

# **ANALYSE DES BANQUES DE DONNÉES MÉDICO-ADMINISTRATIVES**

## **AFFILIATION À UN MÉDECIN DE FAMILLE**

Une mesure à partir des banques  
de données médico-administratives

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL /  
DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC



# **AFFILIATION À UN MÉDECIN DE FAMILLE**

Une mesure à partir des banques de données  
médico-administratives

ÉQUIPE SANTÉ DES POPULATIONS ET SERVICES DE SANTÉ

SECTEUR SERVICES PRÉVENTIFS EN MILIEU CLINIQUE

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE

L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL

ET

DIRECTION DE L'ANALYSE ET DE L'ÉVALUATION DES SYSTÈMES DE SOINS ET SERVICES

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Juin 2013

**Québec** 

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
- Institut national de santé publique

## AUTEUR

Sylvie Provost, médecin-conseil

Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

## COLLABORATION

José Pérez, agent de planification, de programmation et de recherche

Brigitte Simard, technicienne de recherche

Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec

## LES PERSONNES SUIVANTES ONT ÉTÉ CONSULTÉES À L'UNE OU L'AUTRE DES ÉTAPES DE L'ÉLABORATION DE CE DOCUMENT :

Raynald Pineault<sup>1,2,3</sup>, Audrey Couture<sup>1,2</sup>, Roxane Borgès Da Silva<sup>1,2,4</sup>, Odette Lemoine<sup>1,2</sup>, Pierre Tousignant<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

<sup>2</sup> Institut national de santé publique du Québec

<sup>3</sup> Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

<sup>4</sup> Université de Montréal

*Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur les sites Internet de la Direction de santé publique ([www.dsp.santemontreal.qc.ca/ESPSS.html](http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/ESPSS.html)) et de l'INSPQ ([www.inspq.qc.ca/publications/](http://www.inspq.qc.ca/publications/)).*

*Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).*

*Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.*

DÉPÔT LÉGAL – 4<sup>e</sup> TRIMESTRE 2013

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA

ISBN : 978-2-550-68445-9 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2013)

## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>III</b>
<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>V</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>1 OBJECTIFS, ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION ET ALGORITHME PROPOSÉ .....</b>	<b>3</b>
1.1 Objectifs .....	3
1.2 Mesure de l’affiliation à un médecin de famille à partir des BDA : quelques éléments de réflexion .....	3
1.2.1 L’inscription des patients.....	4
1.2.2 La présence de certains types d’examen.....	5
1.2.3 La concentration des visites.....	6
1.3 Algorithme proposé.....	6
<b>2 ANALYSE DESCRIPTIVE DE L’AFFILIATION À UN MÉDECIN DE FAMILLE.....</b>	<b>15</b>
2.1 Répartition de la population au regard de l’affiliation à un médecin de famille.....	15
2.2 Caractéristiques des patients et affiliation à un médecin de famille .....	18
<b>3 DISCUSSION.....</b>	<b>23</b>
3.1 Construction de la variable d’affiliation à un médecin de famille .....	23
3.2 Affiliation à un médecin de famille : données descriptives .....	24
3.3 « Identification » du médecin de famille.....	25
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>27</b>
<b>ANNEXE 1 L’EXAMEN COMPLET MAJEUR.....</b>	<b>29</b>
<b>ANNEXE 2 DIFFÉRENTES COMPOSANTES DE L’AFFILIATION UTILISÉES DANS L’ALGORITHME .....</b>	<b>33</b>



## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Affiliation à un médecin de famille selon le territoire de CSSS de résidence. Montréalais de 20 ans ou plus, 2008-09/2009-10 (N = 1 248 249) .....	16
Tableau 2	Prévalence des différentes composantes de l'affiliation utilisées dans l'algorithme dans chacune des catégories de la variable d'affiliation. Montréalais de 20 ans ou plus, 2008-09/2009-10 (N = 1 248 249) .....	17
Tableau 3	Affiliation à un médecin de famille selon le sexe. Montréalais de 20 ans et plus, 2008-09/2009-10 (N = 1 248 249) .....	18
Tableau 4	Affiliation à un médecin de famille selon l'âge. Montréalais de 20 ans ou plus, 2008-09/2009-10 (N = 1 248 249) .....	19
Tableau 5	Affiliation à un médecin de famille selon le niveau de défavorisation. Montréalais de 20 ans ou plus, 2008-09/2009-10 (N = 1 235 793) .....	20
Tableau 6	Affiliation à un médecin de famille selon le niveau de morbidité. Montréalais de 20 ans ou plus, 2008-09/2009-10 (N = 1 086 798) .....	21
Tableau 7	Affiliation à un médecin de famille selon certaines maladies chroniques chez les Montréalais, 2008-09/2009-10 (N = 1 248 249) .....	22



## LISTE DES FIGURES

Figure 1	Attribution d'une affiliation à un médecin de famille : étapes 1 et 2.....	7
Figure 2	Attribution d'une affiliation à un médecin de famille : étapes 3 et 4.....	8
Figure 3	Attribution d'une affiliation à un médecin de famille : étapes 5 et 6.....	9
Figure 4	Attribution d'une affiliation à un médecin de famille : étape 4a .....	10
Figure 5	Attribution d'une affiliation à un médecin de famille.....	11
Figure 6	Classification détaillée des patients « non affiliés » .....	12
Figure 7	Attribution d'une affiliation à un médecin de famille (incluant la classification détaillée des patients non affiliés).....	13
Figure 8	Affiliation à un médecin de famille chez les Montréalais de 20 ans ou plus 2008-09/2009-10 (N = 1 248 249) .....	15



## INTRODUCTION

De nombreuses études ont démontré que l'affiliation d'un patient à un médecin de famille est susceptible d'influencer son utilisation des services de santé, tant curatifs que préventifs. Dans le cadre des travaux d'analyse de l'impact des transformations des services de santé de 1<sup>re</sup> ligne sur la santé de la population montréalaise réalisés par l'Équipe santé des populations et services de santé (ESPSS), l'affiliation à un médecin de famille constitue une variable importante. Variable d'intérêt dans certaines analyses, elle peut aussi représenter une variable de confusion pour laquelle on souhaite contrôler les résultats dans d'autres analyses.

Dans les projets où des données d'enquête constituent la principale source d'information, l'affiliation à un médecin de famille est généralement documentée à l'aide de la question « Avez-vous un médecin de famille? ». Cette information est évidemment plus difficile à documenter à partir des banques de données médico-administratives (BDA). Dans le cadre des projets utilisant les BDA, nous avons construit une variable permettant de mesurer l'affiliation des patients à un médecin omnipraticien.

La première partie du présent document résume les objectifs visés par la démarche, quelques éléments de réflexion sur la mesure de l'affiliation à un médecin de famille à partir des BDA et l'algorithme proposé pour la construction de la variable affiliation. La deuxième partie présente quelques résultats d'analyse descriptive de l'affiliation à l'aide de cette variable. Quelques éléments de discussion sont présentés dans la troisième partie du document.



# 1 OBJECTIFS, ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION ET ALGORITHME PROPOSÉ

## 1.1 OBJECTIFS

La construction d'une variable mesurant l'affiliation des patients à un médecin omnipraticien dans les BDA vise l'atteinte des objectifs suivants :

- identifier les patients « affiliés à un médecin de famille »
- lier les patients à un « médecin de famille » dans les BDA et, éventuellement, lier les patients au modèle d'organisation de services médicaux de 1<sup>re</sup> ligne de ce médecin de famille
- décrire l'affiliation à un médecin de famille en fonction
  - du temps
  - des caractéristiques des patients (âge, sexe, niveau de défavorisation, niveau de morbidité, présence de maladie chronique)
  - du territoire de CSSS de résidence
  - du modèle d'organisation de services médicaux de 1<sup>re</sup> ligne du lieu d'exercice principal du médecin du patient
- mesurer, en fonction des modèles d'organisation de 1<sup>re</sup> ligne, l'impact de l'affiliation sur
  - l'utilisation des services (visites aux omnipraticiens ou aux spécialistes)
  - différents « outcomes » défavorables (hospitalisations, visites à l'urgence)
  - le respect de certaines lignes directrices de prise en charge des maladies chroniques
  - l'exposition du patient à certaines pratiques cliniques préventives
- contrôler pour l'affiliation à un médecin de famille lors de l'analyse des déterminants des différents « outcomes ».

À noter que les résultats présentés dans la deuxième partie du document ne portent que sur quelques données descriptives de l'affiliation à un médecin omnipraticien au regard des caractéristiques des patients et de leur territoire de CSSS de résidence. Ils ne couvrent donc pas l'ensemble des objectifs énoncés plus haut.

## 1.2 MESURE DE L'AFFILIATION À UN MÉDECIN DE FAMILLE À PARTIR DES BDA : QUELQUES ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION

L'affiliation à un médecin de famille, souvent assimilée à l'une des dimensions de la continuité des soins, soit la continuité relationnelle (Reid *et al.* 2002), constitue une sorte de contrat tacite de fidélité du patient au médecin et de responsabilité du médecin à l'égard du patient. Cette « affiliation », par la relation thérapeutique suivie qu'elle suppose entre le patient et son médecin, offre le support permettant de relier les soins dans le temps et d'assurer la transition entre des épisodes de soins. Dans une enquête, l'affiliation du patient à un médecin se mesure aisément à l'aide de questions portant sur le fait d'avoir ou non un médecin de famille ou d'avoir un médecin qui prend la responsabilité principale des soins du patient. Généralement, ce rôle est assumé par un médecin omnipraticien. L'information obtenue dans les enquêtes permet d'ailleurs rarement de distinguer s'il s'agit d'un médecin omnipraticien ou spécialiste. Pour nos analyses réalisées à partir des BDA, nous proposons une mesure d'affiliation comportant l'utilisation de trois éléments, identifiables dans ces BDA,

permettant de mettre en évidence un lien d'affiliation entre un patient et un médecin omnipraticien. Ces éléments sont l'inscription du patient, la présence de certains types d'examen et la concentration des visites ambulatoires auprès du même médecin. Il faut noter que la mesure d'affiliation proposée ne concerne que le lien avec un médecin omnipraticien, plus particulièrement visé par la réforme des services de 1<sup>re</sup> ligne actuellement en cours.

