

Université de Montréal

**Le rôle de l'évaluation économique dans la pratique des  
médecins de famille**  
*(The role of economic evaluation in the practice of family  
physicians)*

par

Chantale Lessard

Département d'administration de la santé, École de santé publique  
Faculté de Médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)  
en santé publique  
option Organisation des soins de santé

Décembre 2011

© Chantale Lessard, 2011



Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Le rôle de l'évaluation économique dans la pratique des médecins de famille  
*(The role of economic evaluation in the practice of family physicians)*

présentée par :  
Chantale Lessard

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Dr Raynald Pineault, président-rapporteur  
Pr André-Pierre Contandriopoulos, directeur de recherche  
Dre Marie-Dominique Beaulieu, codirectrice de recherche  
Pr Nicole Leduc, membre du jury  
Pr Jean-Éric Tarride, examinateur externe  
Dr Jean Pelletier, représentant du doyen de la FES



## Résumé

L'évaluation économique en santé consiste en l'analyse comparative d'alternatives de services en regard à la fois de leurs coûts et de leurs conséquences. Elle est un outil d'aide à la décision. La grande majorité des décisions concernant l'allocation des ressources sont prises en clinique; particulièrement au niveau des soins primaires. Puisque chaque décision est associée à un coût d'opportunité, la non-prise en compte des considérations économiques dans les pratiques des médecins de famille peut avoir un impact important sur l'efficacité du système de santé. Il existe peu de connaissances quant à l'influence des évaluations économiques sur la pratique clinique. L'objet de la thèse est de comprendre le rôle de l'évaluation économique dans la pratique des médecins de famille. Ses contributions font l'objet de quatre articles originaux (philosophique, théorique, méthodologique et empirique).

L'article philosophique suggère l'importance des questions de complexité et de réflexivité en évaluation économique. La complexité est la perspective philosophique, (approche générale épistémologique) qui sous-tend la thèse. Cette vision du monde met l'attention sur l'explication et la compréhension et sur les relations et les interactions (causalité interactive). Cet accent sur le contexte et le processus de production des données souligne l'importance de la réflexivité dans le processus de recherche.

L'article théorique développe une conception nouvelle et différente du problème de recherche. L'originalité de la thèse réside également dans son approche qui s'appuie sur la perspective de la théorie sociologique de Pierre Bourdieu; une approche théorique cohérente avec la complexité. Opposé aux modèles individualistes de l'action rationnelle, Bourdieu préconise une approche sociologique qui s'inscrit dans la recherche d'une compréhension plus complète et plus complexe des phénomènes sociaux en mettant en lumière les influences souvent implicites qui viennent chaque jour exercer des pressions sur les individus et leurs pratiques.

L'article méthodologique présente le protocole d'une étude qualitative de cas multiples avec niveaux d'analyse imbriqués : les médecins de famille (niveau micro-individuel) et le champ de la médecine familiale (niveau macro-structurel). Huit études de cas furent réalisées avec le

médecin de famille comme unité principale d'analyse. Pour le niveau micro, la collecte des informations fut réalisée à l'aide d'entrevues de type histoire de vie, de documents et d'observation. Pour le niveau macro, la collecte des informations fut réalisée à l'aide de documents, et d'entrevues de type semi-structuré auprès de huit informateurs clés, de neuf organisations médicales. L'induction analytique fut utilisée.

L'article empirique présente l'ensemble des résultats empiriques de la thèse. Les résultats montrent une intégration croissante de concepts en économie dans le discours officiel des organisations de médecine familiale. Cependant, au niveau de la pratique, l'économisation de ce discours ne semble pas être une représentation fidèle de la réalité puisque la très grande majorité des participants n'incarnent pas ce discours. Les contributions incluent une compréhension approfondie des processus sociaux qui influencent les schèmes de perception, de pensée, d'appréciation et d'action des médecins de famille quant au rôle de l'évaluation économique dans la pratique clinique et la volonté des médecins de famille à contribuer à une allocation efficiente, équitable et légitime des ressources.

## **Mots-clés**

Économie de la santé, évaluation économique, allocation des ressources, complexité, réflexivité, médecins de famille, médecins omnipraticiens (ou médecins généralistes), pratique des médecins, théorie de la pratique de Pierre Bourdieu, médecine fondée sur les données probantes, application des connaissances.

## **Abstract**

Health economic evaluations are analytic techniques to assess the relative costs and consequences of health services. Their role is to inform the decision-making process. A vast amount of resource allocation decisions are undertaken at the clinical-encounter level; especially in primary care. Since every decision has an opportunity cost, ignoring economic information in family physicians' practices may have a broad impact on health care efficiency. There is little evidence on the influence of economic evaluation on clinical practice. The objective of the thesis is to understand the role of economic evaluation in family physicians' practices. Its contributions are presented in four original articles (philosophical, theoretical, methodological, and empirical).

The philosophical article suggests that complexity and reflexivity are two important issues for economic evaluation. Complexity thinking is the philosophical perspective (overarching epistemological approach) underpinning the thesis. This way of thinking focuses attention on explanation and understanding and gives particular emphasis to relations and interactions (interactive causality). This increased emphasis on the context and process of data production highlights the importance of reflexivity in the research process.

The theoretical article develops a new and different conceptualization of the research problem. The originality of the thesis also lay in the research problem being approached from the perspective of Pierre Bourdieu's sociological theory. Bourdieu's approach embraces complexity. Moving away from individualist, rational models of action, it can contribute to a more complete and complex understanding of social phenomena by revealing the structuring effects of social fields on the individual's dispositions and practices.

The methodological article presents the protocol of a qualitative embedded multiple-case study research. There were two embedded units of analysis: the family physicians (micro-individual level) and the field of family medicine (macro-structural level). Eight case studies were performed with the family physician as the unit of analysis. The sources of data collection for the micro-level were eight life history interviews with family physicians, documents and observational evidence. The sources of data collection for the macro-level were documents, and eight open-ended focused

interviews with key informants, from nine medical organizations. The analytic induction approach to data analysis was used.

The empirical article presents all the empirical findings of the thesis. The findings show an increasing integration of economics concepts into the official discourse of family medicine organizations. However, at the level of practice, the economization of this discourse does not seem to be true depictions of reality as the very great majority of the study participants do not embody this discourse. The contributions include a deep understanding of the social processes that influence family physicians' schemes of perception, thought, appreciation and action with respect to the role of economic evaluation in their practices, and the family physicians' willingness to contribute to efficient, fair and legitimate resource allocation.

## **Keywords**

Health economics, economic evaluation, resource allocation, complexity, reflexivity, family physicians, general practitioners, physician practice, Pierre Bourdieu's theory of practice, evidence-based medicine, knowledge translation.



## Table des matières

Résumé.....	iii
Mots-clés.....	iv
Abstract.....	v
Keywords.....	vi
Table des matières.....	vii
Liste des tableaux.....	xv
Liste des figures.....	xvi
Liste des sigles et abréviations.....	xvii
Niveaux décisionnels dans le système de santé.....	xix
Liste des activités de transfert et diffusion des connaissances issues des travaux de thèse.....	xx
Publications scientifiques.....	xx
Présentations à titre de conférencière invitée.....	xxi
Communications scientifiques.....	xxii
Organisation d’une session spéciale organisée avec discussion.....	xxii
Dédicace.....	xxiii
Citations.....	xxiv
Remerciements.....	xxv
Chapitre 1    Introduction.....	1
Objectif général de la recherche.....	3
Problématique de la recherche.....	3
Notions d’économie et économie de la santé.....	3
Évaluation économique en santé.....	4
Médecine fondée sur les données probantes.....	9
Médecin de famille et allocation des ressources du système de santé.....	9
Pertinence de la recherche.....	10
Objectifs spécifiques de la recherche.....	14
Plan de la thèse.....	14

Chapitre 2	Article philosophique.....	18
	Complexity and reflexivity: Two important issues for economic evaluation in health care .....	18
	Article publié (reproduit avec la permission écrite de Elsevier).....	18
	Abstract.....	19
	Keywords.....	19
	Introduction.....	20
	Economic evaluation in health care.....	22
	The science of complex adaptive systems.....	25
	Complexity thinking in health care.....	27
	Why complexity theory is important for economic evaluation in health care.....	28
	Bourdieu's concept of reflexivity.....	30
	Why reflexivity is important for economic evaluation in health care.....	33
	Conclusion.....	35
	Acknowledgments.....	36
	References.....	37
Chapitre 3	Article théorique.....	43
	The role (or not) of economic evaluation at the micro level: can Bourdieu's theory provide a way forward?.....	43
	Article publié (reproduit avec la permission écrite de Elsevier et l'autorisation écrite des coauteurs).....	43
	Abstract.....	44
	Keywords.....	44
	Introduction.....	45
	Current state of knowledge.....	49
	Economic evaluation in health care.....	49
	Economic evaluation and decision-making.....	49
	EBM in health care.....	51

EBM and clinical decision-making.....	51
FP in health care.....	52
FP, family medicine and the medical professional system .....	53
FP and clinical decision-making .....	54
FP, ethics and health rationing.....	54
Bourdieu's theory of practice.....	55
Bourdieu's conceptual framework and its relationship with family medicine .....	55
Challenges and issues with Bourdieu's framework .....	59
Relative merits of Bourdieu's perspective for studying the role of economic evaluation in clinical decision-making.....	60
Conclusion .....	63
Acknowledgements.....	65
References.....	66
Chapitre 4    Article méthodologique.....	73
The role of economic evaluation in the decision-making process of family physicians: design and methods of a qualitative embedded multiple-case study .....	73
Article publié (Open Access; © 2009 Lessard et al; licensee BioMed Central Ltd.; reproduit avec l'autorisation écrite des coauteurs) .....	73
Abstract.....	74
Keywords .....	75
Background.....	76
Justification for the research .....	78
Purpose and objectives of the research .....	79
Theoretical framework.....	79
Bourdieu's theory of practice.....	79
Concept of field.....	80
Concept of capital .....	81
Concept of habitus .....	81

Research questions.....	82
Methods/design.....	82
Strategic framework.....	82
Research strategy and researchers’ epistemological position.....	82
Research design.....	83
Quality of the research.....	84
Methodological framework.....	85
Participants.....	85
Data collection.....	87
Qualitative data analysis.....	91
Ethical framework.....	92
Discussion.....	94
Competing interests.....	95
Authors’ contributions.....	95
Acknowledgements.....	95
References.....	96
Chapitre 5 Article empirique.....	104
Re-thinking the role of health economic evaluation in family physicians’ practices: insights from Bourdieu’s sociological theory and qualitative research.....	104
Article ou chapire de livre à être soumis pour publication.....	104
Keywords.....	105
Introduction.....	106
The study.....	109
Theoretical framework.....	110
Design and methods.....	112
Participants and data collection.....	113
Family physicians (‘cases’) – micro-level of analysis.....	113
Field of family medicine – macro-level of analysis.....	114

