sondage mené auprès des médecins, la majorité des médecins ont indiqué que l'« attrait » de leur modèle est bon ou excellent, alors que très peu ont indiqué qu'il est faible ou très faible. Comme l'illustre le diagramme 4-3, les médecins qui travaillent dans des modèles de pratique clinique évaluent plus positivement l'attrait de leur modèle de santé pour les nouveaux médecins que ceux d'un modèle ERTC.

Diagramme 4-3
Évaluation par les médecins de l'attrait global
de leur modèle de santé pour les nouveaux médecins diplômés



L'examen des commentaires des médecins souligne les principaux éléments d'« attraction » des sites visités et met en évidence les différences relativement à ce qui attirerait différents médecins vers différents modèles de soins de santé. Ces éléments d'« attraction » sont documentés plus en détail dans les tableaux 4-6A et 4-6B.

Tableau 4-6A
Éléments d'attraction – Sites de pratique clinique visités

Facteur/élément	Discussion
Élément de collaboration/d'équipe	<ul style="list-style-type: none"> • Les sites visités ont tendance à adopter une approche de collaboration aux soins des patients à laquelle participent souvent deux médecins ou plus ainsi que d'autres professionnels paramédicaux • L'équipe offre un soutien professionnel et peut remplacer les médecins absents
Plus grande capacité à se concentrer sur la pratique clinique	<ul style="list-style-type: none"> • La majorité des sites utilisent une autre structure de paiement (p. ex., salaire, modèles de paiement mixte, etc.), laquelle réduit les pressions exercées sur le médecin pour qu'il « fasse défiler » les patients • Moins de pression sur les médecins de famille/omnipraticiens pour gérer les activités administratives et de facturation – les médecins peuvent se concentrer plus sur les soins cliniques
Meilleur équilibre entre la vie privée et le travail	<ul style="list-style-type: none"> • En règle générale, la majorité des sites utilisant d'autres modes de rémunération offrent aux médecins des périodes de vacances fixes (4 à 6 semaines) et pour la formation médicale continue (1 ou 2 semaines) • Moins de pression en ce qui concerne les périodes de garde • Les médecins estiment qu'ils sont en meilleure position pour gérer leur(s) charge(s) de travail

Tableau 4-6B
Éléments d'attraction – Modèles ERTC

Facteur/élément	Discussion
Appui à l'équilibre des activités	<ul style="list-style-type: none"> • Les sites ERTC visités offrent une rémunération pour les activités d'enseignement, de recherche et de pratique clinique • Les médecins estiment que de tels modèles attireraient ceux qui souhaitent poursuivre des activités (c.-à-d., enseignement, recherche) qui ne sont pas rémunérées dans le modèle traditionnel de rémunération à l'acte • Les modèles ont une souplesse suffisante pour permettre aux médecins d'explorer de grands intérêts sans d'importantes pénalités financières
Rémunération	<ul style="list-style-type: none"> • Les sites visités essaient d'offrir une rémunération équitable pour les activités non cliniques • Souvent, les salaires sont établis pour être équivalents à ceux des spécialistes qui exercent à l'acte • Les médecins ont mentionné les salaires concurrentiels, sans avoir le fardeau administratif de la facturation, comme un élément d'attraction clé de leur modèle • Les médecins ont mentionné la stabilité du revenu comme un élément attrayant de leur modèle
Appuis aux fonctions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les médecins des sites visités peuvent négocier le paiement du temps consacré à des activités de recherche • Les sites encouragent la recherche, car il n'y a aucune pression pour exercer la médecine en pratique clinique afin de maintenir le revenu • Les activités de recherche ont la même valeur que celles d'enseignement et/ou de pratique clinique

4.4 Facteurs ayant un effet sur le maintien en poste des médecins dans les modèles de soins de santé

La majorité des sites visités ont des médecins expérimentés, dont un grand nombre envisagent de prendre leur retraite au cours des dix prochaines années. En raison de la pénurie de médecins dans toutes les régions du Canada, il est de plus en plus important de les maintenir en poste dans les modèles de santé

La majorité des sites visités ne disposent pas de stratégies officielles de maintien en poste.

et ce, le plus longtemps possible. Le maintien en poste des jeunes médecins est tout aussi important. Pour relever ce défi, les modèles ont modifié leur structure et leur mode de rémunération.

La majorité des sites visités ne disposent pas de stratégies officielles de maintien en poste des médecins définies. Cependant, de nombreux participants à l'étude estiment que l'organisation du modèle encourage le maintien en poste. Les commodités ou les avantages accessoires qu'offre le modèle sont considérés comme des stratégies de maintien en poste. Elles comprennent la rémunération concurrentielle, l'approche pratique collégiale, la participation au processus décisionnel, de bonnes pratiques de gestion, l'équité, la capacité à travailler dans des programmes particuliers (p. ex., mentorat, orientation, promotion), des réunions interdisciplinaires de tous les intéressés et la capacité à travailler à une description de travail. À certains sites, on organise des événements sociaux pour inclure les médecins et leur partenaire, les étudiants en médecine, les résidents et les remplaçants. À un site, on a mis sur pied des groupes de discussion pour recueillir les commentaires des médecins tandis qu'à un autre site, on appuie financièrement la participation à de la formation médicale continue et à des conférences annuelles.

Communication

La majorité des modèles abordent le maintien en poste en fournissant des voies de communication ouvertes qui encouragent le médecin à formuler des commentaires quant au fonctionnement. Les médecins se rencontrent régulièrement pour donner leur avis et sont représentés au conseil du modèle de santé. C'est le cas du Harbourside Community Health Centre (Île-du-Prince-Édouard), du Group Health Centre (Sault Ste. Marie), de l'équipe Santé familiale Blue Sky (North Bay) et du Northeast Family Health Centre (Edmonton). À la majorité des sites, les médecins sont d'avis qu'ils ont un droit de parole en ce qui concerne le fonctionnement du modèle de santé. Il y a de rares exceptions, à savoir lorsque les médecins travaillent au site de façon très limitée et qu'ils ne sont pas en mesure de participer aux réunions mensuelles.

Mesures de réduction de la charge de travail

En règle générale, les médecins voient des patients ayant des problèmes plus complexes et des patients ayant de plus en plus de demandes en matière de traitement, sans compter la pénurie de médecins croissante pour répondre aux besoins de la population. Souvent, les jeunes médecins et ceux qui approchent la retraite ne sont pas prêts à travailler de longues heures avec les grandes responsabilités de garde associées à l'exercice traditionnel de la médecine. Par conséquent, les modèles de santé doivent, pour maintenir les médecins en poste, faire preuve d'une plus grande créativité quant à l'organisation des tâches. On a eu recours à des infirmières praticiennes/infirmiers praticiens et à des remplaçants; divers types de spécialistes effectuent des visites régulières et les modèles ont établi des pratiques en collaboration où on peut se partager les patients et où les médecins peuvent avoir certaines responsabilités réduites en ce qui a trait à l'hôpital et aux périodes de garde.

D'une part, la majorité de tous les médecins interrogés qui travaillent dans des pratiques en collaboration où il y a d'autres modes de paiement ont signalé une réduction de leurs tâches administratives d'après leur expérience précédente

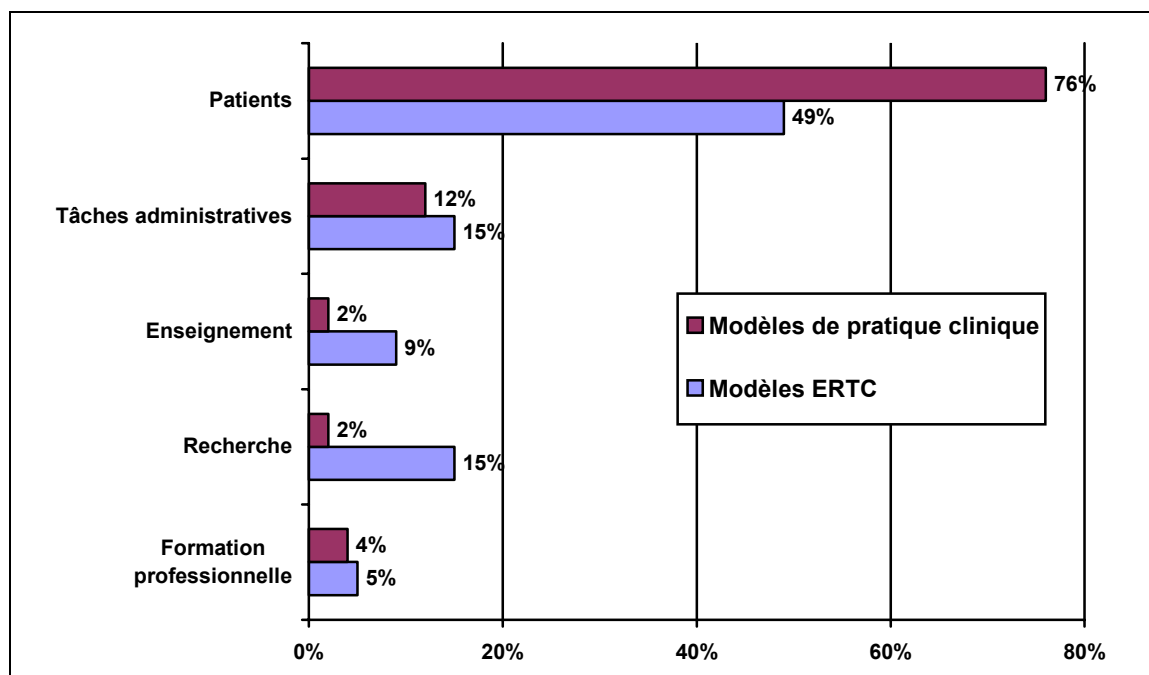
Les médecins de la majorité des sites ont leur mot à dire quant au fonctionnement du modèle de santé.