### 1.2.1 L'inscription des patients

L'inscription des patients auprès d'un médecin de famille fait partie des mesures mises en place afin d'accroître la continuité des soins et la prise en charge des patients dans le cadre de la réorganisation des services médicaux de 1<sup>re</sup> ligne. Ainsi, depuis 2003 au Québec, les médecins omnipraticiens faisant partie de Groupes de médecine de famille (GMF) peuvent inscrire leur clientèle et les omnipraticiens, qu'ils fassent ou non partie d'un GMF, peuvent aussi inscrire comme « patients vulnérables » les patients présentant certaines conditions médicales. Plus récemment, à la fin 2009, des mesures d'inscription générale de la clientèle ont vu le jour, permettant au médecin omnipraticien ne faisant pas partie d'un GMF d'inscrire, en plus de ses patients « vulnérables », tous ses patients non éligibles à l'inscription comme patient vulnérable. Cette dernière mesure n'est toutefois pas prise en considération dans la démarche présentée dans ce document puisqu'elle n'était pas encore en place au cours de la période couverte par nos BDA.

La politique d'implantation des GMF consiste entre autres à développer des ententes contractuelles entre les médecins de 1<sup>re</sup> ligne et le gouvernement provincial, incluant financement complémentaire, informatisation et ajout de personnel (infirmières), en échange d'une augmentation de services (ex. : heures d'ouverture accrues, amélioration du suivi médical et de la continuité des services par une meilleure coordination des soins). Un GMF comprend généralement 6 à 10 omnipraticiens travaillant avec deux infirmières pour fournir des services à 10 000 à 15 000 patients inscrits, avec ou sans rendez-vous. L'inscription auprès d'un médecin membre d'un GMF reflète un engagement mutuel entre le patient et son médecin de famille. Le patient inscrit auprès d'un médecin appartenant à un GMF s'engage à s'inscrire auprès d'un seul médecin de famille, ainsi qu'à consulter en premier lieu son médecin de famille ou, en son absence, un autre médecin du GMF, sauf en cas d'urgence (ex. : lorsque le patient est en voyage ou qu'il séjourne à l'extérieur de sa région) (source : RAMQ).

En ce qui concerne l'inscription des patients vulnérables, un médecin omnipraticien peut inscrire comme « vulnérable » un patient présentant certains problèmes de santé s'il est identifié par le patient comme étant son seul médecin de famille régulier. Les activités rémunérées sont celles découlant d'une prise en charge et d'un suivi plus complets du patient, telles que relances plus fréquentes, interventions multidisciplinaires, meilleure coordination avec les ressources institutionnelles ou autres du milieu (source : RAMQ). Durant la période 2003 à 2007, les conditions médicales suivantes étaient éligibles pour une inscription de vulnérabilité : psychoses, MPOC/asthme modéré à sévère, MCAS, cancer, diabète avec complication, toxicomanie sous traitement, VIH/sida, maladies dégénératives du SNC, être âgé de 70 ans ou plus. Depuis 2008, outre le fait d'être âgé de 70 ans ou plus, la liste des conditions d'éligibilité inclut :

- problèmes de santé mentale (DSM-IV) : troubles psychotiques, troubles bipolaires, troubles paniques, anxiété généralisée, troubles envahissants du développement (autisme, Asperger), troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie);

- troubles dépressifs majeurs actifs lors de l'identification comme patient vulnérable, premier épisode;
- troubles dépressifs majeurs récidivants;
- maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), asthme de modéré à sévère (patient ayant présenté un VEMS inférieur à 70 % de la valeur prédite), pneumopathies professionnelles;
- maladie cardiaque artério-sclérotique (MCAS), insuffisance cardiaque;
- cancer associé à un traitement passé, présent ou projeté en chimiothérapie systémique ou radiothérapie ou en phase palliative;
- diabète excluant le diabète de grossesse;
- toxicomanie ou alcoolisme en cours de sevrage ou ayant donné lieu à une cure de désintoxication de drogues dures ou d'alcool au cours des cinq dernières années, toxicomanie sous traitement à la méthadone;
- VIH/SIDA;
- maladies dégénératives du système nerveux central;
- maladies inflammatoires chroniques : polyarthrite rhumatoïde, psoriasis avec atteinte autre que cutanée, lupus, sclérodermie et autres collagénoses, colite ulcéreuse, maladie de Crohn;
- insuffisance rénale chronique avec clairance de la créatinine inférieure à 50 ml par minute;
- maladies thrombo-emboliques récidivantes nécessitant une anticoagulothérapie à vie et un suivi par RIN;
- fibrillation auriculaire nécessitant une anticoagulothérapie à vie et un suivi par RIN.

L'inscription GMF et l'inscription vulnérable constituent une formalisation du lien privilégié entre un patient et son médecin, c'est-à-dire de l'affiliation du patient à son médecin. Elles présentent un grand intérêt au plan de l'analyse des BDA en fournissant un moyen de capter l'affiliation des patients puisque certains codes présents dans les BDA permettent de repérer l'inscription des patients<sup>1</sup>.

### **1.2.2 La présence de certains types d'examen**

Par ailleurs, bon nombre de patients, présentant souvent moins de problèmes de santé, ne sont pas inscrits auprès de leur médecin de famille. C'est le cas, entre autres, de patients dont la condition ne répond pas aux critères de vulnérabilité éligibles ou dont le médecin ne fait pas partie d'un GMF<sup>2</sup>. Ces patients ont néanmoins souvent un médecin de famille, mais cette information n'est malheureusement pas directement disponible dans les BDA. Bien que la mesure, dans les BDA, de la concentration des visites auprès d'un même médecin puisse fournir un indice de cette affiliation, elle n'en est pas garante puisqu'un patient peut fort bien consulter plus souvent un médecin donné, à l'occasion par exemple de problèmes ponctuels lors de consultations sans rendez-vous, sans considérer ce dernier comme son médecin de famille.

---

<sup>1</sup> Pour toute information sur la construction des variables permettant d'identifier l'inscription (GMF ou vulnérable) à partir des BDA, contacter Brigitte Simard de l'Équipe santé des populations et services de santé, DSP de Montréal.

<sup>2</sup> À noter que cette situation est appelée à changer progressivement avec la mise en place, à partir de 2009, de mesures d'inscription générale de la clientèle.

Afin de raffiner la mesure de l'affiliation chez les patients non inscrits, le « repérage » dans les BDA d'autres éléments susceptibles de témoigner d'une relation d'affiliation entre un patient et un médecin peut être considéré. À ce titre, les codes d'actes concernant la prestation d'examens annuels peuvent s'avérer utiles. En effet, on peut penser qu'un « examen annuel » est habituellement réalisé par le médecin qui assure la prise en charge et le suivi du patient, plutôt qu'en réponse à des besoins ponctuels. Cet examen est souvent l'occasion d'effectuer les interventions recommandées dans les lignes directrices concernant l'examen médical périodique. Cet « examen annuel » peut être repéré dans les BDA par les codes d'actes de l'« examen complet majeur » (voir annexe 1). En soins ambulatoires (en clinique de 1<sup>re</sup> ligne), cet examen ne peut être facturé qu'une seule fois par année à la RAMQ par un médecin omnipraticien pour un patient donné. Dans le cas de patients non inscrits, il est probable que deux examens complets majeurs facturés pour un patient par le même médecin au cours de deux années consécutives en clinique de 1<sup>re</sup> ligne témoignent du fait que le patient considère ce médecin comme « son médecin de famille ». De même, dans le cas de patients non inscrits et n'ayant pas eu deux examens complets majeurs par le même médecin au cours des deux dernières années, le fait d'avoir eu un examen complet majeur au cours des deux dernières années en clinique de 1<sup>re</sup> ligne pourrait être le signe d'une certaine affiliation avec le médecin ayant effectué cet examen.

### 1.2.3 La concentration des visites

Enfin, dans le cas de patients non inscrits pour lesquels aucun examen complet majeur en clinique de 1<sup>re</sup> ligne n'a été facturé au cours des deux dernières années, une mesure de la concentration des visites ambulatoires auprès des médecins omnipraticiens effectuées auprès du même médecin pourrait être utilisée comme « proxy » d'un lien particulier avec ce médecin. La mesure de la concentration des visites à un même médecin au fil du temps est en effet souvent utilisée comme un « proxy » de la continuité relationnelle mesurable à l'aide des BDA sur l'utilisation des services. On suppose ici qu'un contact prolongé ou répété avec le même intervenant se traduit par une relation plus forte, une utilisation et un transfert de l'information plus efficaces et une gestion plus cohérente des soins. Bien que, tel que mentionné précédemment, la mesure, dans les BDA, de la concentration des visites ne soit pas garante de l'affiliation entre le patient et le médecin vu le plus souvent, elle témoigne probablement d'un certain degré d'affiliation entre le patient et ce médecin. On peut toutefois supposer que, dans ce cas, le degré d'affiliation est moins important que celui lié à l'inscription ou au fait d'avoir eu un ou plusieurs examens complets majeurs.

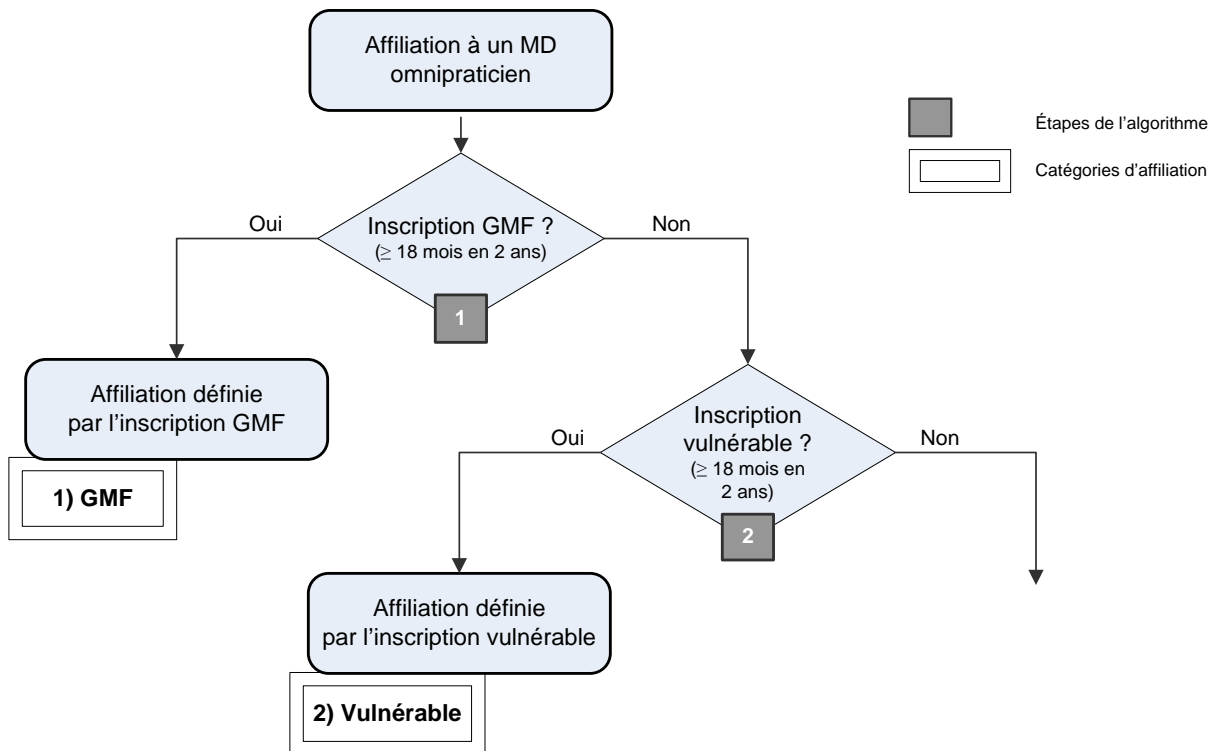
Différents indices de continuité calculés à partir des BDA mesurent, à des degrés divers, la concentration des consultations auprès de différents médecins et il n'existe pas de consensus quant au meilleur indice à utiliser. Dans les études sur les services médicaux de 1<sup>re</sup> ligne, l'indice UPC (« Usual Provider of Care », Breslau *et al.* 1975) est souvent préféré. Pour chaque patient, l'indice UPC correspond au rapport du nombre de visites au médecin omnipraticien vu le plus souvent sur le nombre total de visites du patient à des médecins omnipraticiens durant une période donnée (habituellement un ou deux ans). À noter que l'indice se calcule généralement chez les patients ayant effectué au moins deux visites médicales durant la période à l'étude.

