



Titre du projet :

Évaluation des Groupes de Médecine de Famille (GMF)

Chercheurs(res) :

L. Trahan, M. Demers, R. Geneau, H. Guay, M. Bowen, J. Tremblay

Objectif(s) du projet :

Le cadre d'évaluation est bâti autour de deux axes : 1) une évaluation du processus d'implantation du modèle GMF et 2) une évaluation des impacts du modèle GMF. À travers ces deux axes, nous poursuivons les objectifs suivants :

Axe 1) Évaluation du processus d'implantation :

- Décrire le rythme et les modalités d'implantation du modèle GMF ;
- Identifier les facteurs, acteurs ou circonstances facilitant/ contraignant le processus d'implantation du modèle GMF ;
- Supporter le processus d'implantation du modèle GMF.

Axe 2) Évaluation des impacts du modèle GMF :

- Mesurer l'impact sur l'accessibilité, la continuité, la coordination et la globalité des soins (profil de pratique et de clientèle avant/après, indicateurs avant/après sur l'accessibilité, la continuité, la coordination et la globalité) ;
- Déterminer l'impact sur la pratique et le degré de satisfaction professionnelle des médecins et infirmières GMF ;
- Mesurer l'impact sur la demande et l'offre de services dans les centres locaux de services communautaires (CLSC)

Hypothèses ou questions de recherche :

S.O.

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

Il faut distinguer, dans cette étude, les trois activités suivantes :

1- L'analyse des fichiers administratifs Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Cette activité est basée sur la clientèle de 13 des 21 premiers GMF (Demers, 2003) provenant de neuf régions sociosanitaires (02, 03, 04, 07, 09, 11, 14, 15, 16).

2- Une enquête par questionnaire a été réalisée auprès de patients de 10 GMF (provenant des régions suivantes : 01, 02, 03, 05, 06, 09, 11, 12, 14, 15) de même qu'auprès des tous les médecins et infirmières des 19 premiers GMF (toutes les régions sociosanitaires sont représentées sauf les régions 08, 10, 17 et 18).

3- Des entrevues semi-structurées ont été réalisées dans les régions 01, 02, 03, 09 et 14 dans le cadre d'une étude de cas ciblant sept GMF.

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

Notre cadre conceptuel s'inspire de l'analyse institutionnelle (Scott, 2003; Powell et DiMaggio, 1991). Nous reconnaissons que les variables de contexte liées à l'environnement sont importantes, multiples et qu'elles touchent non seulement les ressources matérielles et financières mais également le domaine des valeurs et des idéologies.

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

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

Dans le volet qualitatif, nous avons considéré la culture organisationnelle comme l'un des facteurs pouvant influencer le rythme et les modalités d'implantation du modèle GMF.

Structure organisationnelle

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

Plusieurs aspects de la gouverne sont abordés dans cette étude, notamment : l'influence de la loi 90 sur la collaboration médico-nursing dans les GMF, les effets de l'entente de rémunération GMF sur les pratiques des médecins et le rôle du MSSS et des Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ADRLSSSS) (DRMG, chargés de projet) dans l'implantation du modèle.

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

À travers les volets qualitatif et quantitatif, nous avons cherché à décrire le plus finement possible la pratique de groupe propre à chaque GMF avant et après l'implantation du modèle (ex: organisation du travail, partage des dossiers et de l'information).

Pour les GMF de type CLSC ou Unité de médecine familiale (UMF), nous avons porté une attention particulière aux dynamiques de fonctionnement dans l'établissement avant et après l'implantation du modèle.

Ressources

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

Pour les deux axes de l'évaluation, nous tenons compte des différentes ressources allouées aux GMF via le MSSS et les Agences : le prêt de service de deux infirmières de CLSC, l'allocation pour l'élargissement des locaux, les postes informatiques, le salaire pour l'embauche d'une adjointe administrative et d'une secrétaire et les ressources financières allouées pour l'achat d'équipements.