Data analysis .....	118
Findings and interpretations.....	119
The field of family medicine.....	120
Brief history of family medicine, medicine, and health system in Quebec and Canada.....	120
The distinctiveness of the field of family medicine .....	123
The social forces shaping the field of family medicine .....	125
The internal social forces (relations).....	126
The external social forces (relations).....	128
The ‘economization’ of the official discourse of family medicine.....	135
‘Playing the field’: Linking family medicine’s strategies and struggles in the wider fields of medicine, health care and power to its ‘economized’ discourse	141
The ‘non-(or not quite)-economization’ of practice.....	146
Economic evaluation and other considerations of economics in clinical practice .....	147
Family physicians’ role in allocation of scarce resources .....	163
Place and role of evidence-based medicine in clinical practice .....	171
Habitus of the family physicians (cases).....	183
Way of knowing.....	184
Way of being.....	186
Brief life history information on each case and their individual professionalism .....	190
Case05 – The ‘social’ doctor.....	190
Case02 – The ‘human’ doctor.....	192
Case08 – The ‘human’ doctor.....	194
Case07 – The ‘scientific/human’ doctor .....	195
Case06 – The ‘scientific/human’ doctor .....	196
Case04 – The ‘human/scientific’ doctor.....	198

Case03 – The ‘entrepreneurial’ doctor.....	199
Case01 – The ‘entrepreneurial’ doctor.....	201
Conclusion .....	203
References.....	206
Chapitre 6 Synthèse/Conclusion.....	223
Apport philosophique (épistémologique) .....	224
Apport théorique .....	227
Apport méthodologique .....	232
Apport empirique .....	236
Niveau macro-structurel.....	237
Niveau micro-individuel .....	241
Façon de connaître .....	242
Façon d’être.....	244
Avenues de recherches futures.....	246
Bibliographie.....	249
Annexe I Histoires de vie.....	I
Histoire de vie du cas01 .....	I
Histoire de vie personnelle et trajectoire professionnelle” .....	I
Pratique professionnelle actuelle .....	XIII
Place et rôle de l’évaluation économique dans la pratique clinique .....	XLVI
Place et rôle de l’information et des connaissances dans la pratique clinique.....	XLVIII
Place et rôle du médecin de famille dans l’utilisation des ressources de santé .....	LIII
Histoire de vie du cas02 .....	LXIV
Histoire de vie personnelle et trajectoire professionnelle” .....	LXIV
Pratique professionnelle actuelle .....	LXXIV
Place et rôle de l’évaluation économique dans la pratique clinique .....	CVIII
Place et rôle de l’information et des connaissances dans la pratique clinique.....	CIX
Place et rôle du médecin de famille dans l’utilisation des ressources de santé ..	CXIV

Histoire de vie du cas03 .....	CXXIII
Histoire de vie personnelle et trajectoire professionnelle' .....	CXXIII
Pratique professionnelle actuelle .....	CXXX
Place et rôle de l'évaluation économique dans la pratique clinique .....	CLXIV
Place et rôle de l'information et des connaissances dans la pratique clinique .....	CLXIX
Place et rôle du médecin de famille dans l'utilisation des ressources de santé .....	CLXXV
Histoire de vie du cas04 .....	CLXXXII
Histoire de vie personnelle et trajectoire professionnelle' .....	CLXXXII
Pratique professionnelle actuelle .....	CXCVIII
Place et rôle de l'évaluation économique dans la pratique clinique .....	CCXXXVII
Place et rôle de l'information et des connaissances dans la pratique clinique .....	CCXL
Place et rôle du médecin de famille dans l'utilisation des ressources de santé .....	CCXLIX
Histoire de vie du cas05 .....	CCLXIII
Histoire de vie personnelle et trajectoire professionnelle' .....	CCLXIII
Pratique professionnelle actuelle .....	CCLXXIX
Place et rôle de l'évaluation économique dans la pratique clinique .....	CCCXI
Place et rôle de l'information et des connaissances dans la pratique clinique .....	CCCXV
Place et rôle du médecin de famille dans l'utilisation des ressources de santé .....	CCCXXII
Histoire de vie du cas06 .....	CCCXXXI
Histoire de vie personnelle et trajectoire professionnelle' .....	CCCXXXI
Pratique professionnelle actuelle .....	CCCXLII
Place et rôle de l'évaluation économique dans la pratique clinique .....	CCCLXXVII
Place et rôle de l'information et des connaissances dans la pratique clinique .....	CCCLXXIX

Place et rôle du médecin de famille dans l'utilisation des ressources de santé .....	CCCLXXXVIII
Histoire de vie du cas07 .....	CD
Histoire de vie personnelle et trajectoire professionnelle” .....	CD
Pratique professionnelle actuelle .....	CDVIII
Place et rôle de l'évaluation économique dans la pratique clinique .....	CDXLVI
Place et rôle de l'information et des connaissances dans la pratique clinique .....	CDXLVIII
Place et rôle du médecin de famille dans l'utilisation des ressources de santé .	CDLV
Histoire de vie du cas08 .....	CDLXII
Histoire de vie personnelle et trajectoire professionnelle’ .....	CDLXII
Pratique professionnelle actuelle .....	CDLXXIV
Place et rôle de l'évaluation économique dans la pratique clinique .....	DX
Place et rôle de l'information et des connaissances dans la pratique clinique.....	DXI
Place et rôle du médecin de famille dans l'utilisation des ressources de santé	DXVIII



## Liste des tableaux

Chapitre 1	Introduction	
Tableau I	Recapitulatif des méthodes d'évaluation économique en santé.....	8
Chapitre 4	Article méthodologique	
Table 1	Strategies to improve the quality of the research.....	85
Table 2	Sources of evidence.....	88
Chapitre 5	Article empirique	
Table 1	Summary of characteristics of the cases.....	115-116
Table 2	Summary of the characteristics of the key informants.....	117

## Liste des figures

Chapite 1	Introduction	
Figure I	Évaluation économique en santé et ses composantes.....	5
Chapite 5	Article empirique	
Figure I	Logic of practice.....	188

## Liste des sigles et abréviations

ACA (CBA)	Analyse coûts-avantages ( <i>Cost-benefit analysis</i> )
ACC (CCA)	Analyse coût-conséquence ( <i>Cost-consequence analysis</i> )
ACE (CEA)	Analyse coût-efficacité ( <i>Cost-effectiveness analysis</i> )
ACU (CBA)	Analyse coût-utilité ( <i>Cost-utility analysis</i> )
AMC (CMA)	Analyse de minimisation des coûts ( <i>Cost-minimization analysis</i> )
AMP	Activité médicale particulière ( <i>Special medical activity</i> )
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux ( <i>Health and Social Services Agency</i> )
CERFM	Comité d'éthique sur la recherche chez les êtres humains de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal ( <i>Ethics Committee for Human Research of the Faculty of Medicine of the University of Montreal</i> )
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLSC	Centre local de services communautaires ( <i>Local Community Services Centre</i> )
CMFC (CPFC)	Collège des médecins de famille du Canada ( <i>College of Family Physicians of Canada</i> )
CMQ	Collège des médecins du Québec ( <i>Quebec College of Physicians</i> )
CPS	Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques
CQDPCM	Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins ( <i>Quebec consultative coordinating organization for physicians' continuous professional development</i> )
CQMF (QCFP)	Collège québécois des médecins de famille ( <i>Quebec College of Family Physicians</i> )
CR	Clinique-réseau
CRMCC (RCPSC)	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ( <i>Royal College of Physicians and Surgeons of Canada</i> )
CSSS	Centre de santé et de services sociaux ( <i>Health and Social Services Centre</i> )

CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec
DPA ( <i>WTP</i> )	Disposition à payer ( <i>Willingness-to-pay</i> )
DPC ( <i>CPD</i> )	Développement professionnel continu ( <i>Continuing professional development</i> )
DRMG	Département régional de médecine générale
<i>EE</i>	Économique évaluation ( <i>Economic evaluation</i> )
ETP	Équivalent temps plein
<i>FFS</i>	Rémunération à l'acte ( <i>Fee-for-service</i> )
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ( <i>Quebec Federation of General Practitioners</i> )
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec ( <i>Quebec Federation of Medical Specialists</i> )
<i>FP</i>	Médecin de famille ou médecin omnipraticien ou médecin généraliste ( <i>Family physician ou general practitioner</i> )
GMF	Groupe de médecine de famille ( <i>Family Medicine Group</i> )
GPC ( <i>CPG</i> )	Guide de pratique clinique ( <i>Clinical practice guideline</i> )
<i>HR</i>	Tarif horaire ( <i>Hourly rate</i> )
<i>HTA</i>	Évaluation des technologies de la santé ( <i>Health technology assessment</i> )
IPS ( <i>SNP</i> )	Infirmière praticienne spécialisée ( <i>Specialized Nurse Practitioner</i> )
MF ( <i>FM</i> )	Médecine familiale ( <i>Family Medicine</i> )
MFDP ( <i>EBM</i> )	Médecine fondée sur les données probantes ( <i>Evidence-based medicine</i> )
MS	Médecin spécialiste ( <i>Medical specialist</i> )
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux ( <i>Quebec Ministry of Health and Social Services</i> )
NPT ( <i>NNT</i> )	Nombre de patients à traiter ( <i>Number needed to treat</i> )
PME	Petit et moyenne entreprise
PREM	Plan régional des effectifs médicaux ( <i>Regional medical staffing plan</i> )
QALY	Années de vie pondérées par la qualité ( <i>Quality-adjusted life years</i> )
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCED ( <i>ICER</i> )	Rapport coût-efficacité différentiel ( <i>Incremental cost-effectiveness ratio</i> )
RLS	Réseau local de services

SAAQ	Société d'assurance automobile du Québec
UMF ( <i>FPU</i> )	Unité de médecine familiale ( <i>Family Practice Unit</i> )

**Niveaux décisionnels dans le système de santé**

Macro	Gouvernement (politique, modalité)
Méso	Établissement, institution ou organisation (administration, gestion)
Micro	Professionnel de la santé (clinique; au niveau de la relation entre le professionnel et le patient)

# Liste des activités de transfert et diffusion des connaissances issues des travaux de thèse

## Publications scientifiques

**Lessard, C.** (2007). Complexity and reflexivity: Two important issues for economic evaluation in health care. *Social Science & Medicine*, 64(8), 1754-1765. EPub 26 Jan 2007. (Citations : 34 – en date du 16 décembre 2011) (Facteur d’impact du journal : 2.742; 2011)

**Lessard, C.,** Contandriopoulos, A.-P., & Beaulieu, M.-D. (2009). The role of economic evaluation in the decision-making process of family physicians: design and methods of a qualitative embedded multiple-case study. *BMC Family Practice*, 10, 15. EPub 11 Feb 2009. (Citations : 4 et Accès : 3151 – en date du 16 décembre 2011) (Désignation spéciale “*Highly accessed*” de BioMed Central) (Facteur d’impact du journal : 1.470; 2011)

**Lessard C,** Birch S. (2009). Complex problems or simple solutions? Enhancing evidence-based economics to reflect reality. *CHEPA Working Paper Series*; Paper 09-05. Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA), McMaster University, Canada.