## 1.3 ALGORITHME PROPOSÉ

L'algorithme proposé pour la construction de la variable « affiliation » prend en compte : 1) l'inscription du patient auprès d'un médecin omnipraticien, 2) la réalisation d'un ou plusieurs examens complets majeurs et 3) la concentration des visites auprès d'un médecin omnipraticien. Ces

critères sont considérés dans un ordre hiérarchique dans lequel certains éléments ont préséance sur d'autres. La période suggérée pour l'appréciation des différents critères d'affiliation est de deux ans. Bien qu'une période plus courte puisse aussi être utilisée, une période de deux ans constitue une approche conservatrice ayant une plus grande spécificité. Elle permet aussi l'utilisation du critère des deux examens complets majeurs par le même médecin au cours des deux années. Dans nos BDA, une variable mesurant l'affiliation à un médecin de famille est donc construite pour chaque patient, pour chaque période de deux ans.

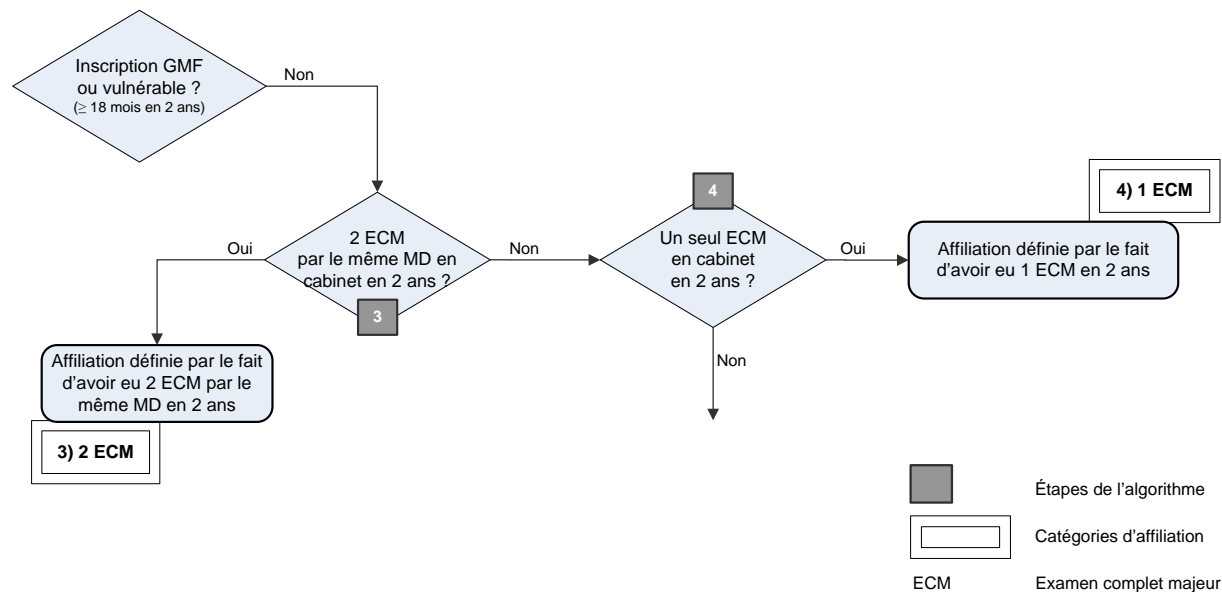
En raison du caractère plus formel et « officiel » de l'affiliation définie par l'inscription du patient, les deux premières étapes de l'algorithme consistent à déterminer si le patient est inscrit en GMF, ou sinon, inscrit comme patient vulnérable. Compte tenu du caractère « hiérarchique » de la classification des patients dans l'algorithme, les patients inscrits vulnérables en GMF entrent donc dans la catégorie d'affiliation « inscrit en GMF ». La figure 1 illustre ces deux premières étapes de l'algorithme. Le choix de 18 mois comme durée minimale de la période d'inscription au cours d'une période de deux ans donnée vise à accroître la spécificité de la définition de l'affiliation en lien avec l'inscription des patients.



**Figure 1 Attribution d'une affiliation à un médecin de famille : étapes 1 et 2**

Le deuxième grand critère de classification concerne le repérage dans les BDA, pour chaque patient, des codes d'actes associés à la réalisation d'un ou plusieurs examens complets majeurs au cours d'une période de deux ans donnée en clinique de 1<sup>re</sup> ligne (donc excluant les examens complets majeurs réalisés en clinique externe ou au cours d'une hospitalisation). Le repérage, dans le cas de patients non inscrits, de deux examens complets majeurs facturés par le même médecin constitue donc la 3<sup>e</sup> étape de l'algorithme. L'étape suivante consiste à repérer, chez les patients non inscrits et n'ayant pas eu deux examens complets majeurs facturés par le même médecin au cours d'une période de deux ans

donnée, le fait d'avoir eu un seul examen complet majeur au cours de cette période et d'attribuer à ces patients une affiliation avec le médecin ayant effectué cet examen (figure 2). À noter qu'à cette étape, les patients ayant eu plus d'un examen complet effectués par plus d'un médecin ne se voient pas attribuer d'affiliation à un médecin.



**Figure 2 Attribution d'une affiliation à un médecin de famille : étapes 3 et 4**

Le troisième grand critère de classification concerne les patients non inscrits et sans examen complet majeur au cours d'une période de deux ans donnée et vise à identifier les patients ayant effectué une plus grande proportion de leurs visites à des médecins omnipraticiens en cabinet auprès d'un médecin en particulier au cours de cette période. La concentration des visites au même omnipraticien (UPC) est calculée pour les patients ayant eu au moins deux visites à des omnipraticiens en cabinet au cours d'une période de deux ans donnée<sup>3</sup>. Le seuil de concentration retenu est ici de 75 % ou plus. Bien qu'une proportion plus faible des visites au même médecin puisse aussi être utilisée, le choix d'une proportion de 75 % ou plus constitue une approche conservatrice ayant une plus grande spécificité.

La figure 3 présente l'étape 5, soit l'attribution, aux patients non inscrits et sans examen complet majeur au cours d'une période de deux ans donnée, d'une affiliation avec le médecin omnipraticien auprès duquel leur concentration de visites est égale ou supérieure à 75 %. Enfin, pour les autres patients, l'étape suivante consiste à vérifier s'ils n'ont effectué qu'une seule visite à un médecin omnipraticien au cours des deux années; si c'est le cas, on les considère « affiliés » à ce médecin, bien que ce degré d'affiliation puisse probablement être considéré comme relativement faible.

<sup>3</sup> À noter que le calcul de l'indice UPC pour les visites ambulatoires à un omnipraticien n'a de sens que pour les patients non suivis en CLSC ou en UMF, l'ensemble des consultations des médecins omnipraticiens œuvrant en CLSC ou en UMF n'étant pas disponible dans les banques de données. À l'heure actuelle, la seule information permettant de déterminer qu'un patient est suivi par un médecin en CLSC ou en UMF est l'inscription GMF ou vulnérable, puisqu'elle fait l'objet d'un code particulier dans ces établissements. Comme l'algorithme proposé prévoit que l'inscription est le premier critère d'affiliation, les patients inscrits en CLSC ou en UMF sont classés dès le départ. On ne dispose par contre d'aucune information permettant d'identifier les patients non inscrits suivis en CLSC ou en UMF.

Enfin, les patients non inscrits, sans examen complet majeur, ni concentration des visites auprès d'un médecin et ayant effectué deux visites ou plus au cours des deux années à l'étude sont considérés non affiliés à un médecin de famille.