Pour maintenir les médecins en poste, les modèles devront faire preuve d'une grande créativité dans l'organisation des tâches.

avec la facturation axée sur la rémunération à l'acte. D'autre part, ceux des modèles ERTC sont insatisfaits du temps qu'ils doivent consacrer à ces tâches. Plus particulièrement, les médecins interrogés estiment que les exigences relatives à la facturation fictive consomment trop de temps qui serait mieux consacré au travail clinique.

Le temps que consacrent les médecins des modèles ERTC aux tâches administratives est similaire à celui des médecins des modèles de pratique clinique; ceux des modèles ERTC en consacrent 3 % de plus (voir le diagramme 4-4).

Diagramme 4-4
Pourcentage de temps que consacrent les médecins aux tâches administratives



Infirmière praticienne/infirmier praticien

Les infirmières praticiennes/infirmiers praticiens remplissent diverses fonctions pour réduire le fardeau des médecins. Dans certains cas, elles/ils ont leur propre volume de patients défini par les lignes directrices du cadre de pratique et sont supervisés par un médecin. Dans d'autres cas, elles/ils travaillent en étroite collaboration avec un médecin en assurant certains aspects des soins aux patients de ce médecin (p. ex., injections, prise de pression artérielle, éducation des patients, administration de vaccins, examens de patientes). Toutefois, les infirmières praticiennes/infirmiers praticiens ne sont efficaces que si les médecins ont confiance en elles/eux et ne jugent pas nécessaire de les superviser ou d'effectuer les tests de nouveau. En outre, l'utilisation d'infirmières praticiennes/infirmiers praticiens est plus largement acceptée dans des modèles où il y a d'autres modes de paiement lorsque leur travail n'a pas d'incidence sur la rémunération des médecins, comme ce serait le cas dans des modèles de la rémunération à l'acte. Puisque l'infirmière praticienne/infirmier praticien occupe un poste relativement nouveau dans la majorité des modèles, les médecins

continuent d'explorer les façons d'organiser l'expertise des infirmières praticiennes/infirmiers praticiens non seulement pour maximiser les avantages pour les patients, mais également pour réduire leur charge de travail.

Remplaçants

Plusieurs sites semblent utiliser les remplaçants à la fois pour combler temporairement les postes vacants et pour remplacer les médecins des pratiques qui sont en vacances ou absents. Les remplaçants servent habituellement pour des absences à long terme plutôt que pour des absences de quelques jours seulement. Bien qu'il s'agisse d'une solution plutôt dispendieuse, certains modèles ont constaté que l'utilisation des remplaçants revêt une importance primordiale pour le maintien en poste des médecins dans le modèle. À un endroit, les remplaçants, les résidents et/ou les étudiants en médecine sont logés gratuitement. Les médecins qui exercent comme remplaçants ont l'occasion de travailler dans le modèle et la communauté. Ils sont ainsi en mesure de prendre des décisions éclairées quant à l'emploi à plein temps dans un modèle de santé. Dans certains cas, on a recruté des remplaçants pour combler des postes permanents.

Pratique de collaboration

Les modèles de pratique de collaboration offrent une variété d'avantages non seulement aux patients, mais également aux médecins. Tandis que les patients peuvent tirer profit des connaissances et aptitudes partagées, le médecin reçoit un soutien pour des absences à court terme, se sent moins isolé et, plus important encore, dispose de mécanismes de communication continue avec d'autres praticiens médicaux (p. ex., des spécialistes, d'autres omnipraticiens, des infirmières/infirmiers, etc.).

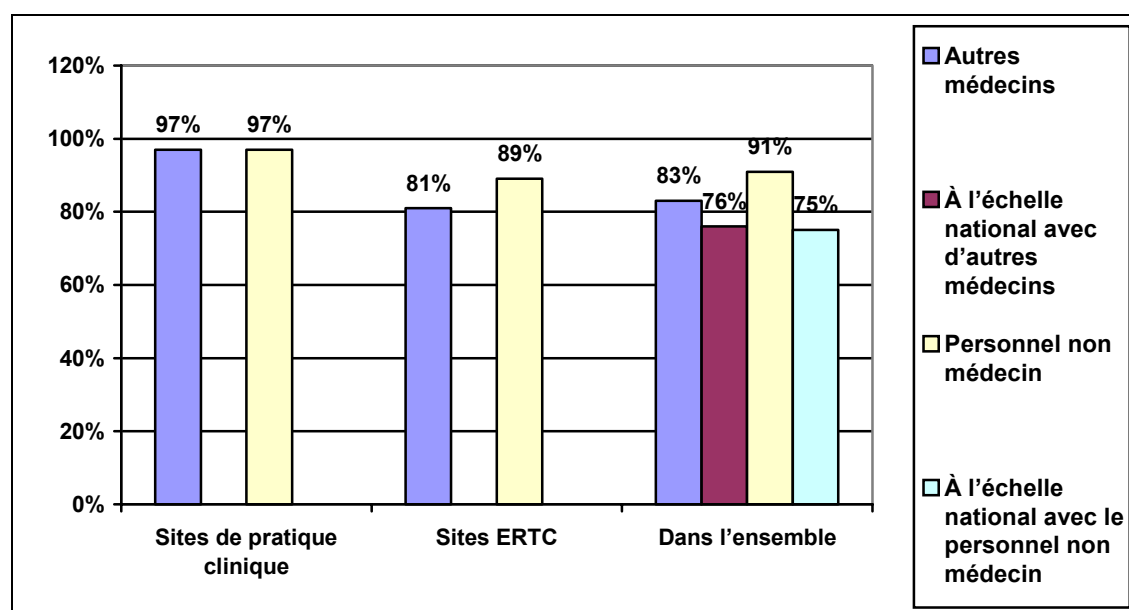
Par le passé, et particulièrement dans les milieux de travail ruraux, les médecins trouvaient qu'il était difficile, voire impossible, de prendre des congés de courte durée. À titre de mesure de maintien en poste, les modèles de soins en collaboration composent avec les absences de courte durée (p. ex., maladie, vacances, formation) en ayant au moins un médecin de la pratique qui s'occupe temporairement des patients du médecin absent.

La pratique de collaboration offre également au médecin l'occasion de discuter de préoccupations relatives à des traitements avec des collègues et réduit le sentiment d'isolement. Dans les modèles de santé ayant des spécialistes sur place ou des spécialistes itinérants, le processus de renvoi est facilité et il est facile d'accéder au dossier médical du patient. Dans certains cas, les infirmières/infirmiers et les infirmières praticiennes/infirmiers praticiens peuvent fournir des services médicaux qui, auparavant, l'étaient par les médecins, ce qui permet à ces derniers de répondre aux besoins plus complexes et/ou urgents des patients. Les médecins interrogés apprécient ces aspects de la pratique de collaboration.

Tel que mis en évidence dans le diagramme 4-5, les médecins des modèles ERTC et des modèles cliniques sont très satisfaits de leurs relations avec d'autres médecins ainsi que d'autres non-médecins (infirmières/infirmiers, infirmières praticiennes/infirmiers praticiens, personnel administratif, autres membres du personnel). Selon la comparaison avec des données nationales,

les médecins interrogés dans le cadre de la présente recherche (c.-à-d., ceux qui travaillent dans des modèles ERTC ou des modèles de pratique clinique) ont tendance à être plus satisfaits de leurs relations avec des collègues (d'autres médecins et des non-médecins) que la majorité des autres médecins.

Diagramme 4-5
Satisfaction des médecins à l'égard des médecins et d'autres non-médecins par type de modèle



n=30-31 pour les sites de pratique clinique; n=132-133 pour les sites ERTC; n=21,296 pour le Sondage national auprès des médecins réalisé en 2004, Q20.