Le profil socioprofessionnel des médecins et des infirmières GMF et le leadership sont identifiés dans cette étude comme des "ressources" susceptibles d'influencer le rythme et les modalités d'implantation du modèle. Nous distinguons le leadership administratif (porteur du projet et représentant du GMF auprès du MSSS, Agence, etc.) du leadership clinique (porteur du projet mais qui s'applique également à influencer le travail clinique de ses collègues- ex: déléguer des tâches à l'infirmière).

Le profil des clientèles utilisant les services d'un GMF est également pris en compte.

2. Niveau (*quantité, répartition*)

Le degré d'exclusivité territoriale (selon que le territoire environnant est couvert ou non par d'autres ressources) est considéré comme un facteur pouvant influencer l'implantation du modèle.

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

Pratiques

1. Multidisciplinarité/interdisciplinarité

--

2. Processus de collaboration interprofessionnelle, interorganisationnelle

Description des tâches réalisées dans les GMF par les infirmières ainsi que des modalités d'intégration de leur travail avec celui des médecins généralistes.

3. Services offerts (*étendue, gamme*)

- Profil de pratique et de clientèle des médecins GMF avant et après l'implantation du modèle GMF.
--

- Description de l'étendue et de la gamme de services offerts par les GMF de la première vague.

- Perceptions des professionnels sur les modalités de l'entente de service (étendue, gamme) signée entre le GMF et l'ADRSSSS.

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

Entente de service entre le GMF et le CLSC (incluant info-santé) et entre le GMF et l'Agence.

Modalités de référence vers le CLSC et les autres ressources extérieures au GMF.
--

Effets

1. Profil d'utilisation

Recours à divers types de services (notamment les services d'urgence et les services d'Info-Santé)
--

2. Continuité, globalité, accessibilité, réactivité

Divers indicateurs (statistiques et données descriptives et changements perçus par les patients et les professionnels) permettant de mesurer, entre 2001 et 2005, l'impact des GMF sur l'accessibilité, la continuité, la coordination et la globalité des soins.

3. Santé

--

4. Autre

Satisfaction professionnelle des médecins et infirmières en GMF; satisfaction des clientèles.

Stratégie de recherche:

Analyse d'implantation du modèle: prise en compte de multiples variables de contexte allant des caractéristiques des individus (leadership, etc.), des organisations (cabinet privé/UMF/CLSC) et de l'environnement (dynamiques régionales d'offre et de demande de services).
--

Analyse des effets: étude avant/après portant sur les dimensions d'accessibilité, de continuité, de coordination et de globalité des soins.

Variables à l'étude :

- Les mesures décrivant l'accessibilité, la continuité, la coordination et la globalité des soins (variables dépendantes) seront analysées en fonction de variables telles que l'âge et l'état de santé (variables concomitantes). Chaque GMF sera comparé à lui-même (temps 0 et temps 1) et les différences observées (dimensions des soins) seront attribuées au modèle pris dans son ensemble (variables indépendantes).
--

- Dans le cadre de l'étude de cas (analyse d'implantation), la vision et la structure organisationnelle, la gouvernance et les ressources représentent les variables pouvant expliquer le rythme et les modalités d'implantation du modèle GMF. Nous avons donc choisi des cas
--

contrastants : cinq cabinets privés (deux à Québec et trois en région); un GMF CLSC (région) et un GMF UMF (Québec).

Type de devis

- L'analyse des impacts du modèle GMF est basée sur une étude avant/après composée des volets suivants: l'étude des fichiers de la RAMQ (deux temps de mesure : 2000/2001 et 2004/2005) et une enquête par questionnaire auprès des patients, des médecins et des infirmières (deux temps de mesure : printemps 2003 et automne 2004).
- L'analyse de l'implantation du modèle GMF est basée sur une étude de cas multiple (7) avec deux temps de mesure (2003/2004 et 2005/2006).