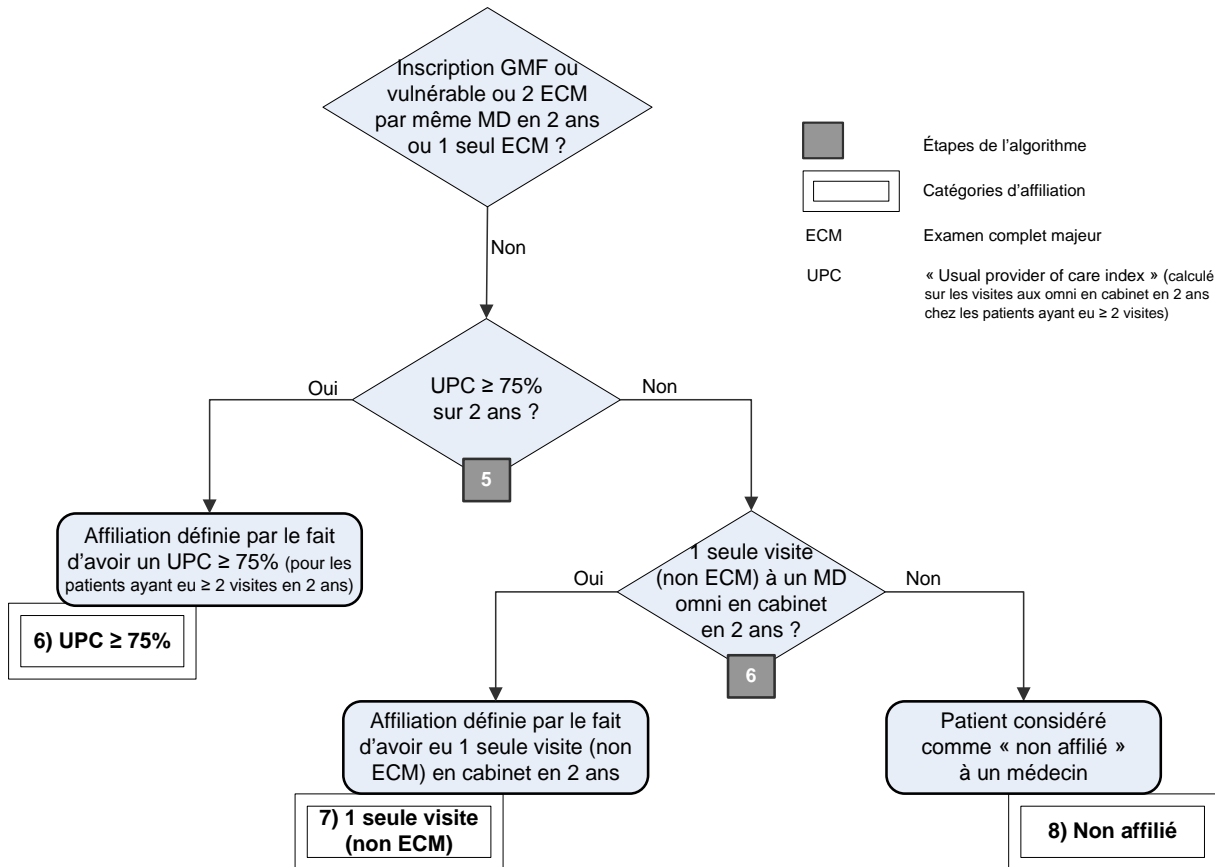
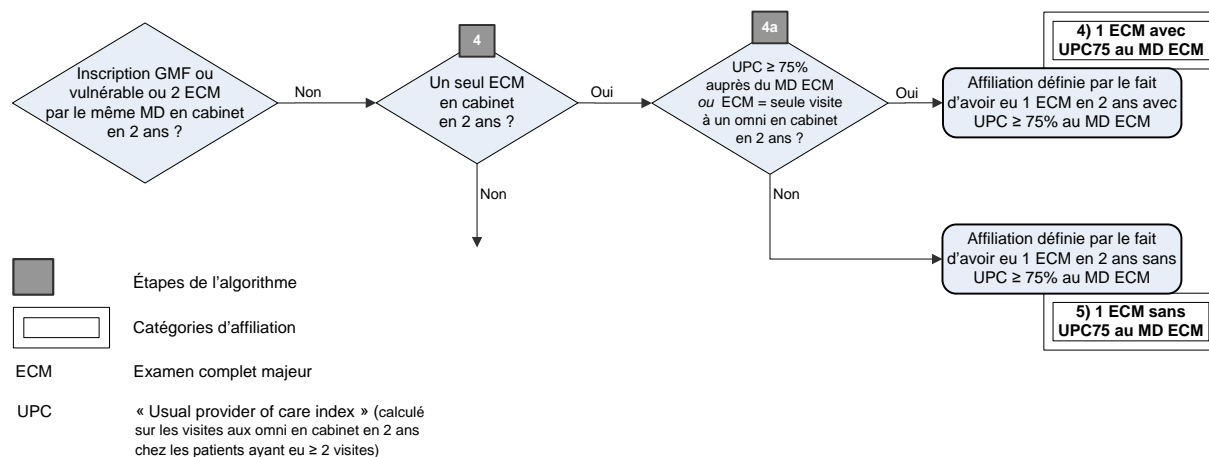


Figure 3 Attribution d'une affiliation à un médecin de famille : étapes 5 et 6

Une précision peut aussi être apportée à la classification des patients ayant eu un seul examen complet majeur au cours d'une période de deux ans donnée en vérifiant si ces patients ont ou non, au cours de cette période, une plus grande concentration de leurs visites au médecin ayant effectué cet examen complet majeur. La figure 4 illustre cette étape additionnelle.



**Figure 4 Attribution d'une affiliation à un médecin de famille : étape 4a**

L'algorithme complet est présenté à la figure 5. L'ensemble de la démarche permet donc de catégoriser le type d'affiliation du patient, définissant ainsi des profils ou degrés d'affiliation :

- inscription GMF
- inscription vulnérable sans inscription GMF
- deux examens complets majeurs effectués par le même médecin au cours des deux dernières années sans inscription
- un seul examen complet majeur au cours des deux dernières années sans inscription mais avec concentration des visites au médecin ayant effectué cet examen complet majeur
- un seul examen complet majeur au cours des deux dernières années sans inscription et sans concentration des visites au médecin ayant effectué cet examen complet majeur
- concentration de visites en cabinet au même médecin sans inscription ni examen complet majeur
- une seule visite à un médecin omnipraticien en cabinet
- aucune affiliation correspondant aux critères précédents.

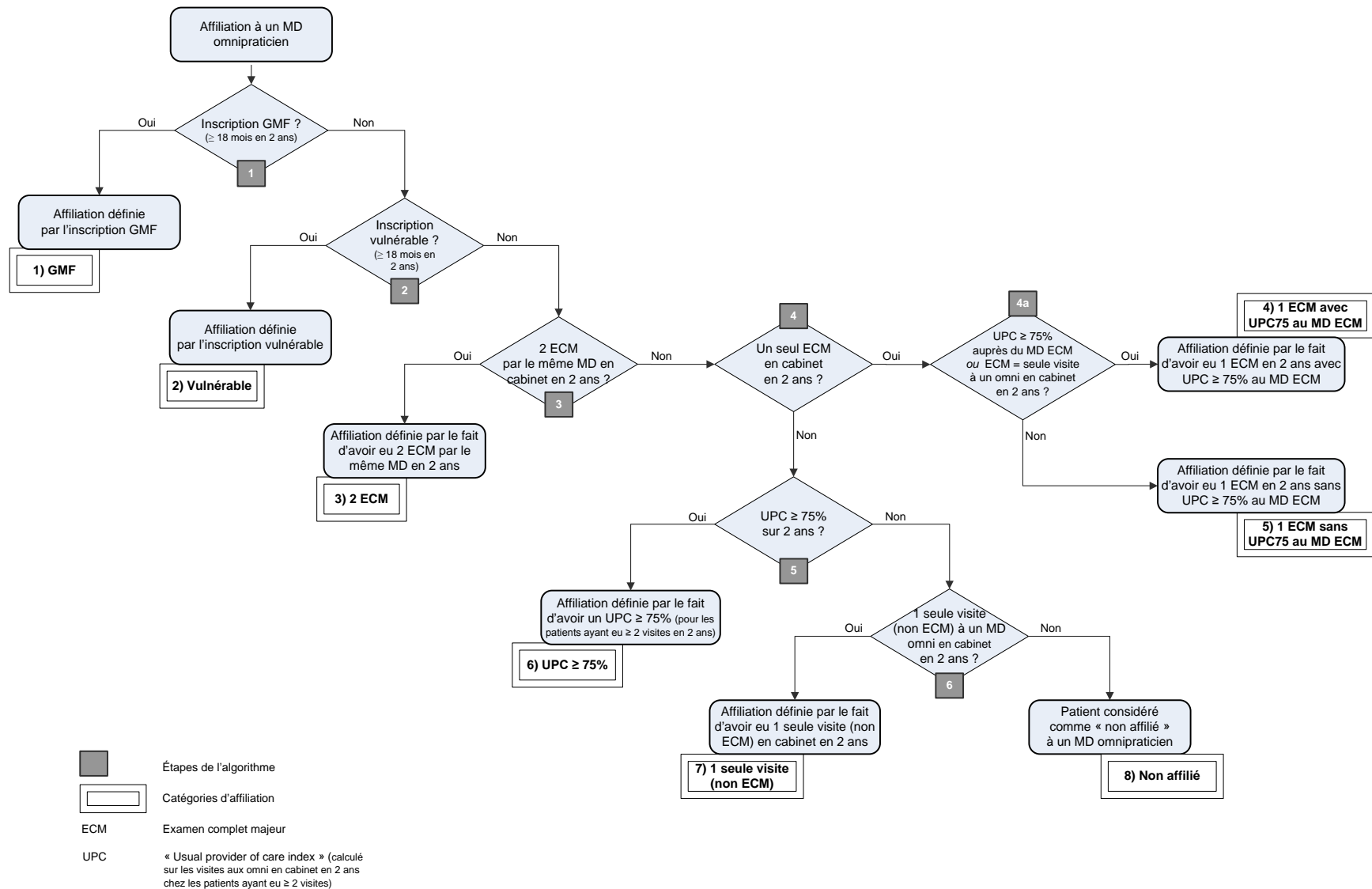
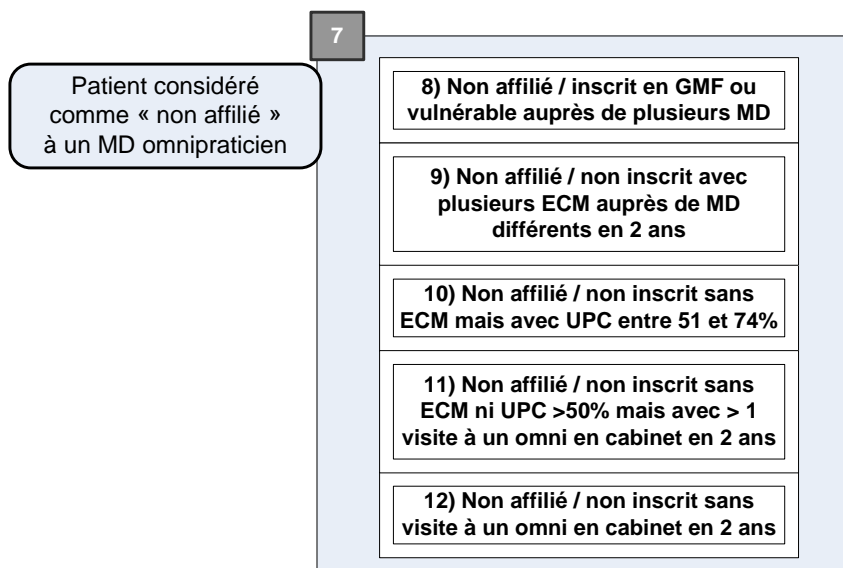


Figure 5 Attribution d'une affiliation à un médecin de famille

À noter que les patients « non affiliés » peuvent à leur tour faire l'objet d'une classification plus détaillée, présentée à la figure 6.