**Lessard, C.,** Contandriopoulos, A.-P., & Beaulieu, M.-D. (2010). The role (or not) of economic evaluation at the micro level: can Bourdieu’s theory provide a way forward for clinical decision making? *Social Science & Medicine*, 70(12), 1948-1956. EPub 24 Mar 2010. (Citation : 3 – en date du 16 décembre 2011) (Facteur d’impact du journal : 2.742; 2011)

**Lessard C,** Birch S. Chapter 13: Complex problems or simple solutions? Enhancing evidence-based economics to reflect reality. In: Shemilt I, Mugford M, Vale L, Marsh K, Donaldson C (editors). *Evidence-based decisions and economics: Health care, social welfare, education and criminal justice*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2010. (Citation : 5 – en date du 16 décembre 2011)

## Présentations à titre de conférencière invitée

**Lessard C.** Le rôle de l'évaluation économique dans le processus décisionnel en santé : une conceptualisation différente du problème de recherche. Présentation invitée d'une durée de 90 minutes dans le cadre des **Séminaires en Analyse et Évaluation des interventions en santé (AnÉIS)**; Secteur de la santé publique, Faculté de médecine, Université de Montréal, Canada; 28 mars 2007.

**Lessard C.** Processus de transfert des connaissances : quels sont les principaux facteurs d'influence ? Présentation invitée dans le cadre de la **2<sup>e</sup> Journée de Pharmacologie Clinique Pédiatrique. Conférence Carl-Auger. Transfert des connaissances et médicaments chez l'enfant : comment le faire ?**; Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine, Montreal, Canada; 30 mai 2007.

**Lessard C, Birch S.** Making the problem fit the solution: evidence-based economics and decision-making. Présentation invitée dans le cadre du **EBE2 Workshop - 'Evidence-based economics: Health and other public areas' Book**; London School of Economics, London, United Kingdom; 20-21 novembre 2008.

**Lessard C.** Toward a better understanding of the role of health economic evaluation in family practice: philosophical, theoretical and methodological innovations, and empirical findings. Présentation invitée d'une durée de 60 minutes dans le cadre du **Centre for Health Economics and Health Policy (CHEPA) Seminar Series**; Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, McMaster University, Hamilton, Canada; 3 juin 2009.

## **Communications scientifiques**

**Lessard, C.** Issues of complexity and reflexivity in economic evaluation. **6th World Congress on Health Economics (iHEA2007)**; Copenhagen, Denmark; 8-11 juillet 2007.

**Lessard, C.,** Contandriopoulos, A.-P., & Beaulieu M.-D. Theoretical and methodological issues in studying the role of economic evaluation evidence in health care decision-making: can Bourdieu's sociological theory help us? **7th European Conference on Health Economics (ECHE 2008)**; Rome, Italy; 23-26 juillet 2008.

**Lessard, C.,** Birch, S., Contandriopoulos, A.-P., & Beaulieu, M.-D. Putting economic evaluation in its place: the complexity of family practice, decision-making and economic evaluation. Part of the Organized Session (Abstract-Driven): 'Reality is horrendously complicated' – Accommodating complexity in economic evaluation. **7th World Congress on Health Economics (iHEA 2009)**; Beijing, China; 12-15 juillet 2009.

## **Organisation d'une session spéciale organisée avec discussion**

**Lessard, C., & Birch, S.** 'Reality is horrendously complicated' – Accommodating complexity in economic evaluation. **Harmonizing Health and Economics: 7<sup>th</sup> World Congress on Health Economics (iHEA 2009)**; du 12 au 15 juillet 2009; Beijing, Chine.



## Dédicace

*Aux membres de ce que j'appelle avec amour et  
humour mon « fan club », Christophe, Edward  
Rodolphe, Leslie (László), Marthe et Norbert,  
... sans eux, je ne serais pas qui je suis*

## Citations

*« A rational man acting in the real world may be defined as one who decides where he will strike a balance between what he desires and what can be done. It is only in imaginary worlds that we can do whatever we wish. In the real world there are always equations which have to be adjusted between the possible and the desired. »*

Walter Lippmann, *The Public Philosophy*, 1955, p.43

*« One of the central choices of our time, in health as in other areas, is finding the proper balance between individual (personal) and collective (social) responsibility. »*

Victor R. Fuchs, *Who shall live? – Health, Economics, and Social Choice (2<sup>nd</sup> Expanded Edition)*, 2011, p.26

*« Many clinicians believe that allowing costs to influence clinical decisions is unethical. They are mistaken in this belief, because it cannot be ethical to ignore the adverse consequences upon others of the decisions you make, which is what 'costs' represent. »*

Alan Williams, *Cost-effectiveness analysis: is it ethical?* *Journal of Medical Ethics*, 1992, 18, p.7

## Remerciements

*« The highest reward for a person's toil is not what they get for it, but what they become by it. »*

John Ruskin (1819-1900)

Après quelques « allers-retours » entre les études universitaires et le marché du travail, voilà que je pris afin la décision de réaliser mon rêve de jeunesse, soit de poursuivre des études doctorales. Je réalise maintenant que cette décision, qui ne fût d'ailleurs pas prise à la légère, a nécessité du temps, de la patience, du dévouement et, pourquoi pas, une bonne dose de folie. *De la folie ?*, me direz-vous. Comment expliquer alors que malgré les implications personnelles, familiales et professionnelles que cette décision entraînait, j'aie succombé à ce besoin, ce désir viscéral de m'arrêter et de consacrer quelques années de ma vie pour penser, remettre en question mes aprioris, questionner, critiquer, comprendre, connaître et grandir. Mon esprit hyperactif et avide de nouveautés et ma soif de savoir ont pris le dessus sur la raison. Mon cheminement doctoral fût ponctué de moments de doutes, de remises en question parfois difficiles, d'atermoiements, de cogitations diverses, mais aussi de moments de réussite et de grande fierté. Je ne regrette rien, bien au contraire, puisque de part ma nature, je n'aurais pas apprécié qu'il en fût autrement. Heureusement, un tel cheminement académique ne s'est pas vécu en isolement social. À travers les hauts et les bas, j'ai toujours eût la chance de bénéficier d'un support académique, administratif, technique, moral et financier. J'en suis très reconnaissante et m'empresse de souligner le rôle important de ce support dans le développement de ma pensée et l'évolution de ma personne.

En premier lieu, ma reconnaissance va à mon directeur de recherche, André-Pierre Contandriopoulos, et à ma codirectrice de recherche, Marie-Dominique Beaulieu, pour leur supervision, leurs conseils, leurs encouragements, leur écoute, leur patience ainsi que pour la confiance démontrée en mes habiletés et capacités de recherche. Mes remerciements vont également à Nicole Leduc et François Champagne pour la confiance démontrée en mes habiletés et capacités d'enseignement. Many thanks to Stephen Birch (Centre for Health Economics and Policy Analysis [CHEPA], McMaster University) for readily accepting to supervise my further training in health economics and collaborate on two projects, believing in the originality of my work, and challenging my views and thoughts from an « economics » perspective.

Un merci très sincère à Linette Saul-Cohen, car je la sentais toujours disponible et intéressée, ainsi qu'à Josée Tessier, France Pinsonnault, Monique Lespérance et Angélique De Chatigny pour tout le support administratif nécessaire tout au long du parcours. Je remercie Jean-Guy Bouchard pour tout le support technique. Il montrait toujours une bonne humeur, une grande disponibilité mais surtout beaucoup de patience envers moi et mes nombreuses demandes d'aide aux moindres problèmes avec l'ordinateur.

Mes remerciements les plus chaleureux à mes collègues de doctorat avec qui j'ai partagé des apprentissages, des conversations de toutes sortes, des émotions et parfois, des fragilités, et tout particulièrement à Caroline Cambourieu, Carmelle Goldberg, Gabriela Ruiz et Pernelle Smits. Comment remercier mes proches qui, d'une manière ou d'une autre, m'ont aidé à traverser ce « marathon » doctoral au parcours long et sinueux...et avec un fil d'arrivée qui n'a cessé d'être déplacé. J'ai le privilège d'avoir une famille qui m'aime de façon inconditionnelle et qui m'a mise sur un piédestal. Ils sont toujours là pour moi et croient que tout m'est possible. Je remercie mes parents, Norbert et Marthe, pour l'ensemble des valeurs qu'ils m'ont transmis et me transmettent encore. Je suis et serai à jamais reconnaissante envers mon conjoint et mes enfants, Leslie (László), Christophe et Edward Rodolphe, qui ont fait preuve de patience, de compréhension, d'amour, de sacrifice et de soutien moral à toute épreuve... sans oublier une bonne dose d'humour. Un grand merci à ma sœur Christine qui, lors d'une rencontre familiale en 2005, m'avait demandé pourquoi ne pas canaliser mes énergies à profiter du processus doctoral plutôt que d'être si pressée à vouloir le terminer. Quelle sagesse, elle me connaît si bien !