Soutien de spécialistes

Plusieurs des sites visités ont recours à des spécialistes itinérants pour appuyer le modèle de santé. Des spécialistes visitent le modèle de santé sur une base régulière. Par exemple, les problèmes de santé mentale sont de plus en plus courants alors qu'il y a peu de psychiatres disponibles pour traiter ces problèmes. Dans le modèle de soins de santé partagés de Calgary, les psychiatres et les cliniciens de santé mentale itinérants fournissent un soutien aux médecins de famille/omnipraticiens dans le cas des patients ayant des troubles mentaux. Un médecin peut utiliser le temps du psychiatre pour accroître ses connaissances relativement aux traitements ou travailler en collaboration avec le patient et le psychiatre.

Responsabilités réduites

Dans certains cas, les modèles essaient de réaliser les souhaits des médecins en leur permettant de ne pas avoir à se soumettre à certains types de travail de quart (p. ex., quarts de travail dans les salles d'urgence) et à travailler un nombre d'heures minimal en partageant les responsabilités (p. ex., périodes de garde partagées).

Bon nombre des sites ayant un autre mode de financement offrent aux médecins l'occasion de se concentrer sur leur « vrai » travail en ayant d'autres personnes chargées de l'embauche ou de la gestion des autres employés, de la

facturation ou de l'entretien du bâtiment (p. ex., loyers, services publics, réparations). Dans de tels modèles, les médecins peuvent optimiser le temps qu'ils consacrent à la pratique clinique, à l'éducation et/ou à la recherche.

Les médecins de certains modèles qui desservent des populations ayant des besoins élevés et où il y a des problèmes de maintien en poste ne travaillent qu'une ou deux journées par semaine. Cette stratégie, accompagnée d'un autre mode de paiement, a considérablement réduit le roulement des médecins.

Équilibre entre la vie privée et le travail

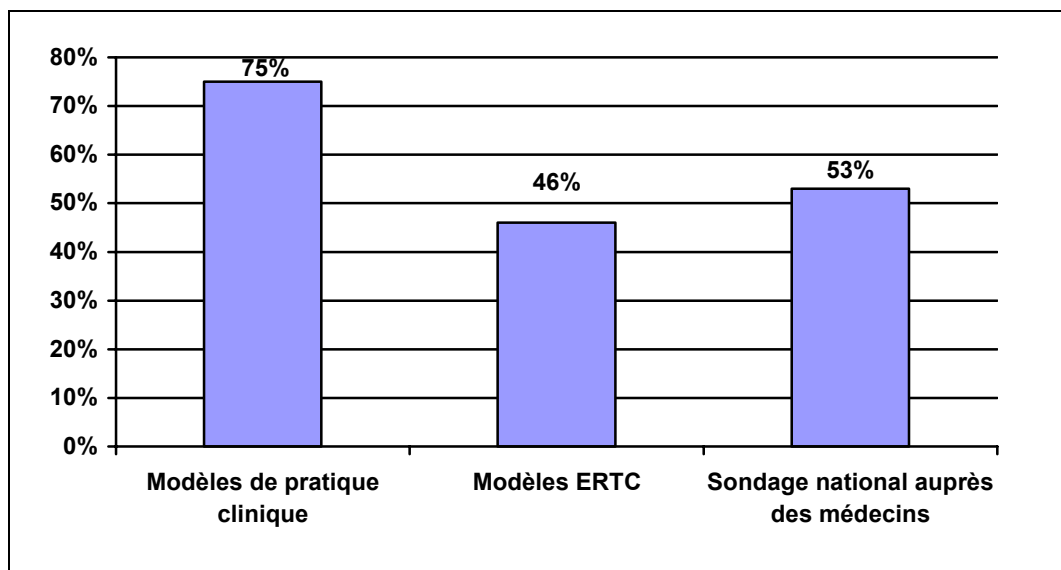
Bon nombre des modèles de santé novateurs offrent un milieu où il y a un meilleur équilibre entre la vie privée et le travail, ce qui n'est possible dans des modèles de pratique traditionnels. Pour maintenir en poste des médecins, les modèles ont organisé les activités de manière à ce que les médecins travaillent des heures relativement régulières. Souvent, un certain nombre de médecins se partagent les périodes de garde afin de réduire au minimum le nombre d'heures de travail en dehors des heures de bureau. En outre, dans les plus petites communautés, les médecins n'ont plus à travailler en urgence hospitalière. Dans l'un des modèles, on a embauché des urgentistes contractuels qui touchent un salaire de base, plus une partie de la rémunération à l'acte. Dans une autre grande communauté, on a embauché des hospitalistes pour effectuer les quarts de travail en milieu hospitalier.

Selon les résultats du sondage, la majorité (75 %) des médecins travaillant dans des modèles de pratique clinique sont satisfaits de l'équilibre entre la vie privée et le travail. Comme l'illustre le diagramme 4-6, les médecins des modèles de pratique clinique sont beaucoup plus satisfaits que ceux qui ont participé au Sondage national auprès des médecins, 2004⁸ et que ceux qui travaillent dans des modèles ERTC. Cette dernière constatation peut découler du nombre d'heures de travail élevé des médecins dans les modèles ERTC; le taux de satisfaction chez ces médecins est inférieur à la moyenne nationale.

La majorité des médecins des sites de modèles de pratique clinique visités sont satisfaits de l'équilibre entre la vie privée et le travail.

⁸ Sondage national auprès des médecins réalisé en 2004, Q20.

Diagramme 4-6
Satisfaction des médecins à l'égard de l'équilibre entre la vie privée et le travail
par type de modèle



n=28 modèles de pratique clinique; n=133; n=161; ensemble des modèles de pratique clinique et ERTC; n=21,296 Sondage national auprès des médecins

Encouragements financiers/rémunération

D'autres modes de paiement sont considérés comme étant très importants pour le maintien en poste des médecins dans ces modèles. Particulièrement en ce qui concerne les modèles qui offrent de l'enseignement de la recherche en plus de la pratique clinique, on considère qu'une rémunération selon un autre régime de paiement est essentielle au maintien en poste des médecins. À un site, on a indiqué que le modèle s'effondrait en raison de la difficulté de recruter et de maintenir en poste des médecins dans des modèles de rémunération à l'acte. Les autres modes de paiement assurent les médecins d'être rémunérés pour tout leur travail et de ne pas être pénalisés pour travailler avec des populations particulières (p. ex. les personnes âgées) ou pour effectuer des tâches qui ne sont pas reconnues sur le plan financier dans un modèle de rémunération à l'acte (p. ex., l'enseignement, la prestation de conseils).

Sites ruraux/éloignés

En règle générale, les médecins des sites ruraux et éloignés ont connu l'isolement social et un manque de liens, particulièrement s'ils ne sont pas originaires du Canada rural ou s'il n'y a pas dans les environs des collègues ou des personnes qui ont des intérêts semblables⁹. En plus d'un soutien social, ces médecins doivent composer avec un vaste secteur de pratique. Souvent, les médecins de famille/omnipraticiens en région rurale n'ont pas accès à du matériel de diagnostic coûteux et leurs patients n'ont pas les moyens financiers

⁹ Audas, R., Ross, A., et Vardy, D. (2004). The role of International Medical Graduates in the provision of physician services in Atlantic Canada [Le rôle des médecins diplômés à l'étranger dans la prestation de services médicaux dans les Maritimes]. http://www.mun.ca/harriscentre/IMG-Atlantic_Metropolis-FINAL.pdf
 Gushue, J. (2000). Newfoundland seeks solution to MD turnover [Terre-Neuve cherche une solution au roulement des médecins]. Journal de l'Association médicale canadienne, 163(4), 434.

D'autres modes de paiement jouent un rôle clé dans le maintien en poste des médecins.

de parcourir de longues distances pour se rendre à des centres urbains pour subir des tests. Ces médecins doivent posséder de vastes connaissances médicales pour répondre aux demandes variées de leur situation.

Sites d'enseignement

Bien que la pratique clinique soit accompagnée d'une grande quantité d'enseignement, cet aspect a toujours réduit le nombre de patients que peut voir un médecin. Dans un modèle de rémunération à l'acte, l'enseignement a un effet négatif sur le revenu du médecin. D'autres modes de paiement permettent maintenant de rémunérer les médecins pour le volet d'enseignement de leur travail clinique, ce qui n'était pas le cas auparavant. Avant la mise en œuvre de ce nouveau mode de paiement, ces modèles avaient un roulement élevé.

Sites desservant des populations ayant des besoins élevés

Les populations ayant des besoins élevés ont souvent de multiples problèmes de santé dont il faut s'occuper à chaque visite. Dans des modèles où la population desservie a des problèmes complexes (p. ex., les populations séropositives/sidéennes, les populations immigrantes, les personnes peu à l'aise sur le plan socio-économique et les personnes âgées), les médecins qui consacrent beaucoup de temps à ces patients sont rémunérés selon un autre mode de paiement. Les médecins estiment que les soins se sont améliorés, car on peut se concentrer davantage sur le patient et lui consacrer plus de temps lorsque c'est nécessaire et ce, sans pénaliser le médecin.