**Figure 6** Classification détaillée des patients « non affiliés »

L'algorithme complet, incluant la classification des patients non affiliés est présenté à la figure 7.

Des analyses de sensibilité, réalisées à partir des données sur les patients montréalais diabétiques (années 2004-05 et 2005-06), ont permis de constater que la durée de la période considérée (deux ans vs un), l'utilisation de différentes durées d'inscription, de même que l'inversion des critères examen complet majeur et concentration des visites dans l'algorithme d'« attribution » d'un médecin de famille aux patients, engendrent relativement peu de différences en termes de nombre et de proportion de patients à qui il s'avère possible d'attribuer une affiliation à un médecin de famille.

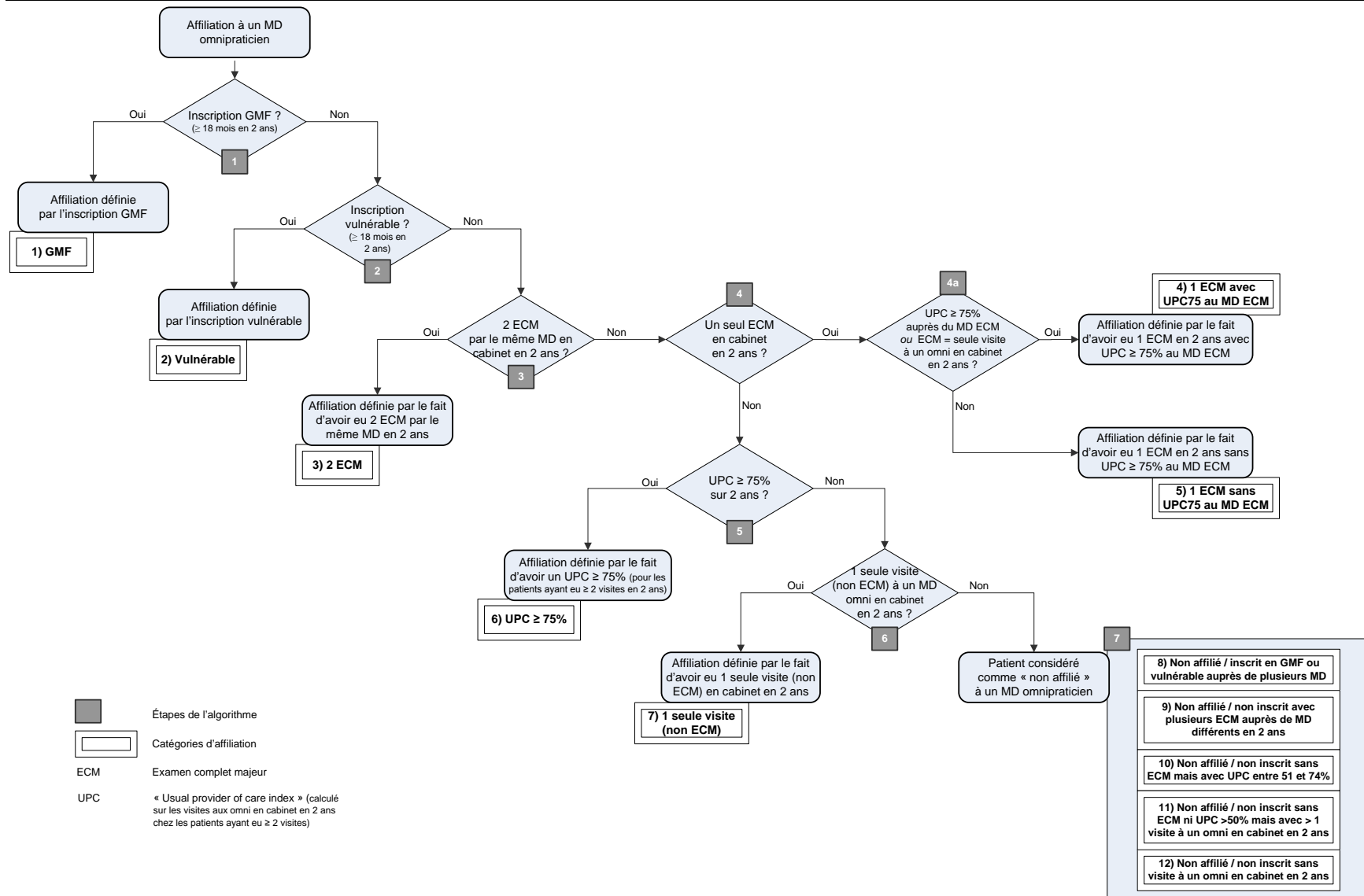


Figure 7 Attribution d'une affiliation à un médecin de famille (incluant la classification détaillée des patients non affiliés)



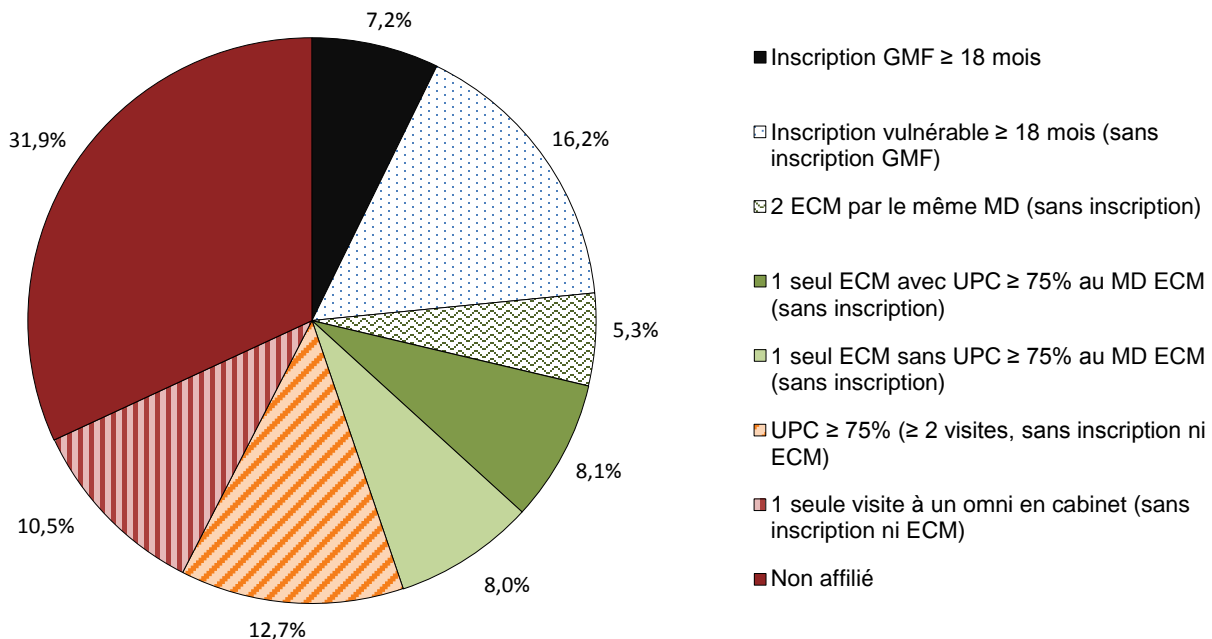
## 2 ANALYSE DESCRIPTIVE DE L’AFFILIATION À UN MÉDECIN DE FAMILLE

Les résultats qui suivent sont issus des données provenant des BDA jumelables (RAMQ, Med-Écho, Décès), années 2008-09 et 2009-10, et concernent les adultes de 20 ans et plus qui, au cours des deux années à l’étude, résidaient à Montréal, n’étaient ni décédés ni hébergés et ont utilisé des services de santé (services médicaux, urgence ou hospitalisation) au moins au cours d’une des deux années considérées.

Les premiers résultats présentés portent sur la répartition de la population en fonction des différentes catégories d’affiliation à un médecin de famille décrites précédemment. L’affiliation est ensuite décrite au regard de certaines caractéristiques sociodémographiques et de santé des patients. Ces caractéristiques (âge, sexe, CSSS, défavorisation, RUB, maladie chronique) sont identifiées au cours de la 2<sup>e</sup> année de la période au cours de laquelle l’affiliation est mesurée.

### 2.1 RÉPARTITION DE LA POPULATION AU REGARD DE L’AFFILIATION À UN MÉDECIN DE FAMILLE

Au cours de la période à l’étude, 68,1 % des adultes de 20 ans ou plus étaient affiliés à un médecin omnipraticien, selon les critères définis précédemment. La figure 8 illustre la répartition de la population au regard des différentes catégories d’affiliation. Le tableau 1 présente la répartition de la population de chaque territoire de CSSS au regard des différentes catégories d’affiliation.



**Figure 8** Affiliation à un médecin de famille<sup>4</sup> chez les Montréalais de 20 ans ou plus 2008-09/2009-10 (N = 1 248 249)

<sup>4</sup> Bien qu’on ne puisse être certain que le médecin auquel le patient est affilié selon notre algorithme soit effectivement son « médecin de famille », le terme « médecin de famille » est utilisé dans la présentation de nos résultats. Dans le cadre de ces travaux, ce médecin est toujours un médecin omnipraticien.