J'ai eu le privilège et l'honneur d'être récipiendaire de plusieurs bourses et d'autres formes de soutien financier. J'exprime tous mes remerciements aux organismes suivants :

- Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)
  - Bourse de recherche ISPS & AC (Institut des services et politiques de la santé et Application des connaissances) (2006-2009), Bourse de formation IRSC ISPP (Institut de la santé publique et des populations)-ISPS Institut d'été (2008), Bourse de voyage de l'ISPS pour stagiaires et nouveaux chercheurs (2009)

- Programme stratégique IRSC de formation interdisciplinaire en Analyse et évaluation des interventions en santé (AnÉIS)
  - Bourses doctorales (2004-2005, 2005-2006), Soutien à la diffusion de résultats dans un congrès avec comité de pairs (2005), Soutiens à la formation de courte durée (2005, 2007), Bourses complémentaires doctorales (2006-2007, 2007-2008), Supplément de bourse doctoral (2007), Bourse de stage de longue durée au Canada ou à l'étranger (2008-2009)
- Chaire FCRSS (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé)/IRSC Gouverne et transformation des organisations de santé (GETOS)
  - Soutiens à la diffusion de résultats dans un congrès avec comité de pairs (2007, 2008), Bourse de stage de longue durée au Canada ou à l'étranger (2008-2009)
- Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS)
  - Aide à la publication (2005), Aides à la diffusion de résultats dans des congrès avec comité de pairs (2007, 2008, 2009)

Enfin, mes remerciements les plus sincères vont aux 16 médecins de famille qui ont accepté de participer à cette étude, et plus particulièrement aux 8 médecins qui ont bien voulu partager longuement l'histoire de leur vie et leur passion pour leur profession. Je leur en serai à jamais reconnaissante.



# Chapitre 1 Introduction

Face à l'augmentation toujours croissante des demandes de services<sup>1</sup> de santé et la vigueur du développement technologique (et donc des coûts de santé sans cesse à la hausse) dans un contexte de ressources rares, la prise de décision fondée sur les données probantes et l'économie de la santé offrent des cadres explicites pour éclairer les décisions d'allocation<sup>2</sup> des ressources en santé; l'objectif étant d'optimiser la qualité, l'efficacité et l'efficience de l'allocation des ressources et de développer une prise de décision transparente et responsable. L'élaboration des politiques et les processus décisionnels dans le domaine de la santé s'appuient de plus en plus sur ces approches rationnelles. Au Québec, au Canada ainsi que dans de nombreux pays à travers le monde, notamment, l'intérêt pour l'évaluation économique en santé (*health economic evaluation*) s'est considérablement accru depuis le début des années 90 sous la pression des contraintes budgétaires. L'évaluation économique consiste en l'analyse comparative d'alternatives de services en regards à la fois de leurs coûts et de leurs conséquences (Drummond, O'Brien, Stoddart, & Torrance, 1997). Elle est essentiellement un outil d'aide à la décision (et non pas un outil de décision). La nécessité d'effectuer des arbitrages s'impose puisque la rareté des ressources et l'insuffisance budgétaire rendent difficile, voire impossible, le financement de toutes les alternatives de services possibles (Jaisson-Hot et al., 2003). Depuis lors, on oppose donc de manière croissante « *une rationalité économique à l'unique rationalité médicale qui prévalait jusqu'alors* » (Béjean & Gadreau, 1996, p.24). Malgré qu'en général les décideurs reconnaissent l'utilité et le rôle potentiel des évaluations économiques, les connaissances acquises révèlent que ce type de données probantes n'a pas d'effet systématique sur le processus décisionnel en santé. Il existe toutefois peu de connaissances quant à l'influence des évaluations économiques sur la pratique clinique.

Les décisions d'allocation des ressources sont prises aux trois niveaux décisionnels des systèmes de santé. Le niveau macro est celui où les décideurs politiques (*policy-makers*) et les régulateurs prennent des décisions quant aux politiques et aux programmes de santé pour les populations, y compris l'octroi de licences et le remboursement des médicaments. Il relève de logiques socio-économiques et politiques (Fafard, 2010). Le niveau méso est celui où des décisions

---

<sup>1</sup> Pour les fins de cette thèse, le terme « service » doit être compris dans un sens large et fait référence à tout service, politique, organisation, programme, pratique, intervention ou technologie de santé incluant, entre autres choses : appareils, instruments, équipements et installations, interventions chirurgicales, médicaments, dépistage, vaccination, génomique, politiques de santé, pratiques professionnelles, réadaptation, soins alternatifs, modes d'organisation des services et systèmes de financement.

<sup>2</sup> Pour les fins de cette thèse, le terme « allocation » doit être compris dans un sens large et fait référence à la répartition (ou distribution), la gestion (ou administration) et l'utilisation des ressources rares du système de santé.

sont prises par les administrateurs de centres hospitaliers, les comités de formulaires, les gestionnaires de régimes privés d'assurances et les organisations professionnelles (p.ex. lors de l'élaboration de guides de pratique clinique [GPC]). Il relève de logiques structuro-organisationnelles propres à l'institution ou à l'organisation (Fafard, 2010). Enfin, le niveau micro est celui où les prestataires de soins de santé prennent des décisions d'allocation des ressources dans la prise en charge de chaque patient individuel. Il relève de pratiques concrètes de professionnels de la santé auprès des patients (Fafard, 2010). Puisque la planification, la gestion et la prestation des soins ne relèvent pas d'une seule et même logique d'action (Sossa & Lehoux, 2004), les trois niveaux décisionnels font appel à différents décideurs dont les perceptions, perspectives, attitudes et pratiques face à l'évaluation économique en tant qu'outil d'aide à la décision peuvent être différentes.

La grande majorité des décisions concernant l'allocation de ressources en santé sont prises en clinique, tandis qu'on assiste à une volonté de recentrer le système de santé autour des soins de santé primaires (Romanow, 2002). Les soins primaires sont les soins de premiers recours accessibles par des professionnels de la santé ayant la responsabilité de répondre aux besoins individuels et collectifs (de la communauté). Ils constituent pour la plupart des gens le premier niveau de contact avec le système de santé, souvent par l'entremise d'un médecin de famille<sup>3</sup> (HCC, 2010; Rakel, 2007).

Les décisions prises par les médecins de famille ouvrent la porte à une variété de ressources de santé (p.ex. prescription de médicaments, aiguillage vers des services d'imagerie médicale ou d'autres professionnels de la santé). De ce fait, les pratiques des médecins de famille affectent non seulement les traitements des patients et les résultats de santé, mais aussi l'utilisation globale du système de santé et les coûts (HCC, 2010). C'est donc à ce niveau que l'évaluation économique pourrait exercer une influence importante sur la prise de décision en santé. Chaque décision dans le secteur de la santé est associée à un coût d'opportunité, c'est-à-dire les bénéfices de santé (potentiellement supérieurs) atteignables chez d'autres patients mais auxquels on renonce par l'utilisation des ressources rares pour une décision particulière (Carlsen & Norhein, 2005;

---

<sup>3</sup> Pour les fins de cette thèse, le terme « médecin de famille » fait également référence aux termes « médecin omnipraticien » et « médecin généraliste ».



Drummond et al., 1997; Lessard, Contandriopoulos, & Beaulieu, 2010). Par conséquent, la non-prise en compte des considérations économiques dans les décisions individuelles prises par les médecins de famille peut avoir un impact important sur l'efficacité du système de santé dans son ensemble (Kanavos, Trueman, & Bosilevac, 2000). Une question importante est donc de savoir si l'évaluation économique a un rôle dans les pratiques des médecins de famille.

## **Objectif général de la recherche**

Ce projet de thèse a pour but de comprendre le rôle de l'évaluation économique dans la pratique des médecins de famille.

## **Problématique de la recherche**

### **Notions d'économie et économie de la santé**

L'économie, en tant que discipline, est une branche des sciences sociales qui s'intéresse aux phénomènes de rareté. La science économique est, notamment, une science de l'allocation alternative des ressources dans un contexte où celles-ci sont rares (Robbins, 1932). Le point de vue économique est ancré dans trois concepts fondamentaux : rareté, choix et coût d'opportunité (ou coût de renoncement). Les ressources sont rares par rapport aux désirs humains. Un problème économique se définit comme étant un problème de rareté relative aux besoins. Les agents économiques (incluant la société) doivent donc faire des choix quant à l'utilisation des ressources rares. Un choix économique comporte toujours un coût d'opportunité puisque les ressources ont des usages alternatifs. Les ressources, qu'elles soient humaines, matérielles, naturelles ou autres, peuvent, dans la plupart des cas, être utilisées pour satisfaire de nombreux types de besoins (Fuchs, 2011). Le coût d'opportunité représente la valeur de la meilleure option alternative non-réalisée, c'est-à-dire la valeur des avantages auxquels on renonce en choisissant d'utiliser les ressources à une fin particulière.

Ces trois concepts fondamentaux justifient la pertinence de la discipline économique dans le domaine de la santé. L'économie de la santé est une sous-discipline de l'économie cherchant à déterminer, entre autres choses, la manière la plus optimale d'allocation des ressources rares afin de maximiser l'état de santé de la population (Drummond et al., 1997; Heyland, Gafni, Kernerman, Keenan, & Chalfin, 1999). Selon Maynard et Kanavos (2000), l'économie de la santé est plus vaste et englobe en tout 8 champs d'études qui s'intéressent : 1) à la définition de la santé et de sa valeur; 2) aux déterminants sociaux de la santé; 3) à la production (offre), 4) distribution (marché) et 5) consommation (demande) des biens et des services liés à la santé; 6) à l'évaluation (micro-) économique des services de santé; 7) à l'organisation et au financement des soins de santé; et 8) à l'évaluation du système de santé dans son ensemble (critère d'équité, critère d'efficacité, etc.). Cela dit, on constate que l'évaluation économique en santé occupe depuis le début des années 1990 un champ de plus en plus important de l'économie de la santé (Hilgsmann, 2010). La pharmacoeconomie a pour objet, quant à elle, l'application aux produits et services pharmaceutiques des méthodes de l'évaluation économique en santé.