Échantillon (type d'échantillon, taille des effectifs)

- L'analyse des fichiers de la RAMQ est basée sur la clientèle de 13 des 21 premiers GMF (125 895 patients).
- Pour l'enquête auprès des patients, 939 répondants (environ 100 par GMF) ont complété le questionnaire au temps 0 (échantillonnage de convenance). L'enquête par questionnaire auprès des professionnels a permis de recueillir, au temps 0, des informations auprès de 167 médecins et de 36 infirmières. La taille des échantillons sera similaire pour le temps 1 (2004).
- Pour l'analyse d'implantation du modèle (sept GMF), nous avons rencontré 28 médecins, 14 infirmières, huit gestionnaires de CLSC et neuf gestionnaires des Agences (pour un total de 59 répondants). Ces répondants seront interrogés de nouveau en 2005.

Instruments de mesure, outils de collecte et sources de données

- Banque de données de la RAMQ
- Questionnaires (patients, médecins, infirmières, clinique/administratif)
- Entrevues semi-structurées
- Analyse documentaire
- Groupes de discussion avec des patients GMF

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

Nous procéderons selon une logique de triangulation en intégrant l'étude des fichiers de la RAMQ, l'analyse des questionnaires (distribution de fréquences, ANOVA) et l'analyse des données qualitatives (documentaire, entrevues semi-structurées, groupes de discussion)

Période de temps sur laquelle porte l'étude :

- L'analyse des profils de pratique et de clientèle (RAMQ) est basée sur l'année financière 2000/2001. La deuxième mesure ciblera l'année financière 2004-2005.
- L'enquête par questionnaire (patients, médecins, infirmières) a été réalisée en 2003 et sera répétée en 2004 (automne).
- Les entrevues ont été réalisées entre novembre 2003 et juin 2004. Une deuxième vague d'entrevues auprès des mêmes médecins aura lieu en 2005-2006.
- Les groupes de discussion sont prévus pour 2004-2005.

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

(Note: nous présentons ici quelques résultats préliminaires mais les travaux de collecte de données et d'analyse pour certains volets sont toujours en cours et ne seront complétés qu'en 2005/2006).

- Profil de pratique et de clientèle des premiers GMF (temps de mesure: 2000/2001): Une grande homogénéité se dégage des diagnostics les plus souvent rencontrés d'un GMF à l'autre. Les quatre diagnostics communs à tous les groupes représentent 20% de l'ensemble des visites au cours de l'année alors qu'au total, 23 diagnostics sont associés à la moitié des visites (Demers, 2003). Plus de la moitié des GMF se concentrent dans des milieux défavorisés et sont donc susceptibles de faire bénéficier de leurs services une clientèle dont les besoins sont en général plus criants (Demers, 2002).

Analyse d'implantation:

- Beaucoup de variations en ce qui concerne le rythme et les modalités d'implantation du modèle, notamment en raison de différentes variables de contexte liées à l'environnement (mission du GMF sur le territoire) et du leadership des individus en place (médecins, chargés de projet régionaux, etc.).
- La collaboration médico-nursing est en construction mais demeure fragile dans plusieurs GMF. La nature de la tâche infirmière varie beaucoup d'un GMF à l'autre et peut actuellement être représentée par les trois scénarios suivants : 1- tâches prioritairement axées sur le processus de pré-entrevue/triage ("sans rendez-vous"); 2- tâches mixtes (soutien au "sans rendez-vous"/"rendez-vous", présence de rendez-vous infirmiers) et 3- tâches prioritairement axées sur le suivi des clientèles (peu ou pas de soutien au "sans rendez-vous"). Dans certains GMF, les médecins privilégient le premier scénario (volume important au "sans rendez-vous") alors que les infirmières souhaitent s'impliquer davantage dans les activités de suivi.
- Certains des GMF de la première vague éprouvent des difficultés à gérer le phénomène des inscriptions, notamment à savoir si les patients "inscrits" devraient recevoir un panier de services plus complet (ex: sans rendez-vous "dédié") que les patients "non inscrits".

Analyse des effets du modèle (résultats préliminaires):

- Les médecins et les infirmières rencontrés dans le cadre de l'étude de cas dressent, dans l'ensemble, un bilan positif de leur première année d'opération en mode GMF. L'arrivée des infirmières a permis une gestion plus efficace des imprévus (cas urgents et non urgents) en plus d'ajouter/bonifier la dimension psychosociale dans l'offre de services aux patients. Dans certains GMF, les infirmières et les médecins ont collaboré au développement de programmes de suivi systématique (ex: anticoagulothérapie). L'implication des infirmières dans ces programmes donne aux médecins une plus grande marge de manœuvre dans la gestion de leur temps au quotidien.