**Tableau 1 Affiliation à un médecin de famille selon le territoire de CSSS de résidence. Montréalais de 20 ans ou plus, 2008-09/2009-10 (N = 1 248 249)**

Catégorie d'affiliation (sur 2 ans)	Territoire de CSSS de résidence (2009-2010)											
	Ouest-de-l'île	Dorval – Lachine – LaSalle	Sud-Ouest – Verdun	Pointe-de-l'île	Lucille-Teasdale	St-Léonard et St-Michel	La Montagne	Cavendish	Jeanne-Mance	Bordeaux-Cartierville – St-Laurent	Cœur-de-l'île	Ahuntsic et Montréal-Nord
	(N = 144 281)	(N = 92 227)	(N = 95 849)	(N = 131 924)	(N = 118 821)	(N = 84 821)	(N = 136 235)	(N = 81 214)	(N = 93 836)	(N = 91 666)	(N = 71 300)	(N = 106 075)
Inscription GMF ≥ 18 mois	7,0 %	10,2 %	14,2 %	6,2 %	5,4 %	2,4 %	6,4 %	5,1 %	13,0 %	6,2 %	5,8 %	5,4 %
Inscription vulnérable ≥ 18 mois (sans inscription GMF)	15,5 %	16,6 %	13,6 %	19,2 %	19,4 %	19,7 %	12,7 %	17,4 %	9,3 %	16,8 %	13,5 %	20,2 %
2 ECM par le même MD (sans inscription)	8,5 %	5,7 %	4,5 %	4,4 %	4,4 %	2,7 %	5,5 %	7,8 %	4,3 %	5,7 %	4,1 %	4,3 %
1 seul ECM avec UPC ≥ 75 % au MD ECM (sans inscription)	12,5 %	8,8 %	7,4 %	5,7 %	5,8 %	4,6 %	9,9 %	12,6 %	7,1 %	8,5 %	6,3 %	6,1 %
1 seul ECM sans UPC ≥ 75 % au MD ECM (sans inscription)	9,8 %	7,7 %	7,5 %	7,2 %	7,7 %	6,7 %	7,5 %	8,2 %	8,5 %	9,7 %	8,6 %	7,2 %
UPC ≥ 75 % (≥ 2 visites, sans inscription ni ECM)	9,5 %	14,3 %	11,5 %	16,1 %	13,4 %	16,8 %	10,5 %	9,8 %	11,3 %	11,6 %	14,2 %	14,8 %
1 seule visite à un omni en cabinet (sans inscription ni ECM)	10,1 %	9,8 %	10,7 %	9,4 %	10,3 %	10,1 %	12,1 %	10,1 %	12,5 %	10,2 %	12,2 %	9,6 %
Non affilié	27,1 %	27,0 %	30,7 %	31,8 %	33,7 %	36,9 %	35,3 %	29,0 %	33,9 %	31,3 %	35,3 %	32,5 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Les patients non affiliés peuvent à leur tour être classifiés dans des catégories plus détaillées, représentant les proportions suivantes dans la population montréalaise :

- inscrits en GMF ou vulnérable mais pour lesquels les forfaits de prise en charge et d'inscription vulnérable sont associés à plusieurs médecins au cours de la période à l'étude 0,4 %
- non inscrits avec plusieurs ECM auprès de médecins omnipraticiens différents en 2 ans 1,0 %
- non inscrits sans ECM mais avec UPC entre 51 et 74 % 4,6 %
- non inscrits sans ECM ni UPC > 50% mais ayant effectué plus d'une visite à un médecin omnipraticien en cabinet en 2 ans 14,4 %
- non inscrits sans visite à un médecin omnipraticien en cabinet en 2 ans 11,5 %

En raison de l'algorithme utilisé pour construire la variable d'affiliation, des patients présentant plus d'un critère d'affiliation peuvent se retrouver dans la même catégorie. Ainsi, on note que 14,9 % des patients appartenant à la catégorie affiliés via l'inscription en GMF ont eu deux examens complets majeurs effectués par le même médecin au cours des deux années considérées et 39,4 % avaient un indice UPC de 75 % ou plus. Le tableau 2 présente la prévalence des différentes composantes de l'affiliation utilisées dans l'algorithme dans chacune des catégories de la variable d'affiliation pour les patients montréalais au cours de la période étudiée. Une version plus détaillée de ce tableau se trouve à l'annexe 2.

**Tableau 2 Prévalence des différentes composantes de l'affiliation utilisées dans l'algorithme dans chacune des catégories de la variable d'affiliation. Montréalais de 20 ans ou plus, 2008-09/2009-10 (N = 1 248 249)**

Composantes de l'affiliation (sur 2 ans) <sup>†</sup>	Catégories de la variable Affiliation							
	Inscription GMF ≥ 18 mois	Inscription vulnérable ≥ 18 mois (sans inscription GMF)	2 ECM par le même MD (sans inscription)	1 seul ECM avec UPC ≥ 75 % au MD ECM (sans inscription)	1 seul ECM sans UPC ≥ 75 % au MD ECM (sans inscription)	UPC ≥ 75 % (≥ 2 visites, sans inscription ni ECM)	1 seule visite à un omni en cabinet (sans inscription ni ECM)	Non affilié
	N = 90 264 %	N = 202 335 %	N = 65 732 %	N = 100 862 %	N = 100 051 %	N = 158 758 %	N = 131 640 %	N = 398 607 %
Inscription GMF (≥ 18 mois)	100							
Inscription vulnérable (≥ 18 mois)	34,8	100						
2 ECM	14,9	17,6	100					
1 ECM	25,7	23,6		100	100			
UPC ≥ 75 % sur 2 ans	39,4	64,8	65,5	72,1	3,8	100		
1 seule visite en cabinet	9,9	3,8		27,9			100	

<sup>†</sup> Les prévalences de patients ayant eu des examens complets majeurs, un UPC ≥ 75 % ou une seule visite en cabinet en deux ans ne peuvent être calculées pour les patients inscrits GMF ou vulnérables en CLSC ou en UMF, l'ensemble des consultations des médecins omnipraticiens œuvrant en CLSC ou en UMF n'étant pas disponible dans les banques de données. Par conséquent, ces prévalences sont un peu sous-estimées.

## 2.2 CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS ET AFFILIATION À UN MÉDECIN DE FAMILLE

Les tableaux 3 à 7 présentent l'affiliation au médecin en fonction de différentes caractéristiques des Montréalais.

On note que la proportion de femmes dont le type d'affiliation correspond à l'inscription et au fait d'avoir eu deux examens complets majeurs au cours des deux années à l'étude est supérieure à celle des hommes (tableau 3). Par ailleurs, la proportion d'hommes considérés affiliés par le biais de la concentration des visites (incluant le fait de n'avoir effectué qu'une seule visite) est plus élevée que celle des femmes. On note aussi que les hommes sont proportionnellement plus nombreux à ne pas être affiliés à un médecin de famille selon notre algorithme.

**Tableau 3 Affiliation à un médecin de famille selon le sexe. Montréalais de 20 ans et plus, 2008-09/2009-10 (N = 1 248 249)**

Catégorie d'affiliation (sur 2 ans)	Ensemble des Montréalais	Femmes	Hommes
	(N = 1 248 249) %	(N = 687 680) %	(N = 560 569) %
Inscription GMF ≥ 18 mois	7,2	8,0	6,2
Inscription vulnérable ≥ 18 mois (sans inscription GMF)	16,2	17,7	14,4
2 ECM par le même MD (sans inscription)	5,3	6,2	4,2
1 seul ECM avec UPC ≥ 75 % au MD ECM (sans inscription)	8,1	7,9	8,3
1 seul ECM sans UPC ≥ 75 % au MD ECM (sans inscription)	8,0	9,2	6,5
UPC ≥ 75 % (≥ 2 visites, sans inscription ni ECM)	12,7	12,3	13,2
1 seule visite à un omni en cabinet (sans inscription ni ECM)	10,5	8,4	13,2
Non affilié	31,9	30,3	33,9
<b>Total</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

Au regard de l'âge (tableau 4), l'affiliation liée à l'inscription vulnérable est proportionnellement plus importante chez les personnes de 60 ans ou plus, alors que celle liée au fait d'avoir eu deux examens complets majeurs concerne davantage les personnes de 45 à 74 ans. La proportion la plus élevée de personnes n'ayant effectué qu'une seule visite et de personnes non affiliées se retrouve chez les 20 à 44 ans.

**Tableau 4 Affiliation à un médecin de famille selon l'âge. Montréalais de 20 ans ou plus, 2008-09/2009-10 (N = 1 248 249)**

Catégorie d'affiliation (sur 2 ans)	Ensemble des Montréalais	Groupe d'âge			
		20-44 ans	45-59 ans	60-74 ans	75 ans ou +
	(N = 1 248 249)	(N = 547 257)	(N = 343 368)	(N = 225 610)	(N = 132 014)
	%	%	%	%	%
<b>Inscription GMF ≥ 18 mois</b>	7,2	6,3	8,1	7,9	7,7
<b>Inscription vulnérable ≥ 18 mois (sans inscription GMF)</b>	16,2	2,9	9,5	26,7	71,2
<b>2 ECM auprès du même MD (sans inscription)</b>	5,3	3,7	7,7	8,0	0,7
<b>1 seul ECM avec UPC ≥ 75 % au MD ECM (sans inscription)</b>	8,1	7,7	10,7	8,8	1,6
<b>1 seul ECM sans UPC ≥ 75 % au MD ECM (sans inscription)</b>	8,0	10,1	8,9	5,7	1,1
<b>UPC ≥ 75 % (≥ 2 visites, sans inscription ni ECM)</b>	12,7	11,1	15,6	16,6	5,2
<b>1 seule visite à un omni en cabinet (sans inscription ni ECM)</b>	10,5	15,8	9,0	5,0	2,4
<b>Non affilié</b>	31,9	42,5	30,4	21,3	10,1
<b>Total</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Les personnes plus favorisées au plan matériel (Q1 et Q2) ont davantage tendance que les autres à être affiliées à un médecin de famille en fonction du critère examen complet majeur, sans inscription (tableau 5). Par rapport aux autres, les personnes dont le niveau de défavorisation est plus important (Q5) sont proportionnellement plus souvent non affiliées à un médecin.

**Tableau 5 Affiliation à un médecin de famille selon le niveau de défavorisation. Montréalais de 20 ans ou plus, 2008-09/2009-10 (N = 1 235 793)**

Catégorie d'affiliation (sur 2 ans)	Ensemble des Montréalais (N = 1 235 793) <sup>†</sup>	Quintile de défavorisation matérielle*				
		1 (- défavorisés) (N = 258 496)	2 (N = 234 706)	3 (N = 239 710)	4 (N = 256 198)	5 (+ défavorisés) (N = 246 683)
		%	%	%	%	%
Inscription GMF ≥ 18 mois	7,2	7,8	7,7	7,4	6,9	6,4
Inscription vulnérable ≥ 18 mois (sans inscription GMF)	16,1	15,6	16,0	16,6	16,8	15,5
2 ECM par le même MD (sans inscription)	5,3	8,0	6,3	5,0	4,1	2,9
1 seul ECM avec UPC ≥ 75 % au MD ECM (sans inscription)	8,1	11,3	9,0	7,8	6,6	5,6
1 seul ECM sans UPC ≥ 75 % au MD ECM (sans inscription)	8,0	8,8	8,8	8,1	7,6	6,9
UPC ≥ 75 % (≥ 2 visites, sans inscription ni ECM)	12,7	9,5	11,7	13,1	14,4	15,1
1 seule visite à un omni en cabinet (sans inscription ni ECM)	10,6	10,2	10,6	10,6	10,5	11,0
Non affilié	32,0	28,8	30,0	31,4	33,1	36,6
<b>Total</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

<sup>†</sup> Les utilisateurs de services pour lesquels le niveau de défavorisation n'a pas été identifié sont exclus de cette distribution.