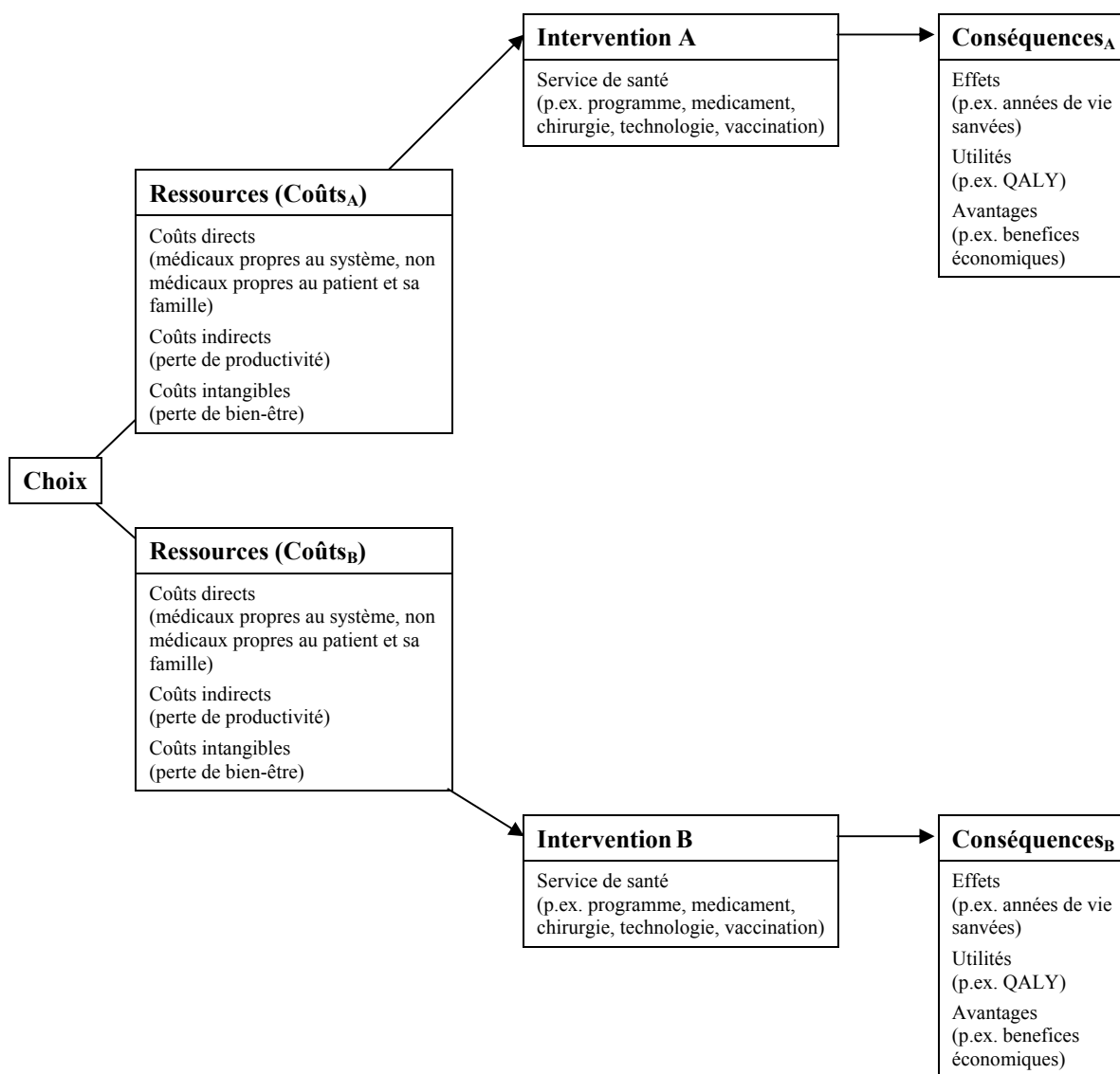
### **Évaluation économique en santé**

L'évaluation économique en santé utilise des méthodes analytiques visant à comparer deux ou plusieurs alternatives de services possibles en regards à la fois de leurs coûts et de leurs conséquences (Drummond et al., 1997). Elle est un outil d'aide à la décision relative à des services alternatifs disponibles dans un contexte de ressources rares. Les économistes de la santé utilisent le critère d'efficacité, cette dernière pouvant être soit « technique » ou « allocative ». Le critère d'efficacité technique a pour objectif de permettre soit de maximiser les conséquences (p.ex. amélioration de l'état de santé, diminution des risques) des actions en santé à coût égal, ou soit de minimiser les coûts (p.ex. gains de productivité), à conséquences équivalentes (Béjean & Gadreau, 1996). Le critère d'efficacité allocative concerne la capacité à combiner les intrants (coûts) et les extrants (conséquences) avec l'objectif d'une utilisation optimale des ressources, compte tenu de leurs prix donnés sur le marché.

*« D'un point de vue général, l'objectif d'efficacité allocative est atteint lorsque les bénéfices retirés de l'attribution des ressources à une activité particulière n'excèdent pas les pertes ou les conséquences négatives de cette décision pour d'autres. » (Denis, Champagne, Contandriopoulos, Cazale, & Barbir, 1993, p.429)*

Le critère d'efficacité en tant que critère de jugement est distinct des critères cliniques et des critères budgétaires classiquement utilisés en santé puisqu'il tient compte autant des intrants que des extrants (Lejeune, 2008). En effet, les composantes de l'évaluation économique sont d'un côté l'ensemble des ressources consommées et de l'autre, les conséquences (résultats) (Figure I).

**Figure I** Évaluation économique en santé et ses composantes



L'évaluation économique peut être réalisée selon plusieurs perspectives (p.ex. société, système de santé, centre hospitalier, tiers-payer, patient). La perspective choisie détermine non seulement les coûts et les conséquences à prendre en considération, mais aussi la méthode d'évaluation économique qui est la plus appropriée pour répondre aux objectifs de l'étude. On distingue cinq méthodes d'évaluation économique qui se différencient par la nature des indicateurs des résultats de santé pris en considération et la manière d'évaluer leurs conséquences.

L'analyse de minimisation des coûts (AMC; *cost-minimization analysis* [CMA]) consiste à comparer les coûts de l'intervention et des options alternatives dont les conséquences (du point de vue des indicateurs de résultat de santé pertinents) sont considérées comme identiques ou équivalentes; le choix se faisant en faveur de la stratégie la moins coûteuse (CADTH, 2006; Drummond et al., 1997).

L'analyse coût-efficacité (ACE; *cost-effectiveness analysis* [CEA]) consiste à comparer les coûts de l'intervention et des options alternatives ainsi que les conséquences mesurées à l'aide d'indicateurs naturels exprimés en unités physiques (p.ex. années de vie sauvées, nombre de cas dépistés, réduction de la pression artérielle). Ce type d'évaluation économique est utile lors de la comparaison d'interventions ayant un seul effet d'intérêt commun (objectif unique, non ambigu). L'analyse coût-utilité (ACU; *cost-utility analysis* [CUA]), une forme particulière d'analyse coût-efficacité, consiste à comparer les coûts de l'intervention et des options alternatives ainsi que les conséquences tant quantitatives que qualitatives mesurées à l'aide d'indicateurs génériques et exprimés par des mesures de préférence (appréciation subjective du patient vis-à-vis des résultats de santé obtenus) ou pondérations d'utilité. L'utilité correspond à un score de 0 (mort) à 1 (santé parfaite). La mesure de résultat est exprimée le plus souvent en années de vie pondérées par la qualité (QALY; *quality-adjusted life years*). Ce type d'évaluation économique est préférable lors de la comparaison d'interventions ayant des effets sur la mortalité et la morbidité, des conséquences importantes sur la qualité de vie ou de nombreuses conséquences différentes (objectifs différents). Dans la mesure où ce type d'évaluation économique fournit une mesure plus générique des résultats, il s'avère très utile lorsqu'il s'agit de comparer l'efficacité relative de nombreux types de services de santé dans différents contextes. Les résultats de l'ACE et de l'ACU sont exprimés sous forme d'un rapport coût-efficacité différentiel (RCED; *incremental cost-effectiveness ratio* [ICER])

qui se définit comme le rapport entre la différence de coût entre l'intervention et une option alternative et leur différence en termes de conséquences (résultats de santé) (p.ex. coût/unité de résultat, coût/QALY gagné) (CADTH, 2006; Drummond et al., 1997). Le RCED représente le coût supplémentaire d'une stratégie par unité d'efficacité en comparaison à l'option alternative (Hiligsmann, 2010). Le caractère acceptable ou non de ce RCED pour la collectivité dépend du choix d'une valeur seuil, dont le caractère arbitraire peut être discuté (Lejeune, 2008).

L'analyse coûts-avantages consiste à comparer les coûts de l'intervention et des options alternatives et leurs conséquences, tous mesurés et évalués en unités monétaires (p.ex. dollars) (CADTH, 2006; Drummond et al., 1997). La valorisation monétaire des conséquences (résultats de santé) des interventions évaluées est le plus souvent réalisée par la méthode de disposition à payer (DAP; *willingness-to-pay* [*WTP*]) de la population concernée (jugement subjectif de la somme d'argent maximale qu'une personne est disposée à payer pour un avantage ou un résultat particulier) (CADTH, 2006). Comme tous les coûts et les avantages sont ainsi exprimés en termes monétaires (p. ex. dollar), ceci permet de déterminer la désirabilité de l'intervention. Le critère de décision se fonde sur la rentabilité de l'intervention qui est exprimée sous la forme d'un bénéfice monétaire net, c'est-à-dire la différence entre les avantages (bénéfices) différentiels et les coûts différentiels est égale ou supérieur à zéro. Ce type d'évaluation économique est utile lors de la comparaison d'interventions ayant des effets de nature très différente (CADTH, 2006; Drummond et al., 1997). Ceci dit, bien que l'ACA soit attractive aux yeux des économistes de la santé puisqu'il s'agit de la seule méthode pouvant répondre directement à des questions d'efficacité allocative (Drummond et al., 1997), il demeure néanmoins que la valorisation monétaire des conséquences d'une intervention expose les ACA aux critiques tant sur le plan méthodologique que sur celui de l'éthique. Ceci explique pourquoi cette méthode est rarement utilisée dans le domaine de la santé.

Enfin, l'analyse coût-conséquence (ACC; *cost-consequence analysis* [*CCA*]) consiste à présenter (préférentiellement sous forme tabulaire) de façon séparée et détaillée les coûts et les conséquences de l'intervention et des options alternatives, sans les agréger ensuite (CADTH, 2006; Drummond et al., 1997). Toute pondération ou agrégation incombe à l'utilisateur de l'évaluation économique. (CADTH, 2006).

Le tableau I présente un récapitulatif des méthodes d'évaluation économique en santé.