Éducation et formation

Dans les modèles de santé visités, on n'a pas indiqué l'éducation et la formation comme étant une stratégie clé de maintien en poste. En grande partie, les médecins s'accommodent de financer leurs propres activités d'éducation et de formation, bien qu'ils apprécient avoir des congés payés pour profiter de ces occasions (aux sites offrant cet avantage). Dans les modèles de santé universitaires (c.-à-d., l'Alternative Funding Plan, Université de l'Alberta, Edmonton, et la Southeastern Ontario Academic Medical Organization, Kingston), l'éducation et la formation font partie du modèle; de plus, du financement supplémentaire est disponible pour permettre aux médecins de profiter d'autres occasions de formation médicale continue.

Licence, réglementation et responsabilité

Le droit d'exercer et la certification ne préoccupe pas, en grande partie, les médecins formés au Canada. La majorité des médecins estiment pouvoir changer de ville et de province sans problème. Le Québec fait toutefois exception; en effet, les médecins ne peuvent pas aller exercer dans de nouveaux endroits dans la province, car il y a des régions assignées. S'ils ne respectent pas le plan général en matière d'effectifs médicaux, ils s'exposent à une diminution de salaire de l'ordre de 30 %. Les médecins qui veulent changer de région doivent en faire la demande au moyen d'un processus officiel.

Certains médecins sont préoccupés par la responsabilité légale liée à la supervision d'une infirmière praticienne/d'un infirmier praticien. Dans un site, quelques médecins interrogés ont signalé qu'ils ne se seraient pas joints à un modèle de santé utilisant des infirmières praticiennes/infirmiers praticiens. Les

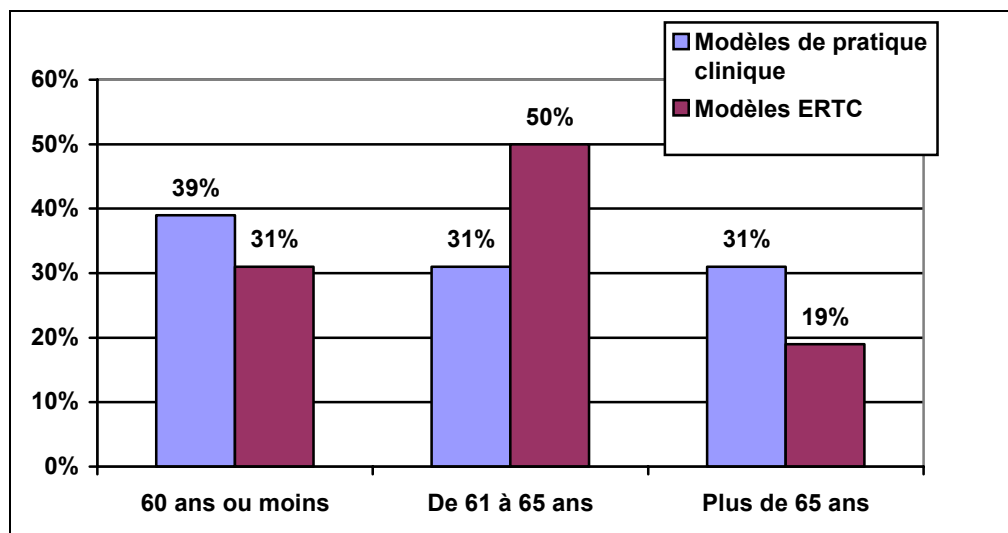
***Le tiers des
médecins
interrogés ont
retardé leur
retraite en
raison de la
participation à
leur modèle de
soins de santé.***

médecins estiment que si l'infirmière praticienne/infirmier praticien dispense des traitements médicaux ou donne des conseils inappropriés, ils seront responsables de leurs erreurs et, par conséquent, financièrement responsables.

Retraite

Actuellement, 33 % des médecins qui envisageaient de prendre leur retraite ont indiqué l'avoir reportée afin de travailler dans le modèle de santé; ce report est plus fréquent chez les médecins travaillant dans des modèles de pratique clinique. Tel que le met en évidence le diagramme 4-7, les médecins travaillant dans des modèles ERTC sont plus susceptibles de prendre leur retraite lorsqu'ils ont entre 61 et 65 ans. Dans les modèles de pratique clinique, les médecins sont répartis de façon plus égale en ce qui a trait à l'âge prévu auquel ils vont prendre leur retraite. Il faut toutefois souligner qu'un pourcentage plus important de médecins dans les modèles de pratique clinique s'attend à travailler au-delà de 65 ans.

Diagramme 4-7
Âge prévu de la retraite par type de modèle



Modèle de pratique clinique, n=26; n=125 modèles ERTC

4.5 Accès aux soins

En règle générale, les membres du personnel aux sites trouvent qu'il est difficile de formuler des commentaires sur l'accès des patients aux soins et ce, principalement en raison de l'importante variation entre les expériences des différents patients, laquelle découle des conditions et besoins différents des patients. Les quelques sites qui ont fourni des renseignements montrent d'importantes variations au niveau du temps d'attente pour les premiers rendez-vous, les rendez-vous successifs et le retour des appels. Dans un modèle, on a réalisé un sondage auprès des patients, ce qui a permis au personnel de ce site de donner des réponses ne reflétant pas leurs propres perceptions de l'accès aux soins, mais plutôt celles de leurs patients.

Seulement deux sites offrent à leurs patients la possibilité de communiquer avec une personne 24 heures par jour. Toutefois, trois des autres sites offrent un service de boîte vocale ou de réponses informant les patients sur d'autres façons d'obtenir des soins.

La plupart des sites n'offrent pas la possibilité de communiquer avec le modèle de santé par Internet. Un seul modèle offre cette option et on a indiqué qu'il n'est « ni difficile ni facile » pour les patients de se prévaloir de ce service.

Curieusement, seulement la moitié des sites visités peuvent commenter la facilité avec laquelle les patients peuvent parler à un médecin dans le modèle de santé. À l'exception d'un site, les membres du personnel qui sont en mesure de donner une opinion ont indiqué qu'il est facile ou très facile pour les patients de parler à un médecin.

Il y a quelques différences évidentes entre les sites en ce qui concerne la facilité d'y accéder physiquement. En règle générale, les membres du personnel estiment qu'il est facile pour les patients de conduire jusqu'aux sites et de se stationner. Les opinions sont plus partagées pour ce qui est de se rendre aux sites à pied, mais cette constatation peut découler de la condition physique des patients et des différentes distances à laquelle ces derniers se trouvent de l'installation, autant que de l'emplacement du site. Il n'est pas étonnant que, dans les modèles en milieu rural, on ait indiqué qu'il est extrêmement difficile pour les patients d'accéder au site à l'aide du transport en commun.

4.6 Coordination des soins

4.6.1 Accès aux dossiers de santé des patients entre fournisseurs

Plusieurs des sites procèdent à l'élargissement du partage de l'information. Un seul site dispose des dossiers de santé complets des patients inscrits en format électronique auxquels les médecins du modèle ont facilement accès. Les médecins ont accès à l'information sur les patients à partir de sites éloignés (p. ex., hôpital, ordinateur à la maison). L'accès à cette information permet d'assurer une meilleure continuité des soins aux patients. Les médecins peuvent aborder les problèmes des patients avec plus de confiance parce qu'ils ont toute l'information médicale des patients à portée de la main. Les médecins sont en mesure d'intervenir dans les situations d'urgence des patients à partir de la maison. Les spécialistes du modèle ont toute l'information sur les patients. Dans les cas de renvoi vers des médecins en dehors du modèle, le médecin ou d'autres employés peuvent facilement sélectionner les documents pertinents du dossier de santé électronique et les acheminer à des spécialistes en dehors du modèle quand il le faut.

4.6.2 Facilité à consulter d'autres professionnels de la santé au sein du modèle

Dans tous les modèles visités, les patients ont un peu plus de facilité à accéder à des professionnels de la santé au sein du modèle qu'à l'extérieur. Les soins aux patients sont coordonnés assez facilement entre les médecins, lesquels ont tous accès aux dossiers médicaux papier et/ou électroniques. Cependant, il y a des problèmes lorsqu'il faut envoyer les patients voir des spécialistes qui ne

travaillent pas dans le modèle et/ou qui sont situés dans d'autres communautés. L'information relative à la consultation est fournie par télécopieur ou par lettre et est ajoutée au dossier des patients. Lorsque l'information doit être saisie électroniquement, la procédure est coûteuse en temps.