\* Les quintiles de défavorisation matérielle (Pampalon R., INSPQ) sont calculés ici sur une base montréalaise.

Par rapport aux autres, les patients dont le niveau de morbidité est élevé sont proportionnellement plus souvent affiliés à un médecin via l'inscription (en particulier l'inscription vulnérable), alors que les patients dont le niveau de morbidité est faible sont proportionnellement plus nombreux à n'avoir effectué qu'une seule visite ou à être non affiliés selon nos critères (tableau 6). À noter toutefois que 25,5 % des utilisateurs avec un RUB élevé ne sont pas affiliés au cours de la période à l'étude.

**Tableau 6 Affiliation à un médecin de famille selon le niveau de morbidité. Montréalais de 20 ans ou plus, 2008-09/2009-10 (N = 1 086 798)**

Catégorie d'affiliation (sur 2 ans)	Ensemble des Montréalais	Niveau de morbidité*		
		Faible	Modéré	Élevé
	(N = 1 086 798) <sup>†</sup>	(N = 461 851)	(N = 513 623)	(N = 111 324)
	%	%	%	%
Inscription GMF ≥ 18 mois	7,4	6,8	7,8	8,0
Inscription vulnérable ≥ 18 mois (sans inscription GMF)	18,0	7,4	23,5	36,9
2 ECM par le même MD (sans inscription)	6,0	6,1	6,6	2,9
1 seul ECM avec UPC ≥ 75 % au MD ECM (sans inscription)	8,0	9,5	7,4	4,4
1 seul ECM sans UPC ≥ 75 % au MD ECM (sans inscription)	8,7	8,8	9,1	6,2
UPC ≥ 75 % (≥ 2 visites, sans inscription ni ECM)	13,1	13,0	13,6	11,0
1 seule visite à un omni en cabinet (sans inscription ni ECM)	8,1	13,0	4,5	4,9
Non affilié	30,7	35,6	27,5	25,7
<b>Total</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

<sup>†</sup> Les utilisateurs de services pour lesquels le niveau de morbidité n'a pas été identifié sont exclus de cette distribution.

\* Le niveau de morbidité est défini par le RUB (*Resource Utilization Band*) de l'ACG Case-Mix System, définissant 5 catégories de morbidité pour lesquelles l'utilisation des services de santé attendue est similaire (1 : usagers en santé; 2 : utilisation des services de santé attendue faible; 3 : utilisation des services de santé attendue modérée; 4 : utilisation des services de santé attendue élevée; 5 : utilisation des services de santé attendue très élevée). Les catégories 1 et 2 correspondent à un niveau de morbidité faible, la catégorie 3 à un niveau modéré et les catégories 4 et 5 à un niveau élevé.

Les patients atteints de certaines maladies chroniques sont proportionnellement moins nombreux à ne pas être affiliés à un médecin de famille (tableau 7). Chez ces patients, l'affiliation définie par l'inscription vulnérable est proportionnellement plus fréquente que dans la population générale. Cette proportion est légèrement plus faible chez les patients atteints d'hypertension artérielle (HTA), ce qui est vraisemblablement lié au fait que l'HTA seule ne constitue pas un critère d'inscription de vulnérabilité. Proportionnellement, l'affiliation liée à l'exposition à l'examen complet majeur est plus fréquente chez les patients atteints d'HTA que chez ceux atteints de diabète, MPOC ou insuffisance cardiaque.

**Tableau 7 Affiliation à un médecin de famille selon certaines maladies chroniques chez les Montréalais, 2008-09/2009-10 (N = 1 248 249)**

Catégorie d'affiliation (sur 2 ans)	Ensemble des Montréalais	Maladie chronique <sup>†</sup>			
		Diabète	HTA	Insuffisance cardiaque	MPOC
	(N = 1 248 249) %	(N = 116 657) %	(N = 290 696) %	(N = 23 302) %	(N = 70 682) %
<b>Inscription GMF ≥ 18 mois</b>	7,2	8,1	7,9	8,3	8,6
<b>Inscription vulnérable ≥ 18 mois (sans inscription GMF)</b>	16,2	48,4	41,6	58,7	48,3
<b>2 ECM par le même MD (sans inscription)</b>	5,3	2,8	5,7	1,4	3,2
<b>1 seul ECM avec UPC ≥ 75 % au MD ECM (sans inscription)</b>	8,1	4,5	6,5	2,6	4,0
<b>1 seul ECM sans UPC ≥ 75 % au MD ECM (sans inscription)</b>	8,0	3,6	4,8	1,9	4,1
<b>UPC ≥ 75 % (≥ 2 visites, sans inscription ni ECM)</b>	12,7	11,8	13,9	7,7	11,1
<b>1 seule visite à un omni en cabinet (sans inscription ni ECM)</b>	10,5	3,4	3,0	3,4	3,4
<b>Non affilié</b>	31,9	17,5	16,7	16,2	17,4
<b>Total</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

<sup>†</sup> L'identification des cas de maladies chroniques dans les BDA a été effectuée à l'aide des algorithmes utilisés dans les travaux de l'INSPQ et de l'ESPSS portant sur ces maladies. À noter qu'un patient peut se retrouver dans plus d'une catégorie s'il est atteint de plus d'une maladie chronique. Les algorithmes s'appliquent selon les âges suivants : 20 ans et plus pour le diabète et l'HTA, 35 ans et plus pour la MPOC et 40 ans et plus pour l'insuffisance cardiaque.

## 3 DISCUSSION

### 3.1 CONSTRUCTION DE LA VARIABLE D’AFFILIATION À UN MÉDECIN DE FAMILLE

L’utilisation de divers critères susceptibles de témoigner d’une affiliation à un médecin de famille accroît la sensibilité d’une mesure d’affiliation qui serait basée sur la seule inscription ou sur la seule concentration des visites à un médecin. Ainsi, pour les deux années considérées dans ce rapport, l’inscription (GMF ou vulnérable) permet, à elle seule, d’identifier une affiliation chez 23,4 % des adultes montréalais. Par ailleurs, la mesure de la concentration des visites permet à elle seule d’identifier 35,7 % des patients comme affiliés à un médecin de famille à l’aide d’un indice UPC de 75 % ou plus calculé pour l’ensemble des patients ayant effectué au moins deux visites à un médecin omnipraticien en cabinet en deux ans, et jusqu’à 49,8 % en combinant les patients ayant un  $UPC \geq 75$  % et ceux qui n’ont effectué qu’une seule visite (données non présentées).

La combinaison de l’inscription et de la concentration des visites permet d’identifier un peu plus de patients comme affiliés à un médecin de famille que chacune des modalités considérées séparément, soit 58,5 % des patients (données non présentées). La proportion relativement importante de patients inscrits ayant une concentration élevée de leurs visites au même médecin explique que la proportion de patients à qui la combinaison des deux modalités permet d’attribuer une affiliation ne soit pas plus élevée.

Par ailleurs, l’utilisation de l’examen complet majeur (au moins un en deux ans) comme indicateur de l’affiliation à un médecin de famille permet à elle seule d’identifier 31,0 % des patients comme affiliés à un médecin de famille, alors que l’utilisation combinée de l’inscription et de l’examen complet majeur permet d’en identifier 44,8 %. L’ajout de l’examen complet majeur à la mesure de l’affiliation combinant inscription et concentration des visites (incluant à la fois les patients ayant un  $UPC \geq 75$  % et ceux qui n’ont effectué qu’une seule visite) permet « d’attribuer un médecin de famille » à un 11,8 % de patients supplémentaires, soit aux patients non inscrits et n’ayant pas un indice UPC de 75 % ou plus, mais ayant eu au moins un examen complet majeur au cours des deux années à l’étude (données non présentées).

La validation parfaite de l’identification du médecin de famille à l’aide des BDA nécessiterait le jumelage de données d’enquête auprès des patients aux données des BDA de ces mêmes patients. Les données dont nous disposons actuellement dans nos travaux ne nous permettent pas d’effectuer cette validation. Néanmoins, bien que la variable que nous avons créée ne nous assure pas que le médecin auquel le patient est affilié selon notre algorithme soit effectivement celui qu’il considère comme son « médecin de famille », elle représente un « proxy » intéressant du phénomène d’affiliation mesurable à partir des BDA. De plus, la création d’une variable d’affiliation incluant différentes catégories ou différents types d’affiliation permet une analyse plus nuancée et plus fine du phénomène d’affiliation lui-même, tant en ce qui concerne les caractéristiques des patients en fonction des différentes catégories d’affiliation, qu’en ce qui a trait à l’impact de différentes « modalités d’affiliation » sur différents « outcomes ».

### 3.2 AFFILIATION À UN MÉDECIN DE FAMILLE : DONNÉES DESCRIPTIVES

Au cours de la période étudiée, 68,1 % des adultes de 20 ans ou plus étaient affiliés à un médecin omnipraticien, selon les critères définissant notre variable d'affiliation. En 2009-2010, l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) réalisée par Statistique Canada indiquait que 67,1 % des Montréalais de 20 ans ou plus déclaraient avoir un médecin de famille, alors que les données de l'enquête populationnelle réalisée en 2010 dans le cadre du projet *L'évolution de l'organisation et de la performance des services de première ligne (2005-2010) dans deux régions du Québec : Montréal et Montérégie* (Levesque *et al.*, 2010) indiquaient que 70,7 % des Montréalais de 18 ans ou plus déclaraient avoir un médecin de famille. L'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins* (EQES) réalisée par l'ISQ en 2010-2011 faisait état de 68,8 % des Montréalais de 15 ans et plus déclarant avoir un médecin de famille. À noter que dans l'enquête de l'ISQ, une sous-question permettait de préciser que le médecin considéré par le patient comme étant son « médecin de famille » était un médecin omnipraticien dans 63,0 % des cas et un médecin spécialiste dans 5,9 % des cas.

Pour la période à l'étude (2008-2010), l'analyse de notre variable d'affiliation montre que la répartition de la population montréalaise était sensiblement comparable au regard des grandes catégories d'affiliation, soit l'affiliation liée à l'inscription (GMF ou comme patient vulnérable), l'affiliation liée au fait d'avoir eu au moins un examen complet majeur sur deux ans sans inscription et l'affiliation définie par la concentration des visites sans inscription ni examen complet majeur (incluant les patients n'ayant effectué qu'une seule visite), ces trois grandes catégories représentant respectivement 23,5 %, 21,4 % et 23,2 % de la population. Si l'on considère les catégories plus fines d'affiliation, on note que l'inscription comme patient vulnérable sans inscription GMF constitue la modalité la plus fréquente, suivie de l'affiliation définie par un UPC élevé sans inscription ni examen complet majeur. La mise en place progressive de nouveaux GMF de même que l'introduction d'une mesure d'inscription générale de la clientèle en 2010 contribuera à accroître l'affiliation liée à l'inscription; ce dernier type d'inscription devra d'ailleurs entrer éventuellement dans l'algorithme de définition de l'affiliation mesurable dans les BDA.