**Tableau I**      **Recapitulatif des méthodes d'évaluation économique en santé**

Méthodes	Coûts		Conséquences		Produit de l'analyse économique
	Mesure	Identification	Mesure		
Analyse de minimisation des coûts (AMC)	Unité monétaire (p.ex. \$)	Effets identiques	Aucune		Unité monétaire (p.ex. \$) (identification de la stratégie la moins coûteuse)
Analyse coût-efficacité (ACE)	Unité monétaire (p.ex. \$)	Un seul effet d'intérêt commun aux deux options mais accompli à des degrés différents	Indicateurs naturels exprimés en unités physiques (p.ex. années de vie sauvées, nombre de cas dépistés, réduction de la pression artérielle)		Coût par unité physique (détermination d'un RCED)
Analyse coût-utilité (ACU)	Unité monétaire (p.ex. \$)	Un ou plusieurs effets communs ou non	Indicateurs génériques et exprimés par des mesures de préférence ou pondérations d'utilité (p.ex. QALY)		Coût par QALY (détermination d'un RCED)
Analyse coûts-avantages (ACA)	Unité monétaire (p.ex. \$)	Un ou plusieurs effets communs ou non	Unité monétaire (p.ex. \$)		Unité monétaire (p.ex. \$) (identification de la stratégie la plus rentable ou désirable)
Analyse coût-conséquence (ACC)	Unité monétaire (p.ex. \$)	Un ou plusieurs effets communs ou non	Indicateurs naturels exprimés en unités physiques et/ou indicateurs génériques et exprimés par des mesures de préférence ou pondérations d'utilité (p.ex. QALY)		Aucune agrégation (présentation séparée et détaillée des coûts et des conséquences)

Adapté de Drummond et al., 1997

Il existe deux approches principales pour la réalisation d'une évaluation économique. D'une part, l'évaluation économique couplée à un essai clinique et d'autre part, l'évaluation économique utilisant la modélisation (Hilgsmann, 2010). Définie comme une représentation schématique et formalisée d'une situation clinique réelle, la modélisation joue un rôle de plus en plus important dans l'évaluation économique (Lejeune, 2008). Elle est fondée sur l'analyse décisionnelle, méthode utilisée pour analyser les conséquences de décisions prises dans un contexte d'incertitude (Lejeune, 2008). Les modèles simulent les coûts et les résultats à l'aide de données issues d'essais cliniques, de la littérature, d'opinions d'experts et d'autres sources.

## **Médecine fondée sur les données probantes**

Bien que les principes de la médecine fondée sur les données probantes (MFDP; *evidence-based medicine* [EBM]) gagnent rapidement l'acceptation de l'ensemble de la communauté médicale, les spécialistes en recherche sur les services et les politiques de santé ont constamment observé des divergences entre les pratiques cliniques et les meilleures pratiques fondées sur les données probantes (Grimshaw, Eccles, Walker, & Thomas, 2002). Le paradigme de la MFDP a été critiqué par certains pour son approche jugée trop descendante (*top-down*) et hiérarchique, et pour ne pas prendre suffisamment en compte la complexité de la pratique clinique (Tonelli, 1998). Il est désormais reconnu que plusieurs facteurs autres que les informations issues de la recherche entrent en compétition afin d'influencer la pratique clinique. De ce fait, le développement d'une l'approche de la pratique médicale fondée sur les données probantes est un processus complexe qui peut être entravé par des facteurs liés aux médecins, aux patients, aux contextes locaux et plus larges (c'est-à-dire les cadres organisationnels, sociaux et environnementaux dans lesquels la pratique médicale s'exerce), aux structures du système de santé, aux réseaux professionnels et enfin, aux organisations commerciales et aux médias (Lessard et al., 2010).

## **Médecin de famille et allocation des ressources du système de santé**

Le médecin de famille dispense et coordonne les soins de santé primaires (soins épisodiques, soins de courte durée, soins continus) des individus, à l'intérieur des contextes de la famille, de la communauté et du système de santé (Rakel, 2007).

Les médecins ont un rôle de gardes de l'accès (*gatekeeper*) aux ressources rares dans plusieurs systèmes de santé; c'est-à-dire qu'ils ont une fonction de contrôle de l'accès par les patients aux services de santé. En guise d'exemple, il est souvent dit que les médecins de famille sont les gardes de l'accès aux systèmes de santé canadiens (HCC, 2010). En conséquence, Kluge (2007) fait valoir que, selon le point de vue du processus, les médecins jouent un rôle central dans l'allocation des ressources de santé, étant le « point d'étranglement », pour ainsi dire, dans l'accès et la distribution des ressources. C'est pourquoi leurs manières de concevoir la nature et le rôle de

leur profession dans ce processus vont grandement influencer et façonner la question d'allocation des ressources de santé (Kluge, 2007). Au fil des 20 dernières années, les concepts économiques tels que rareté, coûts, choix, allocation/utilisation/gestion des ressources, efficience, coût-efficacité et optimalité (pour ne nommer que ceux-ci), ont été largement intégrés dans le discours officiel de WONCA, l'organisation mondiale des médecins de famille, et de ses organisations membres (WHO/WONCA, 1995; WONCA, 1991; WONCA Europe, 2002). Les systèmes de santé (d'ici et d'ailleurs) souhaitent une utilisation optimale des ressources, tandis qu'on tend à inciter les cliniciens à considérer le critère d'efficience dans leur pratique. Entre autre, les médecins québécois (tout comme ceux de plusieurs pays dans le monde) font face à une double responsabilité :

- 1) « *Le médecin a le devoir primordial de protéger et de promouvoir la santé et le bien-être des individus qu'il sert, tant sur le plan individuel que collectif* »; et
- 2) « *Le médecin doit utiliser judicieusement les ressources consacrées aux soins de santé* » (CMQ, 2002, p.3).

Cette double responsabilité peut être la source de tensions. De plus, l'allocation optimale des ressources sous contraintes budgétaires demeure encore controversée et le sujet à des débats (Arnesen & Fredriksen, 1995; Ayres, 1996; Berney et al., 2005; Carlsen & Norheim, 2005; Jones et al., 2004; Perneger, Martin, & Bovier, 2002; Willems, 2001).

## **Pertinence de la recherche**

Bien qu'apportant une contribution significative à l'avancement des connaissances, dans la perspective de la présente thèse, la recherche sur le rôle de l'évaluation économique dans le processus décisionnel en santé réalisée à ce jour est déficiente à quatre égards. Premièrement, la majorité des études ont été réalisées aux États-Unis et au Royaume-Uni, ont employé une approche quantitative pour la collecte (enquêtes utilisant des questionnaires prédéfinis) et l'analyse des données, et ont ciblé les niveaux macro et méso. Fait intéressant, une conclusion se dégage de façon constante de l'ensemble des études, soit les divergences entre les croyances et les pratiques des décideurs quant au rôle de l'évaluation économique dans le processus décisionnel en santé. Cette conclusion fait écho aux conclusions des recherches sur la prise de décision fondée sur les données probantes et la MFDP. L'application des connaissances issues de la recherche n'est pas indépendante du contexte de pratique. Les divergences entre les croyances et les pratiques peuvent



ainsi être le résultat des interactions entre les déterminations individuelles subjectives et les contraintes sociales objectives de la pratique. Toutefois, l'approche méthodologique prédominante (enquête) dans les études ne peut aider à mieux comprendre les divergences dans les actions des individus ou des groupes sociaux. L'approche méthodologique fondée sur des enquêtes ne permet pas aux chercheurs de développer une compréhension des situations individuelles et des contextes, ni d'explorer des questions de préoccupation en profondeur (Rossi, Freeman, & Lipsey, 2004). Il y a donc un besoin d'explorer ce problème de recherche en préconisant une approche holistique et une visée de complétude (Eddama & Coast, 2008; Williams, McIver, Moore, & Bryan, 2008).

Deuxièmement, les études (incluant les quelques études ayant préconisé une approche qualitative) ont adopté une démarche empirique et descriptive et n'ont aucune base théorique ou cadre conceptuel afin d'expliquer les processus qui sous-tendent les relations entre les facteurs (Lessard et al., 2010). Il y a donc, aussi et surtout, la nécessité d'une compréhension théorique de la relation entre les perceptions, les pensées, les appréciations et les actions des décideurs en santé (et tout particulièrement des médecins de famille dans le cas de cette thèse) quant au rôle de l'évaluation économique dans la pratique et les structures sociales dans lesquelles ils vivent et travaillent (Williams et al., 2008). Ceci soulève des questions connexes concernant les relations entre structure et action (« *agency* ») pour lesquelles la sociologie peut apporter beaucoup à la compréhension de ce phénomène.

Troisièmement, les études n'ont ni abordé l'ensemble des facteurs qui influencent les pratiques décisionnelles des décideurs (et plus particulièrement des médecins de famille), ni pris en compte la complexité et l'enracinement (*embeddedness*) social du processus décisionnel (Lessard et al., 2010). La prise de décision fondée sur les données probantes et l'économie de la santé supposent souvent des modèles rationnels (et linéaires) de choix et d'action (Coyle, 1993; Haines & Donald, 2004; Straus, Richardson, Glasziou, & Haynes, 2005). Ces hypothèses (souvent implicites) tenues pour acquises au sujet des intérêts et des interactions des agents ignorent la complexité de la réalité sociale (Jan, 2003). La pratique clinique est un processus social complexe, dynamique, à facettes multiples, qui impliquent des relations et un enracinement contextuel (Clark, Potter, & McKinlay, 1991; Lipman, Murtagh, & Thomson, 2004; Tracy, Dantas, & Upshur, 2003). Les médecins tendent à être insérés dans des réseaux professionnels denses qui ont un impact important

sur leurs connaissances, leur attitudes et leurs pratiques ainsi que sur les types d'informations utilisés (Dopson, FitzGerald, Ferlie, Gabbay, & Locock, 2002; Ferlie, Fitzgerald, & Wood, 2000; Fernández et al., 2000; Hannes et al., 2005). Si l'on accepte l'existence d'une structuration sociale des connaissances, des préférences, des croyances, des cultures professionnelles, des pratiques, du pouvoir et de l'idéologie, alors toute quête de compréhension de ces phénomènes complexes nécessitent une sérieuse attention à la réalité sociale (Bourdieu, 2005; Lessard, 2007; Small & Mannion, 2005). Les chercheurs en économie de la santé se sont peu questionnés à savoir si le problème pourrait être plus fondamental et provenir de la non-pertinence de leur modèle de l'action rationnelle (puisque'il ne reflète pas la réalité de la pratique sur le terrain) (Jan, 2003).

Quatrièmement, tout comme les sciences médicales, l'évaluation économique objective les sujets à l'étude, retire ces sujets de leur contexte et, de ce fait, ignore les multiples dimensions des problèmes auxquels font face les décideurs en santé (Lessard, 2007). Dans les faits, l'application des connaissances issues de la recherche est un processus social complexe, contesté et incertain; et non pas une tâche technique et linéaire (Dopson et al., 2002; Ferlie et al., 2000). En outre, la pratique clinique a lieu dans un monde beaucoup moins certain, un monde où la réconciliation des différentes interprétations de la vérité est une nécessité quotidienne. Une compréhension de la pratique clinique nécessite la considération de la nature complexe de ce phénomène social et l'interprétation comme parties intégrantes de toute recherche scientifique. Une telle science ne peut pas être déchiffrée par une épistémologie formulée à l'image de la science traditionnelle (Herman, 1992).