Dans un modèle de soins en collaboration où travaillent des spécialistes et des médecins de famille/omnipraticiens, les médecins peuvent avoir plus facilement accès aux services de spécialistes sur place. Dans d'autres pratiques en collaboration, les services de spécialistes sont indépendants et plus difficiles d'accès. En fait, l'accès à certains spécialistes (p. ex. médecine interne, psychiatres) pose problème à tous les sites en raison de la pénurie nationale qui sévit dans ces domaines. Dans un modèle, les familles en situation de crise peuvent souvent avoir accès à un éventail de services et on peut discuter des soins avec toutes les parties concernées. S'il faut prodiguer des conseils ou offrir des services, le médecin peut « aller à l'autre bout du couloir » pour discuter de la question avec un professionnel paramédical. Dans les grands centres universitaires, les services sont indépendants et ce type de collaboration est moins fréquent.

4.6.3 Navigateur de système/gestionnaire de cas

Aucun des modèles des sites visités ne dispose d'un navigateur de système ou d'un gestionnaire de cas désigné qui défend les intérêts du patient. Souvent, lors de discussions avec les médecins, le médecin de famille/médecin généraliste ou son infirmière praticienne/infirmier praticien ou infirmière/infirmier agit à titre de coordonnateur de cas. Dans un modèle, on utilise souvent une travailleuse sociale/un travailleur social pour diriger les familles vers les services appropriés au sein du modèle ou à l'extérieur de ce dernier si le patient est en situation de crise au moment de son arrivée.

4.7 Défis en matière d'effectifs médicaux – constatations des études de cas

Malgré le niveau élevé de satisfaction et les faibles taux de roulement dans un grand nombre des sites visités, il est clair que les effectifs médicaux resteront un défi clé pour de nombreux modèles de soins de santé partout au Canada. La présente section décrit les principaux défis en matière d'effectifs médicaux pour les modèles de pratique clinique et les modèles ERTC d'après les visites de sites et les entrevues réalisées dans le cadre de ce projet de recherche. L'information est ainsi présentée :

- Défis en matière d'effectifs médicaux des modèles de pratique clinique
- Défis en matière d'effectifs médicaux des modèles ERTC

4.7.1 Défis en matière d'effectifs médicaux des modèles de pratique clinique

Les sites de pratique clinique visités partout au Canada ont différentes compositions quant au nombre de médecins, mais plusieurs ont les mêmes problèmes et défis, y compris les suivants :

- Défi lié à la pénurie nationale de médecins

- Défi lié à l'approche des soins en collaboration
- Défi lié à la planification de la transition
- Défi lié à la gouvernance

Chacun de ces défis est abordé ci-dessous.

Le défi lié à la pénurie nationale de médecins

Dans tous les sites, on se dit préoccupé par les défis associés à la pénurie de médecins au Canada. Cette pénurie est bien documentée et a, en grande partie, donné l'élan aux travaux du Groupe de travail Deux. On a mentionné la pénurie de médecins à l'échelle nationale comme un défi important, particulièrement pour les sites de pratique clinique dans les régions rurales et éloignées. Malgré les nombreux encouragements/changements mis en œuvre dans le but de recruter/maintenir en poste des médecins, on estime qu'à court et à moyen terme, la pénurie de médecins fera en sorte qu'il sera de plus en plus difficile de recruter des médecins pour les sites de pratique clinique. Cette pénurie est aggravée par la retraite des médecins actuels et les préférences des jeunes médecins à travailler moins d'heures.

Le défi lié à l'approche des soins en collaboration.

Dans les sites visités où il y a des infirmières praticiennes/infirmiers praticiens, ces derniers exécutent certaines tâches auparavant effectuées par les médecins (p. ex., l'immunisation, la prise de notes médicales, des examens de « femmes en santé » et des examens pour d'autres malaises légers). Dans d'autres sites, il y a des infirmières/infirmiers autorisés et d'autres professionnels paramédicaux qui travaillaient avec des médecins pour offrir aux patients des soins axés sur le travail d'équipe. Bien que la présence d'infirmières praticiennes/infirmiers praticiens augmente la complexité des problèmes des patients qui consultent les médecins, elle permet également de réduire la charge de travail et de fournir un soutien que n'ont pas de nombreux médecins qui exercent la médecine en pratique individuelle.

Certains médecins sont préoccupés par le travail en collaboration, particulièrement avec les infirmières praticiennes/infirmiers praticiens. On considère que les préoccupations relatives aux questions de responsabilité sont les facteurs qui pourraient dissuader certains médecins de se joindre à un modèle de soins en collaboration où les médecins et les infirmières praticiennes/infirmiers praticiens se partagent les responsabilités concernant les soins aux patients, bien que la majorité des médecins qui ont participé à l'étude et qui ont été interrogés ont une attitude positive à l'égard d'une approche collaboratrice aux soins. Il convient toutefois de noter que les médecins qui travaillent dans ces modèles ont choisi un milieu de soins en collaboration, ce qui laisse croire qu'ils appuient déjà de tels soins.

Pour les médecins qui travaillent traditionnellement en pratique privée, leur participation à un modèle de pratique de collaboration représente une perte d'autonomie. Les avantages que présente le fait de travailler dans des modèles de pratique de collaboration sont accompagnés de l'abandon du contrôle en matière de dotation et de gestion quotidienne. Les médecins doivent apprendre à travailler en collaboration à l'intérieur des lignes directrices définies du

***Certains
médecins sont
préoccupés par
le travail en
collaboration
avec des
infirmières
praticiennes/inf
irmiers
praticiens.***

modèle, tout en abandonnant des aspects de contrôle sur leur lieu de travail. Par exemple, à Sault Ste. Marie, un organisme distinct du groupe de médecins embauche les infirmières/infirmiers et le personnel. Comme le personnel est syndiqué, les placements de personnel, les dispositions relatives aux congés et d'autres avantages sociaux ne sont plus du ressort du médecin superviseur.

Le défi lié à la planification de la transition

Dans de nombreux sites cliniques visités, la gestion et la planification des ressources humaines sont souvent limitées par la petite taille de la pratique en groupe. Par exemple, dans les modèles comptant au plus cinq médecins, il est plus difficile d'effectuer la planification des ressources humaines et/ou d'entreprendre des initiatives proactives. Dans les modèles où il y a deux ou trois médecins, il est difficile de leur offrir la possibilité d'effectuer des heures réduites, car ces modèles auraient de la difficulté à attirer un nouveau médecin à qui on ne pourrait offrir qu'un poste à temps partiel. Dans les plus petits sites de pratique clinique, il n'y a donc que des occasions limitées d'adopter une approche de transition plus proactive où les nouveaux médecins seraient intégrés au site lorsque des médecins plus âgés adopteraient un horaire comportant des heures réduites.

Le défi lié à la gouvernance

Certains des sites de soins cliniques en collaboration visités ne disposent pas d'une structure de gestion officielle qui faciliterait la prise de décisions et/ou permettrait la répartition efficace des tâches parmi les professionnels paramédicaux et/ou le personnel administratif. Dans certains cas, le financement du modèle ne reconnaît pas explicitement le besoin d'un administrateur, d'un coordonnateur et/ou d'un directeur exécutif pour gérer la pratique. Bien que les sites visités fonctionnent, la plupart des décisions sont le fruit d'une approche d'équipe favorisée chez les médecins qui se sont initialement joints au modèle; cependant, dans certains sites, les nouveaux médecins du modèle sont préoccupés par l'approche décisionnelle utilisée (ou le manque de structure de gestion officielle).

La gouvernance pourrait être un défi pour quelques sites où les médecins ont diverses connaissances et expériences. Dans quelques-uns des sites visités, le gestionnaire de projet (il s'agit toujours d'un médecin qui exerce) est ce qui cimente le modèle. Dans ces modèles, la perte du médecin chef ou responsable de la coordination pourrait causer d'importants problèmes. De plus, certains médecins qui ont déjà exercé dans un modèle de la rémunération à l'acte (pratique individuelle) se disent préoccupés par la possibilité d'une perte d'autonomie dans le modèle tandis que d'autres ont émis des réserves pour ce qui est de se joindre à une pratique en groupe, sans bien comprendre les caractéristiques des patients qui appartiennent au site. En règle générale, on a noté que dans certains des sites cliniques visités, le médecin chargé de la gestion n'est pas rémunéré pour les responsabilités administratives/de gestion, qu'il a un personnel de soutien administratif insuffisant et qu'il ne peut bénéficier de perfectionnement professionnel associé à la gestion des ressources humaines dans le milieu des soins de santé où il exerce.

La gouvernance des modèles de pratique de collaboration pourrait être un défi, car on ne dispose que de structures de gestion officielles limitées.

Quand on a demandé aux médecins pourquoi ils quitteraient leur modèle, ils ont souvent mentionné des changements dans la gestion et certains craignent que le gouvernement essaie de microgérer leur modèle de santé.