Au regard des caractéristiques des patients, on note que généralement l'affiliation définie par le fait d'avoir eu au moins un examen complet majeur sur deux ans, sans inscription, est proportionnellement plus importante chez les femmes, ce qui reflète probablement un profil de consultation associé à la réalisation d'interventions préventives, telles qu'un examen gynécologique périodique. Par ailleurs, nos données indiquent que l'inscription des patients vulnérables est nettement plus fréquente chez les patients plus âgés; à cet égard, il faut rappeler qu'avoir 70 ans ou plus constitue une des conditions admissibles pour l'inscription de vulnérabilité. En ce qui a trait à l'âge, on constate que les patients plus jeunes sont proportionnellement plus nombreux que les autres à n'avoir eu qu'une seule visite à un médecin omnipraticien en cabinet sur deux ans, sans inscription ni examen complet majeur, ce qui peut suggérer des besoins de services moins grands. À l'opposé, les patients atteints de certaines maladies chroniques ou dont le niveau de morbidité est plus important sont proportionnellement moins nombreux à n'avoir effectué qu'une seule visite auprès d'un omnipraticien en cabinet ou à ne pas être affilié à un médecin de famille au cours de la période à l'étude. Ces patients sont par contre davantage inscrits en tant que patients vulnérables, que leur maladie chronique corresponde ou non à une des conditions admissibles pour l'inscription de vulnérabilité. Malgré que les patients avec un RUB élevé soient moins nombreux à être non affiliés, le quart d'entre eux le sont néanmoins au cours de la période à l'étude; bien que ce résultat puisse être le reflet d'un suivi effectué par un ou des médecins

spécialistes plutôt que par un médecin omnipraticien, il demeure préoccupant que ces patients ne soient affiliés à aucun médecin omnipraticien.

Enfin, au regard de la défavorisation, on ne remarque pas de différence d'affiliation liée à l'inscription en fonction du niveau de défavorisation matérielle. On constate toutefois que l'affiliation définie par le fait d'avoir eu au moins un examen complet majeur sur deux ans sans inscription est davantage associée à un niveau moindre de défavorisation, alors que l'affiliation définie par la concentration des visites sans inscription est associée à un niveau plus élevé de défavorisation, ce qui peut suggérer un profil de consultation davantage en lien avec des consultations pour des problèmes ponctuels ou pour le suivi d'une maladie chronique et possiblement moins axé sur des interventions préventives. Il faut signaler que la proportion de patients non affiliés augmente avec le niveau de défavorisation matérielle.

### **3.3 « IDENTIFICATION » DU MÉDECIN DE FAMILLE**

L'algorithme présenté dans les pages qui précèdent permet de classer les patients en fonction de leur type d'affiliation à un médecin omnipraticien. Cette démarche permet aussi « d'identifier » le médecin auquel le patient est « affilié » en fonction du critère d'affiliation correspondant. En fait, la procédure nous permet de relier dans les BDA l'identifiant encrypté du patient à l'identifiant encrypté du médecin auquel le patient est « affilié ». Cette « identification » du médecin revêt un grand intérêt dans nos analyses car elle permet d'attribuer à chaque médecin une « patientèle » qui lui est affiliée, permettant ainsi de réaliser des analyses sous l'angle de la production des services par les médecins. De plus, le jumelage éventuel des données des BDA avec les données sur les types de cliniques issues des projets « L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec » (Pineault *et al.*, 2008) et « L'évolution de l'organisation et de la performance des services de première ligne (2005-2010) dans deux régions du Québec : Montréal et Montérégie » (Levesque *et al.*, 2010) pourra permettre d'analyser l'impact de l'affiliation à un médecin de famille sur différents « outcomes » en fonction du type de clinique de 1<sup>re</sup> ligne auquel le patient est « affilié » via son « médecin de famille ».



## RÉFÉRENCES

Breslau N, Reeb KG. Continuity of care in a university-based practice. *J Med Educ.* 1975 Oct;50(10):965-9.

Institut de la statistique du Québec. Enquête québécoise sur l'expérience de soins (EQES) 2010-2011. Le médecin de famille et l'endroit habituel de soins : regard sur l'expérience vécue par les Québécois. Volume 2. Mars 2013, 75 pages.

Levesque J F, Pineault R, Provost S, Tousignant P, Couture A, Borgès Da Silva R, & Breton M. Assessing the evolution of primary healthcare organizations and their performance (2005-2010) in two regions of Québec province: Montréal and Montérégie. *BMC Family Practice* 2010; 11(95); 1471-2296.

Pineault R, Levesque J-F, Roberge D, Hamel M, Lamarche P, Haggerty J. L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la 1<sup>re</sup> ligne au Québec [rapport de recherche]. Montréal (Qc) : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec, mai 2008, 86 pages.

Reid, R, J. Haggerty et R. McKendry, Dissiper la confusion : Concepts et mesures de la continuité des soins, FCRSS, mars 2002.

RAMQ. Renseignements sur les groupes de médecine de famille. Octobre 2004.  
[http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/form\\_pro/pdf/4095.pdf](http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/form_pro/pdf/4095.pdf)

RAMQ. Formulaire d'inscription auprès d'un médecin de famille.  
<http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/formulaires/4096.pdf>

RAMQ. Forfait de prise en charge et de suivi du patient GMF (08875).  
<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-omnipraticiens/facturation/groupe-medecine-familiale/pages/prise-charge-suivi.aspx>

RAMQ. Facturation et paiement des différents forfaits des E.P. GMF et Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle.  
<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-omnipraticiens/facturation/inscription-clientele/Pages/facturation-paiement.aspx>

RAMQ. Inscription d'un patient par son médecin.  
<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-omnipraticiens/facturation/inscription-clientele/pages/comment-inscrire-patient.aspx>

RAMQ. Brochure no 1 - Omnipraticiens EP - MÉDECINE FAMILLE / PRISE EN CHARGE / SUIVI DE LA CLIENTÈLE, p. 1043 à 1088.  
[http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/104-brochure-1-omnipraticiens/000\\_complet\\_entente\\_omni.pdf](http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/104-brochure-1-omnipraticiens/000_complet_entente_omni.pdf)



**ANNEXE 1**

**L'EXAMEN COMPLET MAJEUR**



## L'EXAMEN COMPLET MAJEUR

Dans le manuel de facturation des omnipraticiens, la RAMQ décrit l'examen complet majeur dans les termes suivants :

L'examen complet majeur comporte les éléments suivants :

1. Le questionnaire portant sur : a) les antécédents familiaux du patient; b) les antécédents personnels du patient; c) la raison médicale du recours au médecin; d) le fonctionnement des ensembles et systèmes suivants : nez, gorge, oreilles; yeux; système digestif; système cardio-vasculaire; système respiratoire; système génito-urinaire; système nerveux; appareil locomoteur; système endocrinien.
2. L'examen clinique des régions suivantes : peau et phanères; ganglions; tête; cou; thorax; abdomen; organes génitaux, sauf contre-indication; colonne et extrémités.
3. Les recommandations au patient.
4. La consignation au dossier des données significatives que le médecin juge pertinentes.

À l'égard d'un patient, un médecin ne peut facturer cet examen plus d'une fois par année civile en cabinet ou en GMF. Cette limitation ne s'applique pas à la facturation de l'examen effectué au bénéfice du malade admis (ou en clinique externe). La durée de cet examen est en général de 45 minutes.

Les codes d'acte pour la facturation de l'examen complet majeur en cabinet sont présentés dans le tableau suivant.

<b>Codes d'acte RAMQ pour l'examen complet majeur en cabinet / GMF</b>	
<b>Cabinet / GMF</b>	<b>Codes</b>
Patient de moins de 60 ans	8872
Patient de 60 à 69 ans	0021
Patient de 70 à 79 ans	9036
Patient de 80 ans et plus	9040

Sources : <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-omnipraticiens/manuels/Pages/facturation.aspx>  
[http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/100-facturation-omnipraticiens/000\\_complet\\_acte\\_omni.pdf](http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/100-facturation-omnipraticiens/000_complet_acte_omni.pdf)



## **ANNEXE 2**

### **DIFFÉRENTES COMPOSANTES DE L’AFFILIATION UTILISÉES DANS L’ALGORITHME**



**Prévalence détaillée des différentes composantes de l'affiliation utilisées dans l'algorithme dans chacune des catégories de la variable d'affiliation. Montréalais de 20 ans ou plus, 2008-09/2009-10 (N = 1 248 249)**

Composantes de l'affiliation	Inscription GMF ≥ 18 mois	Inscription vulnérable ≥ 18 mois (sans inscription GMF)	2 ECM par le même MD (sans inscription)	1 seul ECM avec UPC ≥ 75 % au MD ECM (sans inscription)	1 seul ECM sans UPC ≥ 75 % au MD ECM (sans inscription)	UPC ≥ 75 % (≥ 2 visites, sans inscription ni ECM)	1 seule visite à un omni en cabinet (sans inscription ni ECM)	Non affilié
	N = 90 264	N = 202 335	N = 65 732	N = 100 862	N = 100 051	N = 158 758	N = 131 640	N = 398 607
	%	%	%	%	%	%	%	%
Inscription GMF (≥ 18 mois) - MD identifié	100							
Inscription Vulnérable (≥ 18 mois) - MD identifié	34,8	100						
Inscription GMF (≥ 18 mois) - MD inconnu		0,3	0,1	0,2	0,3	0,3	0,7	0,9
Inscription Vulnérable (≥ 18 mois) - MD inconnu			0,4	0,4	0,5	0,5	0,4	0,6
Sans ECM sur 2 ans	58,1	57,5				99,1	100	97,0
1 ECM sur 2ans	25,7	23,6		100	100			
2 ECM sur 2ans	14,9	17,6	100					
Multiples ECM sur 2ans	1,3	1,3				0,9		3,1
UPC ≥ 75 % sur 2 ans	39,4	64,8	65,5	72,1	3,8	100		
UPC 51-74 % sur 2 ans	11,2	11,6	13,6		28,0			15,4
UPC ≤ 50 % sur 2 ans	39,5	19,8	20,9		68,2			84,6
1 seule visite en cabinet sur 2 ans	9,9	3,8		27,9			100	