Tous ces arguments soulignent le besoin d'explorer la problématique de la thèse à partir de perspectives disciplinaire (autre que celle de l'économie de la santé), philosophique (épistémologique), théorique et méthodologique différentes. La complexité est la perspective philosophique, l'approche générale qui sous-tend le projet de recherche (Lessard, 2007). Cette façon de voir le monde met l'accent sur les relations et les interactions (causalité interactive) et non sur les composantes et les structures. L'attention est mise sur l'explication et la compréhension des phénomènes à l'étude. L'approche de recherche proposée est dans la perspective de la théorie sociologique de Pierre Bourdieu; une approche cohérente avec la complexité (Lessard et al., 2010). Bourdieu est l'un des plus grands sociologues du XXe siècle (Wacquant, 2005). Cet éminent

penseur rejetait l'idée que les pratiques puissent être simplement expliquées à partir des choix individuels. Ses travaux ont révélé les effets structurants des espaces sociaux (champs) sur les croyances, les dispositions et les pratiques de leurs occupants (Maton, 2003; Rhynas, 2005).

« *C'est sans doute cette volonté de surmonter les "fausses antinomies" de la tradition sociologique - entre interprétation et explication, entre structure et histoire, entre liberté et déterminisme, entre individu et société, entre subjectivisme et objectivisme - qui donne à la sociologie de Pierre Bourdieu son originalité.* » (Ferenczi, 2002, p.29)

Conçue avec l'intention d'abolir ces « fausses antinomies », la théorie de la pratique de Bourdieu illustre comment la nature de la pratique doit être comprise comme un « *sens pratique, socialement constitué* » (Bourdieu & Wacquant, 1992b, p.98). Elle offre une conceptualisation distincte de l'agent social en tant que produit de la socialisation; en tant que dispositions incorporées déterminées par la position de l'agent social dans le champ (Bourdieu, 1980; Bourdieu & Wacquant, 1992a; Kenway & McLeod, 2004). Opposé aux modèles de l'action rationnelle, Bourdieu préconise une approche qui s'inscrit dans la recherche d'une compréhension plus complète et plus complexe des phénomènes sociaux en mettant en lumière les influences souvent implicites qui viennent chaque jour exercer des pressions sur les individus et leurs pratiques (Crawshaw & Bunton, 2009). Ceci justifie la pertinence et l'utilité de la théorie bourdieusienne pour la présente recherche puisqu'il faut comprendre en tout premier lieu les pratiques des médecins de famille, si l'on souhaite ensuite comprendre la possibilité, ou voire l'impossibilité, du rôle de l'évaluation économique dans la pratique clinique. Le projet de thèse est une recherche synthétique qualitative. La recherche qualitative peut offrir une compréhension plus riche et approfondie d'un phénomène social complexe (Yin, 2002). Une approche par étude de cas multiples avec niveaux d'analyse imbriqués a été préconisée (Lessard, Contandriopoulos, & Beaulieu, 2009). Les données qualitatives recueillies dans les études de cas multiples permettent de mettre en évidence la dynamique entre le cas, ses rôles et ses contextes personnel et social (organisationnel, environnemental, professionnel, politique, etc.). Le « médecin de famille » est l'unité principale d'analyse (cas). En outre, le mode d'analyse de Bourdieu demande la division des contraintes et des déterminants de la pratique en deux groupes, correspondant au niveau macro-structurel et au niveau micro-individuel. Le projet met en lumière l'apport original et novateur de l'approche de recherche préconisée pour cette recherche.

## Objectifs spécifiques de la recherche

Le projet de thèse vise à répondre spécifiquement aux objectifs empiriques (#1 et #2) et théoriques (#3 et #4) suivants :

1. Approfondir la compréhension des processus sociaux pouvant influencer les schèmes de perception, de pensée, d'appréciation et d'action des médecins de famille quant au rôle de l'évaluation économique dans la pratique clinique;
2. Approfondir la compréhension de la volonté des médecins de famille à contribuer à une allocation efficiente, équitable et légitime des ressources;
3. Définir un modèle conceptuel spécifique au niveau micro-décisionnel (pratique clinique) et mettant en lumière les relations complexes entre les différents agents et structures et les évaluations économiques;
4. Contribuer à une meilleure compréhension de la théorie et de la pratique de l'application des connaissances.

## Plan de la thèse

L'ambition de ce projet de thèse est à la fois philosophique, théorique, méthodologique et empirique. Cette thèse par article est organisée en sept parties.

Le chapitre 1 introduit l'objectif général, la problématique, la pertinence et les objectifs spécifiques de la recherche et expose le plan de la thèse. En outre, une section est consacrée à justifier la pertinence de la discipline économique dans le domaine de la santé, à clarifier ce qu'est l'économie de la santé et à présenter les méthodes d'évaluation économique en santé. On y aborde aussi brièvement la MFDP ainsi que le rôle du médecin de famille dans l'allocation des ressources du système de santé.

Les chapitres 2 et 3 présentent sous forme de deux articles scientifiques publiés, dont l'un philosophique et l'autre théorique, l'état des connaissances ainsi que les cadres épistémologique, théorique et conceptuel de la recherche. L'article philosophique (chapitre 2) est une synthèse de

réflexions théoriques sur la problématique de recherche (Lessard, 2007). Il propose une approche générale de recherche fondée sur la complexité. L'article montre que les fondements épistémologiques de l'évaluation économique ne sont pas en cohérence avec la complexité en santé et que l'utilité des évaluations économiques repose sur la prise de conscience (réflexivité) par des décideurs à tous les niveaux (macro, méso et micro) et par les évaluateurs (économistes ou autres) de la non compatibilité des fondements de leurs pratiques. L'approche générale de la complexité peut fournir un cadre épistémologique utile pour l'évaluation économique en santé (et l'économie de la santé). L'article prône une pratique réflexive de l'évaluation économique, tenant compte de la réalité complexe en santé, avec une responsabilité et une épistémologie fondée sur le pluralisme et l'incertitude. L'article théorique (chapitre 3) se fonde sur une révision exhaustive des données probantes portant sur l'évaluation économique dans le processus décisionnel en santé, sur la MFDP et sur la profession de médecin de famille et ce, afin de justifier une approche originale et novatrice à la problématique de recherche (Lessard et al., 2010). Il propose ainsi une conception différente du problème de recherche et justifie donc cette approche qui s'appuie par ailleurs sur la perspective de la théorie sociologique de Pierre Bourdieu. L'article expose notamment les contributions potentielles à la compréhension du phénomène à l'étude et à l'avancement des connaissances. Le premier objectif théorique (objectif spécifique #3) de la recherche y est ainsi adressé.

Le chapitre 4 présente sous forme d'un article scientifique publié les cadres stratégique et méthodologique de la recherche (Lessard et al., 2009). Dans une première section, l'article méthodologique présente le contexte, la justification, le but et les objectifs de la recherche. Il introduit ensuite les trois concepts-clés du cadre théorique de Bourdieu et expose les questions de recherche. Dans une deuxième section, l'article propose et justifie la stratégie de recherche et l'ensemble des méthodes.

Le chapitre 5 présente sous forme d'un très long article scientifique ou chapitre à être soumis pour publication l'ensemble des résultats empiriques de la recherche. Les deux objectifs empiriques (objectifs spécifiques #1 et #2) de la recherche y sont adressés. Dans un premier lieu, les

résultats montrent une « économisation<sup>4</sup> » du discours officiel du champ de la médecine familiale. En outre, on y fait mention des diverses relations sociales, tant internes qu'externes au champ de la médecine familiale, provoquant des pressions, des conflits et des influences sociaux sur le professionnalisme médical, tant au niveau collectif qu'individuel. Les analyses offrent une fenêtre sur la manière avec laquelle le « processus d'économisation » fait allusion à un changement de statut des concepts en économie dans le discours du champ de la médecine familiale, donnant ainsi naissance à de nouvelles formes de capital culturel et symbolique. Dans un deuxième temps, les résultats montrent également une « non-économisation » de la pratique des médecins de famille, du moins de façon générale. De plus, la grande majorité des participants ont avoué ne pas assumer leur responsabilité face à la société quant à l'allocation des ressources rares de santé. Il existe donc des conflits entre le professionnalisme, et plus particulièrement l'autonomie médicale, et les considérations de l'économie dans la pratique, ainsi qu'entre le champ de la médecine familiale et l'économie au niveau du pouvoir de définir les critères à considérer dans le système de santé. Les résultats montrent une hétérogénéité au niveau de l'appréhension du travail médical et la complexité du professionnalisme au niveau individuel. L'ensemble des résultats empiriques ont des implications pratiques aussi bien qu'épistémologiques.

Le chapitre 6 conclut la thèse en présentant une synthèse/conclusion. L'impact et la signification des résultats ainsi que les forces et les faiblesses des travaux de la thèse sont discutés. Une synthèse des principaux résultats de chacun des articles sont notamment repris et leur apport à l'avancement des connaissances discutés. Le deuxième objectif théorique (objectif spécifique #4) de la recherche y est adressé. Des avenues de recherche future sont proposées.

Enfin, l'annexe I est consacrée à l'histoire de vie de huit médecins de famille. Il s'agit d'abord de présenter l'histoire de vie et la trajectoire professionnelle ainsi que la pratique professionnelle actuelle du médecin de famille (cas). Il s'agit ensuite de mettre en évidence ses connaissances et ses perceptions, ses pensées, ses appréciations et ses actions quant à la place et au rôle de l'évaluation économique ainsi qu'à celle de l'information et des connaissances dans la

---

<sup>4</sup> Dans le cadre de la présente thèse, l'emploi du terme « économisation » ne fait pas référence aux influences de la rémunération et des incitations financières, mais plutôt à la prise en compte croissante de considérations liées au domaine de l'économie, et plus particulièrement au domaine de l'économie de la santé (incluant la pharmacoéconomie et l'évaluation économique) tels que, en guise d'exemple, par des préoccupations d'efficacité, d'optimalité, de coûts ou/et d'allocation des ressources.

pratique clinique et également quant à la place et au rôle du médecin de famille dans l'utilisation des ressources de santé. Ces histoires de vie mettent ainsi en lumière les pratiques, les significations et les modes de connaissance des huit cas à l'étude.