4.7.2 Défis en matière d'effectifs médicaux des modèles ERTC

Les défis auxquels sont confrontés les médecins des modèles ERTC ne sont pas de la même nature que ceux mentionnés par les médecins des modèles de pratique clinique. Dans l'ensemble, les médecins des modèles ERTC ont signalé trois importants défis :

- Défi lié aux demandes administratives
- Défi lié aux ressources de financement
- Défi lié à la concurrence en matière de rémunération

Le défi lié aux demandes administratives

Les médecins des modèles ERTC reconnaissent qu'un certain nombre de tâches administratives sont inévitables lorsque l'on travaille dans une institution de grande taille. Cependant, on estime que le fardeau administratif est coûteux. Comme les compétences cliniques sont en demande, les médecins estiment que ces tâches, particulièrement celles liées à la facturation fictive, constituent une mauvaise utilisation du temps et des ressources. Il ressort des données du sondage que les médecins des modèles ERTC consacrent environ 15 % de leur temps à des tâches administratives.

Le défi lié aux sources de financement

D'autres modes de rémunération ont insufflé un dynamisme nouveau aux modèles ERTC. Ces régimes ont toutefois besoin d'importantes affectations budgétaires pour fonctionner. De plus, un plus grand nombre de départements sont intéressés à obtenir ces ententes. Le défi des ministres et des gouvernements provinciaux consiste à continuer de financer des programmes et d'autres au fur et à mesure qu'ils sont proposés. En raison des pressions gouvernementales sur la responsabilisation principalement fondée sur les procédures exécutées, les modèles ERTC peuvent sembler moins productifs et ce, en raison du nombre réduit de services à facturer dispensés (rémunération à l'acte). Ce cadre de responsabilisation ne reconnaît pas l'enseignement en même temps que la pratique clinique, ni la recherche clinique. Par conséquent, les modèles ERTC peuvent sembler moins rentables.

Le défi lié à la concurrence en matière de financement

Les médecins rémunérés selon d'autres modes de financement sont préoccupés par l'écart entre leur rémunération et celle des médecins rémunérés à l'acte. Encore plus important pour les médecins travaillant dans les modèles ERTC, ils veulent que leur rémunération soit semblable à celles d'autres institutions, particulièrement celles au sein de la même province. Des différences au niveau de la rémunération entraînent une diminution de la satisfaction des médecins. Elles peuvent également créer une instabilité à l'institution ayant une rémunération moins élevée, car il serait plus probable que les médecins partent travailler dans des modèles où la rémunération est plus élevée.

SECTION 5 : UTILISATION D'UN CADRE

Dans le cadre du projet de recherche commandé par le Groupe de travail Deux, on avait déterminé que l'étude devrait inclure l'élaboration d'un « cadre » qui permettrait aux administrateurs dans le domaine de la santé et/ou à d'autres intervenants en matière de santé de mieux évaluer l'incidence de l'organisation et des activités du modèle de soins de santé sur les effectifs médicaux. Dans le cadre de cette étude, il est devenu clair qu'il serait difficile d'élaborer un cadre générique qui s'appliquerait à tous les modèles de soins de santé. Dans ce contexte, on a conclu qu'un cadre souple reflétant la diversité de la prestation de soins de santé partout au pays serait un outil plus pratique pour ce qui est d'évaluer/d'analyser les questions relatives aux effectifs médicaux.

La présente section décrit les types de modèles et aborde les indicateurs clés des ressources humaines du cadre. Plus particulièrement, le cadre détermine les indicateurs clés de quatre questions de ressources humaines, soit le recrutement, la formation et le perfectionnement professionnel, l'organisation des tâches et le maintien en poste des médecins.

5.1 Diversité des modèles de santé au pays

Les modèles traditionnels de prestation de soins de santé ont été étudiés avec soin dans un contexte de régionalisation, de contraintes budgétaires et de pressions sur les ressources humaines et matérielles. L'une des solutions à ces pressions a été l'adoption de nouveaux modèles de prestation de soins de santé innovateurs qui abordent les préoccupations en matière d'effectifs médicaux, tout en gardant le cap sur l'amélioration des résultats, l'efficacité, la satisfaction des médecins et des patients, l'accessibilité, la qualité et la responsabilité. Compte tenu du rôle important que jouent les effectifs médicaux dans le système de soins de santé du Canada, de nouveaux modèles innovateurs qui abordent les effectifs médicaux sont particulièrement importants.

Partout au Canada il y a une pléthore de modèles de prestation des soins de santé. Traditionnellement, les médecins travaillaient de façon indépendante et étaient rémunérés à l'acte. Cependant, les modèles actuels varient énormément selon le financement, l'organisation des tâches, la rémunération des médecins et le type de modèle de pratique.

Le Groupe de travail Deux a été mis sur pied pour analyser les questions relatives aux effectifs médicaux liées à la prestation des soins de santé et celles relatives à l'avenir des effectifs médicaux. Puisque les objectifs du Groupe de travail Deux sont d'étudier une gamme élargie de modèles nouveaux et émergents dans l'organisation et la prestation des soins de santé, d'évaluer les répercussions à long terme de ces modèles sur les effectifs médicaux et d'élaborer des options pour une stratégie à long terme en matière d'effectifs médicaux, tout cadre élaboré dans le but d'évaluer les effectifs médicaux doit tenir compte de la diversité des modèles de santé au pays.

Comme certains indicateurs s'appliquent plus à des types de modèles particuliers qu'à d'autres, l'élaboration d'un ensemble d'indicateurs qui convient à tous les types de modèles pose des défis quant à l'utilisation d'un cadre. La détermination d'indicateurs les plus pertinents pour des types de modèles particuliers et d'ensembles d'instruments de recherche à appliquer à divers types de modèles ont aidé à relever ce défi; cependant, le cadre et les instruments de recherche élaborés peuvent ne pas être appropriés pour tous les types de modèles, particulièrement les modèles qui ne comptent quelques médecins (p. ex., trois).

5.2 Applicabilité des indicateurs aux divers types de modèles

Compte tenu de la diversité des modèles de santé au pays et du besoin d'élaborer un cadre des effectifs médicaux qui peut s'appliquer à tous les types de modèles, on a regroupé les modèles de soins de santé dans les trois types suivants :

- modèles qui réunissent l'enseignement, la recherche et le travail clinique (ERTC);
- modèles de pratique clinique;
- modèles de pratique générale avec des médecins spécialistes.

Bien que les indicateurs de rendement des questions relatives aux effectifs médicaux déterminés dans le cadre s'appliquent aux trois types de modèle décrits ci-dessous, leur importance relative varie en fonction du type de modèle. Leur applicabilité est fondée sur les groupements suivants :

Modèles qui réunissent l'enseignement, la recherche et le travail clinique (ERTC) – il s'agit de modèles universitaires qui réunissent l'enseignement, la recherche et le travail clinique.

Modèles de pratique clinique - il s'agit de modèles de soins de santé qui ont des omnipraticiens et qui sont axés sur la pratique clinique; ils peuvent inclure un éventail de petits sites d'exercice des soins de première ligne dans des institutions de plus grande taille comme des hôpitaux.

Modèles de pratique clinique avec des médecins spécialistes - il s'agit de modèles de soins de santé qui ont des médecins spécialistes et des omnipraticiens; ils sont axés sur la pratique clinique et peuvent inclure un éventail de petits sites d'exercice des soins de première ligne dans des institutions de plus grande taille comme des hôpitaux.

Il convient de noter que l'on s'attend à ce que la majorité des sites où l'on applique le cadre des effectifs médicaux utiliseront d'autres structures de paiement (c.-à-d., salaire, modèles de financement combinés, etc.), bien que dans certains sites, les médecins peuvent, en partie, être rémunérés à l'acte.

5.3 Questions et indicateurs clés sur les effectifs médicaux

On a déterminé quatre questions clés relatives aux effectifs médicaux qui peuvent être influencées au niveau local (modèle). Bien qu'un grand nombre des questions déterminées par le Groupe de travail Deux au début du projet sont importantes, elle s'appliquent plus à un niveau provincial ou national et le modèle lui-même ne peut y répondre. À ce titre, ces questions ne font pas partie du cadre sur les questions relatives aux effectifs médicaux.

Les quatre questions clés relatives aux effectifs médicaux cernées dans le cadre sont les suivantes :

- recrutement;
- formation et perfectionnement professionnel;
- organisation des tâches (y compris la gouvernance et la charge de travail);
- maintien en poste.

On a testé chacune de ces questions clés et leur pertinence aux groupements de modèles déterminés lors d'une série de visites dans des sites. Il convient toutefois de noter que l'on a réalisé moins d'études de cas que prévu et que les taux de réponse à certains sites étaient faibles, ce qui s'est traduit par moins de données que prévu. L'information recueillie lors des visites dans les sites était donc insuffisante pour établir des repères relatifs aux effectifs médicaux; cependant, les entrevues avec les principaux informateurs et les enquêtes ont donné un aperçu des indicateurs inappropriés relativement aux effectifs médicaux au niveau du modèle.