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

	Peu	Moyennement	Énormément	S.O.*
Validité interne : jusqu'à quel point êtes-vous sûr de la force de la relation entre vos variables en vous fondant notamment sur :				
• Le devis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La taille de l'échantillon (<i>puissance statistique</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'analyse de l'intervention (<i>logique/théorie de l'intervention</i>)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'analyse de l'implantation (<i>synergie, antagonisme avec éléments du contexte</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Validité externe : jusqu'à quel point vos résultats sont-ils généralisables à d'autres contextes en vous fondant notamment sur :				
• La taille de la population de référence, diversité des cas étudiés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'inférence statistique (<i>inférence de l'échantillon à la population échantillonnée</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'analyse d'implantation (<i>jusqu'à quel point les conditions d'implantation peuvent se retrouver dans un autre contexte/répliquabilité</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'analyse de l'intervention (<i>inférence théorique découlant du fait que l'intervention étudiée est basée sur une théorie de l'intervention explicite qui peut s'appliquer dans un autre contexte</i>)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Applicabilité : jusqu'à quel point vos résultats peuvent-ils être utilisés par les décideurs compte tenu de ce que vous savez des contraintes ou barrières ou des éléments facilitant leur application :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décrivez les éléments contraignants : GMF de la première vague ne sont peut-être pas représentatifs des GMF accrédités en 2003/2004.				
Décrivez les éléments facilitants : Processus de triangulation permet d'accroître la validité des résultats.				

*S. O. : Sans objet

Sources de financement :

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

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

- Pour l'étude des fichiers RAMQ sur les profils de pratique et de clientèle : publication du MSSS (Demers, 2003).
- Les résultats de l'enquête patient ont été transmis aux médecins des GMF qui ont participé à ce volet de l'étude.
- Dans le cadre de l'analyse d'implantation, nous retournons dans les sept GMF pour présenter une synthèse des informations recueillies et valider les résultats de nos analyses. Production d'un rapport de recherche pour chaque cas et d'un rapport final présentant une analyse transversale des résultats ainsi que des recommandations sur l'avenir du modèle.

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

DÉCIDEURS CIBLÉS (administratifs, cliniques)	RETOMBÉES
Gestionnaires des politiques et programmes (MSSS, Agences régionales)	Intrants importants pour la formulation de recommandations sur la transformation et l'avenir du modèle GMF.
Gestionnaires des organisations (CH, CLSC, GMF, CMA, etc.)	- Sensibilisation au degré d'implantation des GMF et aux facteurs facilitants/contrainants. - Sensibilisation aux attentes et motivations des professionnels et de la clientèle de manière à apporter les ajustements nécessaires.

Associations / ordres professionnels	Les résultats de l'enquête par questionnaire et de l'analyse des données qualitatives permettront à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) d'obtenir le point de vue de leurs membres sur le modèle GMF et son impact sur leurs pratiques et leur niveau de satisfaction professionnelle.
Groupes communautaires	S.O.

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

L'une des forces de ce projet d'évaluation des GMF est d'évaluer le modèle dans son ensemble par le biais de plusieurs sources de données (fichiers administratifs, enquêtes par questionnaires, entrevues semi-dirigées et groupes de discussion). La Direction de l'Évaluation maintient également des liens avec d'autres projets d'évaluation en cours, notamment avec celui de Beaulieu et al. portant plus spécifiquement sur la collaboration interprofessionnelle. L'adoption d'une approche holistique et la collaboration entre différentes équipes de recherche sont deux stratégies qui nous apparaissent primordiales pour mieux cerner les modalités d'implantation du modèle GMF et ses impacts sur l'offre de services.

Principaux mots-clés :

Groupe de Médecine de Famille, évaluation d'implantation, évaluation d'impact