5.3.1 Recrutement

Chacun des indicateurs suivants s'applique aux trois grands types de modèles déterminés aux fins de l'utilisation d'un cadre.

- 1) le nombre de postes de médecin non comblés/les médecins non remplacés au cours des douze derniers mois;
- 2) les changements prévus/planifiés dans le type de services offerts ainsi que le nombre et le type de médecins tenus de dispenser des services;
- 3) les stratégies servant au recrutement (p. ex., entourer les étudiants de premier cycle et de cycles supérieurs, les taux de roulement);
- 4) le temps qu'il faut pour combler des postes vacants;
- 5) la possibilité d'être exposé au modèle – le nombre de postes pour des étudiants de cycles supérieurs/des étudiants en médecine, etc.

Chaque indicateur mesure la réussite des efforts de recrutement d'un modèle en fonction des résultats. Bien que chacun de ces indicateurs s'applique à chaque type de modèle, l'indicateur n° 2 peut s'appliquer le plus aux modèles de pratique clinique ayant des médecins spécialistes, car les types de services et le type de

médecins nécessaires pour prodiguer ces services peuvent varier beaucoup dans ce type de modèle.

5.3.2 Formation et perfectionnement professionnel

Les indicateurs clés suivants déterminent dans quelle mesure les médecins d'un modèle de soins de santé ont accès à de la formation et à du perfectionnement professionnel ainsi que le soutien que peut offrir le modèle aux médecins cherchant à former d'autres médecins et/ou des professionnels paramédicaux.

- 1) L'accès à de la formation et à du perfectionnement professionnel;
- 2) la mesure dans laquelle le modèle appuie les médecins pour fournir de la formation et du perfectionnement professionnel à d'autres (p. ex., des résidents, des étudiants en médecine et d'autres professionnels paramédicaux).

L'accès à de la formation et à du perfectionnement professionnel ainsi que des occasions de fournir du perfectionnement professionnel à d'autres peuvent être un facteur dans le recrutement et le maintien en poste des médecins dans des modèles de pratique clinique spécialisée et non spécialisée; cependant, dans les modèles qui réunissent l'enseignement, la recherche et le travail clinique, on considère que l'accès à de la formation et/ou à du perfectionnement professionnel n'est pas une question pertinente, car ces deux éléments sont au cœur des modèles.

5.3.3 Organisation des tâches

La façon dont les tâches sont organisées dans un modèle de soins de santé est une question clé en matière d'effectifs médicaux. Chacun des indicateurs suivants est une mesure de l'incidence qu'aura l'organisation des tâches dans un modèle particulier sur les effectifs médicaux.

- 1) La structure de la pratique (p. ex., sans rendez-vous, médecine familiale, etc.);
- 2) les changements liés à la pratique (p. ex., le volume de patients, les données démographiques relatives aux patients, la capacité d'évolution de la pratique au sein du milieu, le changement dans l'organisation des consultations avec d'autres, les changements au niveau de la complexité des problèmes des patients, etc.);
- 3) l'organisation du modèle (c.-à-d. qui fait quoi – p. ex., la présence d'équipes interdisciplinaires);
- 4) la satisfaction des médecins à l'égard de l'organisation des tâches;
- 5) l'accès aux dossiers de santé électroniques/prescriptions et leur intégration;
- 6) les structures de gouvernance en ce qui a trait au statut des médecins et à l'influence qu'ils peuvent avoir sur le modèle.

Tous les indicateurs sont essentiels pour les modèles de pratique clinique; toutefois, les indicateurs n° 1, n° 5 et n° 6 sont moins pertinents pour les modèles qui réunissent l'enseignement, la recherche et le travail clinique.

5.3.4 Maintien en poste

- 1) Les caractéristiques du modèle (p. ex., congés de maternité, congés de maladie, accès à du perfectionnement professionnel, régime de pension);
- 2) l'efficacité des stratégies de recrutement (p. ex., le nombre de médecins à long terme, la moyenne du séjour, les taux de roulement);
- 3) la satisfaction professionnelle;
- 4) la rémunération (niveau, méthode, avantages sociaux, etc.);
- 5) le coût de la pratique (p. ex., l'installation, les technologies de l'information, le personnel, etc.).

Tous les indicateurs de recrutement s'appliquent aux types de modèles déterminés. D'une part, le coût de la pratique est moins pertinent pour les médecins des modèles ERTC, car ces modèles se trouvent habituellement dans des hôpitaux où les médecins partagent rarement ces coûts. D'autre part, il peut être particulièrement pertinent pour les petits modèles de pratique clinique.

5.4 Conception et modification d'instruments

Dans le cadre de ce projet, la firme conseil a élaboré des instruments d'enquête que les coordonnateurs des sites pouvaient présenter aux médecins en vue de recueillir de l'information ayant trait aux questions clés relatives aux ressources humaines dans le modèle. À l'origine, on n'avait élaboré qu'un seul instrument d'enquête; cependant, la recherche sur le terrain a révélé qu'il n'était pas pratique de mener une seule enquête auprès des médecins « qui convient dans tous les cas ». Dans ce contexte, les instruments d'enquête contiennent des « modules relatifs à des questions » particuliers que l'on peut combiner pour créer une enquête sur mesure relative aux caractéristiques du site du modèle de santé particulier.

On a également modifié les instruments de recherche pour inclure des questions du Sondage national auprès des médecins afin que les sites puissent comparer leurs résultats individuels aux moyennes provinciales/nationales tirées du Sondage national auprès des médecins. Il convient toutefois de noter qu'étant donné que l'on met l'accent sur les questions relatives aux effectifs médicaux, la capacité d'intégrer des questions du Sondage national auprès des médecins aux instruments de recherche mis au point est limitée.

5.5 Élaboration d'un guide d'utilisation

Un guide d'utilisation a été élaboré pour évaluer l'incidence des différents modèles de prestation des soins et modèles de financement sur les effectifs médicaux. On a élaboré le guide en se fondant sur les connaissances acquises

lors des visites et guide l'utilisateur dans l'application du nouveau cadre des effectifs médicaux et des instruments de collecte de données correspondants.

En se fondant sur les quatre questions clés relatives aux effectifs médicaux déterminées dans la version finale du cadre des effectifs médicaux, le guide détermine trois types de modèles et les modules correspondants cernent les indicateurs appropriés qui sont pertinents pour les différents types de modèles et l'enquête appropriée pour chacun de ces modèles.

Chaque module indique clairement pour chaque type de modèle l'utilisation appropriée des instruments de recherche, lesquels sont annexés au guide d'utilisation. Le guide d'utilisation décrit également en détail les questions concernant l'administration de l'enquête, les taux de réponse probable et d'autres questions associées à l'utilisation du cadre (enquêtes) et à l'interprétation de l'information obtenue dans le cadre des enquêtes.

SECTION 6 : SOMMAIRE ET CONCLUSIONS

Les travaux exécutés dans le cadre de l'*Évaluation des modèles de prestation des soins de santé : répercussions sur les effectifs médicaux* s'appuient sur la recherche existante. Ils déterminent les répercussions sur les effectifs médicaux découlant des divers modèles de prestation de soins de santé et de financement émergents et fournissent un cadre conceptuel pour permettre aux administrateurs dans le domaine de la santé et aux praticiens de mieux évaluer l'incidence qu'aura un modèle de soins ou un modèle de financement sur les effectifs médicaux.

Sont résumées ci-dessous les constatations clés associées aux études réalisées dans le cadre de ce projet et leurs possibles répercussions sur l'élaboration d'une stratégie relative aux effectifs médicaux.

6.1 Facteurs clés en matière de recrutement et de maintien en poste

Bien que de futures recherches pourraient éclairer la mesure dans laquelle d'autres modèles de soins de santé ont des caractéristiques partagées et des facteurs uniques qui influencent la satisfaction des médecins, il ressort de la recherche actuelle que les facteurs qui influencent la satisfaction des médecins varient considérablement d'un modèle à l'autre. Par exemple, la satisfaction des médecins dans des modèles de pratique clinique est étroitement liée à l'appréciation du travail, aux relations professionnelles et aux interactions avec d'autres médecins et la communauté dans laquelle ils exercent tandis que dans le cas des modèles qui réunissent l'enseignement, la recherche et le travail clinique (ERTC), elle est plus étroitement liée aux perspectives de carrière et à la structure du modèle global. Une répercussion possible de ce fait est que l'élaboration d'une stratégie relative aux effectifs médicaux doit être faite sur mesure pour chaque type de modèle.

Équilibre entre la vie privée et le travail

L'occasion d'un meilleur équilibre entre la vie privée et le travail est l'un des facteurs clés qui attire les médecins vers des modèles de pratique clinique. On pense également que des heures de travail plus régulières, ainsi que des congés rémunérés pour des vacances, en cas de maladie et pour de la formation médicale continue contribuent à un meilleur équilibre entre la vie privée et le travail, ce qui rend ces modèles plus attrayants aux yeux des médecins.

Pratique de collaboration

À un site, on a fait référence à la relation et l'interaction entre les médecins et d'autres professionnels paramédicaux comme la clé du succès en matière de recrutement et de maintien en poste. La majorité des médecins de modèles de pratique clinique qui ont participé à l'étude sont très satisfaits de leurs relations avec d'autres médecins ainsi que d'autres non-médecins.

Les facteurs qui influencent la satisfaction des médecins varient considérablement d'un modèle à l'autre.

L'équilibre entre la vie privée et le travail est le principal facteur pour attirer des médecins.

Les modèles qui permettent d'aller de l'avant quant à divers intérêts attirent les médecins.

Dans les modèles visités, l'accès au perfectionnement professionnel n'est pas un facteur clé pour attirer des médecins et les maintenir en poste.

Souplesse au travail

La majorité des médecins travaillant dans les modèles ERTC visités ont indiqué que la souplesse qu'offre leur modèle est un élément clé du recrutement et du maintien en poste. Les modèles qui permettent d'aller de l'avant quant à divers intérêts comme l'enseignement, la recherche et le pratique clinique attirent les médecins. Dans les modèles ERTC, les médecins peuvent effectuer de la recherche et enseigner sans pénalité financière, ce qui diffère d'autres modèles où la majorité du revenu des médecins a un lien avec les activités cliniques rémunérées à l'acte. Plus d'un quart des médecins interrogés ont indiqué que cette structure souple est un facteur clé dans leur décision de se joindre au modèle.

Encouragements financiers/rémunération

Bien que la rémunération soit un facteur important de la satisfaction générale des médecins, elle n'est pas nécessairement le plus important critère. Le fait d'être rémunéré selon un modèle de financement combiné est attrayant aux yeux de nombreux médecins qui ont participé à l'étude et qui ont été interrogés. On a également mentionné l'accès à des ensembles d'avantages sociaux comme un facteur important dans le recrutement des médecins.

Les encouragements financiers semblent être particulièrement importants pour attirer et maintenir en poste des médecins dans des sites ruraux ou éloignés, des sites d'enseignement et des sites desservant des populations ayant des besoins élevés.

Éducation et formation/perfectionnement professionnel

Plusieurs sites appuient les médecins pour les encourager à participer à des occasions de perfectionnement professionnel en leur donnant une aide financière et des congés payés. Bien que certains médecins estiment qu'une bonne aide au perfectionnement professionnel pourrait contribuer à attirer de nouveaux médecins vers le modèle, aucun des médecins interrogés n'a indiqué que ce facteur avait influencé sa décision de se joindre au modèle.

Questions relatives au style de vie des médecins/isolement social

Le style de vie que peut offrir une communauté peut poser des défis particuliers aux efforts de recrutement dans des sites ruraux et éloignés. Par conséquent, ces modèles ont tendance à être plus susceptibles d'offrir des encouragements supplémentaires afin d'attirer des médecins que les communautés plus grandes et plus diverses.

6.2 Défis clés en matière d'effectifs médicaux

Bien que la majorité des médecins participant aux études de cas se disent très satisfaits des modèles dans lesquels ils travaillent, la recherche souligne également certains des défis actuels en matière d'effectifs médicaux actuels auxquels font face les modèles de pratique clinique et les modèles ERTC visités dans le cadre du présent projet.

Les médecins qui prennent leur retraite et la préférence des jeunes médecins à travailler moins d'heures aggravera les défis en matière d'effectifs médicaux.

Le manque de processus décisionnels officiels pourrait rendre certains modèles moins attrayants aux yeux des médecins.

On estime toujours que les tâches administratives sont coûteuses.

Modèles de pratique clinique

Pénurie nationale de médecins

Presque tous les administrateurs des sites visités estiment que les pressions en matière de ressources humaines resteront un défi clé qui s'aggravera en raison des médecins actuels qui prennent leur retraite et la préférence des jeunes médecins à travailler moins d'heures.

Approche des soins en collaboration

Le concept des soins en collaboration est un facteur clé dans la satisfaction de nombreux médecins qui ont participé à l'étude et qui ont été interrogés, mais il pose également des défis. En règle générale, les effectifs médicaux sont habitués à travailler de façon indépendante. De plus, on a déterminé des questions de responsabilité (en ce qui concerne le personnel paramédical) qui peuvent éventuellement poser problème dans une approche de soins en collaboration.

Planification de la transition

Les administrateurs d'un grand nombre de modèles de pratique clinique visités reconnaissent la nécessité d'adopter une stratégie en matière de ressources humaines plus proactive; cependant, la petite taille d'un grand nombre des pratiques visitées (p. ex., deux à cinq médecins) signifie qu'il est difficile de mettre en œuvre des stratégies de transition (p. ex., semaine de travail réduite pour les médecins qui approchent l'âge de la retraite, etc.) pour atténuer la crise de ressources humaines que cause le départ d'un médecin.

Gouvernance/gestion

La coordination de certains modèles de pratique clinique n'est pas appuyée explicitement par l'entremise d'un directeur et/ou d'une structure de gestion officielle. On peut dire que dans de tels modèles, la gestion des ressources humaines est faible et que le manque de processus décisionnels officiels pourrait les rendre moins attrayants aux yeux des médecins qui envisagent de s'y joindre. En outre, de nombreux médecins qui travaillent dans de tels modèles ont mentionné la capacité limitée d'accroître leurs connaissances en matière de ressources humaines/gestion par l'entremise des cours de perfectionnement professionnel actuels.

Modèles qui réunissent l'enseignement, la recherche et le travail clinique (ERTC)

Administration

Les médecins des modèles ERTC estiment que les tâches administratives sont coûteuses. Un grand nombre de ces tâches administratives sont considérées comme une mauvaise utilisation du temps des médecins et des ressources, particulièrement compte tenu la forte demande de leurs services cliniques. Les médecins interrogés dans le cadre de ce projet ont mentionné préférer abandonner certaines responsabilités en matière de dotation et/ou d'autres décisions administratives afin de se concentrer sur la pratique clinique.

Financement

D'autres modes de rémunération dans les modèles ERTC ont besoin d'importantes affectations de fonds pour fonctionner. Le défi que doivent relever les ministres et les gouvernements provinciaux est de continuer à financer ces programmes et d'autres programmes tels qu'ils sont proposés. Comme les repères de productivité examinent habituellement le nombre de procédures exécutées, ces modèles ERTC peuvent sembler moins productifs, car l'analyse de productivité des modèles peut ne pas refléter adéquatement le temps consacré aux activités d'enseignement et de recherche.

Concurrence

Les médecins travaillant dans les modèles ERTC veulent que leur rémunération soit semblable à celles d'autres institutions, particulièrement celles au sein de la même province. Des différences au niveau de la rémunération entraînent une diminution de la satisfaction des médecins. Elles peuvent également créer une instabilité à l'institution ayant une rémunération moins élevée, car il serait plus probable qu'ils partent travailler dans des modèles où la rémunération est plus élevée.

6.3 Considérations futures

Des questions d'intérêt sont ressorties des visites, mais il n'a pas été possible de les étudier en profondeur en raison de contraintes de temps et de ressources. Si un chercheur indépendant pouvait réaliser des enquêtes plus vastes, on pourrait avoir une plus grande confiance dans les données et la généralisabilité serait améliorée. On pourrait établir des repères pour les mesures de rendement avec des données qui sont distinguées par le type de modèle de santé (c.-à-d., le modèle clinique de médecine familiale, les modèles de pratique mixtes, les modèles comptant des spécialistes ainsi que les modèles d'enseignement, de recherche et de travail clinique).

Puisque de plus en plus de modèles adoptent une approche axée sur le travail d'équipe et la collaboration, il faut permettre aux médecins, lesquels jouent un rôle clé, d'acquérir les compétences dont ils ont besoin pour remplir leurs nouvelles fonctions. Il manque actuellement de recherches relatives à la nature de la formation nécessaire.

Bon nombre des modèles de santé émergents semblent offrir d'autres modes de prestation de soins de santé efficaces, organisés pour optimiser les ressources et qui fournissent un avantage maximal à la population canadienne. À l'aide d'évaluations complètes, ces modèles peuvent valider leurs succès et leurs faiblesses à partir desquels les décideurs peuvent déterminer les pratiques principales/prometteuses pour prendre des décisions éclairées dans le but de relever le défi relatif aux effectifs médicaux.