## **Abstract**

Economic evaluations are analytic techniques to assess the relative costs and consequences of health care programmes and technologies. Their role is to provide rigorous data to inform the health care decision-making process. Economic evaluation may oversimplify complex health care decisions. These analyses often ignore important health consequences, contextual elements, relationships or other relevant modifying factors, which might not be appropriate in a multi-objective, multi-stakeholder issue. One solution would be to develop a new paradigm based on the issues of perspective and context. Complexity theory may provide a useful conceptual framework for economic evaluation in health care. Complexity thinking contributes to develop awareness of issues including uncertainty, contextual issues, multiple perspectives, broader societal involvement, and transdisciplinarity. This would lead the economic evaluation field towards an accountability and epistemology based on pluralism and uncertainty, requiring new forms of lay-expert engagement and roles of lay knowledge into decision-making processes. This highlights the issue of reflexivity in economic evaluation in health care. A reflexive approach would allow economic evaluators to analyze how objective structures and subjective elements influence their practices. In return, this could increase the integrity and reliability of economic evaluations. Reflexivity provides opportunities for critically thinking about the organization and activities of the intellectual field, and perhaps moving in new, creative directions. This paper argues for economic evaluators to have a less positivist attitude towards what is useful knowledge, and to use more imagination about the data and methodologies they use.

## **Keywords**

Health economics, complexity, reflexivity, economic evaluation in health care

## Introduction

Human health is the outcome of complex processes that operate within multiple interacting systems (Healy, 1997). There is a paradox between the need for evidence based medicine and the unique predicament, context, preferences and choices of the individual patient (Plsek & Greenhalgh, 2001). Furthermore, health problems and human behavior are unpredictable (Wilson, Holt, & Greenhalgh, 2001). In addition, health care is becoming more complex and multifaceted (Mechanic, 1995; Plsek & Greenhalgh, 2001). Many health care decisions are difficult because they involve large uncertainty, and have important consequences such as impact on quality-of-life of individuals and on allocation of limited resources (Lee, Donaldson, & Cook, 2003). Our way of thinking about human health, health problems and health care needs to reflect this complex interrelatedness (Healy, 1997).

Many of the strengths of traditional science are, today, central to its failings. Healy (1997, p. 507) argues that the ability of traditional scientific research “to reduce a complex world to a series of rules involves a narrow focus that excludes details of the larger complexity of that world, both human and non-human.” As a human activity, scientific research necessarily requires an individual or individuals to be conducted. The researchers’ ontological and epistemological stances (i.e., their attitudes towards the nature of reality, truth, and knowledge) are indicative of the perspectives represented in a research endeavor (Mantzoukas, 2004). Medical and biomedical sciences are dominated by the logical positivism of traditional science which assumes the existence of an objective and universal reality, and considers researchers as independent observers (FitzGerald, 1995; Herman, 1992; Kneebone, 2002; Malterud, 2002). However, contemporary theory of knowledge realizes that all scientific knowledge (including laboratory facts) is constructed and reflects the researchers’ standpoints, thus criticizing the belief of a neutral observation (Haggerty, 2003; Latour & Woolgar, 1986; Lynch, 2000; Malterud, 2002; Mantzoukas, 2004). All scientific facts must be conquered, constructed and confirmed (Bourdieu, 1992).

Health care professionals are highly influenced by scientific research, while health care managers and policy makers, who are working in bureaucratic organizations, are principally concerned with rationality (FitzGerald, 1995). With the growth of health care costs, managers and

policy makers have begun to turn towards the discipline of health services research, with a focus in the area of health economics (Frankford, 1994). Health economics is the branch of economics (social science) concerned with how scarce health care resources are allocated to maximise the health of the community (Drummond, O'Brien, Stoddart, & Torrance, 1997; Heyland, Gafni, Kernerman, Keenan, & Chalfin, 1999; Small & Mannion, 2005). Economic evaluations are analytic techniques to assess the relative costs and consequences of health care programmes and technologies (Davies et al., 1994; Heyland et al., 1999). The role of economic evaluations is to provide rigorous data to inform the health care decision-making process (Davies, Coyle, & Drummond, 1994; Drummond et al., 1997; Heyland et al., 1999). Economic evaluation is an applied field under the sway of positivism.

Interest in economic evaluation of health care programmes and technologies has increased considerably since the early 1990s (Hoffmann & Graf von der Schulenburg, 2000; Soto, 2002). However, investigations have shown that the influence of economic evaluations on health care decision-making is rather limited. A number of barriers to the use of economic information have been identified and appear to be international, including questions about reliability and relevance of economic evaluations (Drummond, Brown, Fendrick, Fullerton, Neumann, Taylor, et al., 2003; Hoffmann & Graf von der Schulenburg, 2000; Van Velden, Severens, & Novak, 2005). The complexities of economic evaluations pose particular problems because it allows more analyst discretion than clinical trials (Drummond, 1998; Reinhardt, 1997; Sheldon, 1996; Soto, 2002).

One solution would be to encourage a critical thinking and professional reflection upon the issues of perspectives and context. Complexity thinking contributes to develop awareness of issues including uncertainty, contextual issues, multiple perspectives, broader societal involvement, and transdisciplinarity (Albrecht, Freeman, & Higginbotham, 1998; Healy, 1997; Van de Vijver, Van Speybroeck, & Vandevyvere, 2003). The ability of complexity science to detail the various perspectives and highlight their ramifications makes possible a more explicit description of the priorities and interests that are taking part in their realisation (Van de Vijver et al., 2003). Broader conceptions, and related representations, of uncertainty can enable the elaboration of fundamental value distinctions embedded in different types of knowledge. This will be particularly relevant for contextual knowledge (Gatrell, 2005; Healy, 1997).

The increased emphasis on the context and process of data production highlights the issue of reflexivity in economic evaluation (Coast, McDonald, & Baker, 2004). A commitment to reflexivity could increase the integrity and reliability of economic evaluation in health care. Despite his impressive life work and academic influence, the French social scientist Pierre Bourdieu has had limited attention in the health economics and economic evaluation literature. Bourdieu's studies have revealed the structuring effects of social fields on their members' beliefs, dispositions, and practices (Maton, 2003; Rhynas, 2005). Reflexivity is recurrent and central in his work (Bourdieu & Wacquant, 1992; Leander, 2002; Rhynas, 2005). Bourdieu's concept of reflexivity is epistemological, collective and non-narcissistic (Bourdieu & Wacquant, 1992; Karakayali, 2004; Maton, 2003; Pels, 2000). Through a reflexive practice it is possible to free researchers from their illusions of objectivity, especially about themselves (Bourdieu & Wacquant, 1992). In fact, reflexivity offers the possibility to be objective in determining practice (Rhynas, 2005).

I believe that complexity and reflexivity are two of the most important issues for economic evaluation in health care. In this article, I will try to answer the following questions: Why should the field of economic evaluation adopt a paradigm based on complexity theory? What role should reflexivity play in the field of economic evaluation? To achieve this, I will explore the science of complex adaptive systems and Bourdieu's concept of reflexivity as specific challenges.

## **Economic evaluation in health care**

Neo-classical mainstream economics is the disciplinary mode of thinking that economics brings to the topic of health and health services (Coast et al., 2004). Welfare economics, with its core normative and behavioral assumptions (i.e., utility maximization, consumer sovereignty, consequentialism, and welfarism), provides the theoretical basis for normative mainstream health economics (Coast et al., 2004; Mannion & Small, 1999; Small & Mannion, 2005). Alternatives to welfare economics have been proposed, and include non-welfarist approaches which focus on societal objectives and are concerned with maximising health (Coast, 2004).

Health economics is partly concerned with determining how health care resources can be used in the most efficient way (Drummond et al., 1997; Heyland et al., 1999). Economic

evaluations are analytic techniques to assess the relative costs and consequences of health care programmes and technologies (Davies et al., 1994; Heyland et al., 1999). The role of economic evaluations is to provide rigorous and objective data to inform and improve the health care decision-making process (Davies et al., 1994; Drummond et al., 1997; Heyland et al., 1999). The process of decision-making takes place at different levels of the health care system: macro (policy), meso (administrative) and micro (clinical practice). Viewing the decision-making process from different perspectives, the decision-makers' attitudes towards economic evaluations as an aid for health care decision-making may also differ (Drummond et al., 2003).

Despite the growing activity in the field of economic evaluation in health care and the methodological developments in recent years, investigations have shown that the influence of economic evaluations on health care decision-making and the knowledge about the formal methodology are rather limited. A number of barriers to the use of economic evaluations have been identified and appear to be international, including questions about the practice, relevance, transparency, generalisability of results, vulnerability to bias, and timeliness of economic evaluations (Drummond et al., 2003; Hoffmann & Graf von der Schulenburg, 2000; Van Velden et al., 2005). Birch and Gafni (2006) argue that the practical consequence of using the incremental cost-effectiveness ratio and cost-effectiveness threshold approaches is an increase in health care expenditures, without any evidence of an increase in total health benefits.

Decision analytic modeling is increasingly being used in many, but not all, economic evaluations to evaluate complex and difficult health care decisions under a state of uncertainty (Drummond, 1998; Lee et al., 2003; Soto, 2002; Weinstein, O'Brien, Hornberger, Jackson, Johannesson, McCabe, et al., 2003). Applying mathematics to solve health care decision problems may grant an aura of objectivity and truth to the results produced through such methods (Richard, 2003). Nevertheless, the complexity of model-based economic evaluations poses particular problems because it allows more analyst discretion than clinical trials. There are still limitations and problems with these analyses, including the assumptions made in constructing them, the data used in the analysis, their degree of transparency, and their validation in everyday health care practice (Drummond, 1998; Reinhardt, 1997; Sheldon, 1996; Soto, 2002; Weinstein et al., 2003). Despite the aesthetics of models and the precision of computation, decision analytic modeling may

oversimplify complex decisions. In practice, many of these analyses are focused on narrowly defined populations, and driven by expertise and opinion, which might not be appropriate in a multi-objective, multi-stakeholder issue (Lee et al., 2003; Richard, 2003).

The issues of generalisability and relevance of economic evaluation findings are of particular interest (Sculpher, Pang, Manca, Drummond, Golder, Urdahl, et al., 2004). Economic evaluations frequently depend on effectiveness information produced by clinical trials (Klein, 2005). Context and relationship are often ignored or marginalized in economic evaluation (Gatrell, 2005; Healy, 1997). For example, quality-adjusted life years (QALYs) are commonly used as a single outcome measure for economic evaluations. This means that important health consequences, contextual elements or other relevant modifying factors, are excluded (Camidge, Walker, Oliver, Nussey, Maxwell, Jodrell, et al., 2005; Coast, 2004; Coast et al., 2004). In their review, Sculpher and colleagues (2004) found that few economic evaluations took contextual factors into consideration or engaged decision-makers sufficiently. However, it is now recognized that the nature of reality is relative and socially constructed, and identical findings can lead to very different interpretations (Finlay, 2002; Manson, 2001). The results of economic evaluations and their implementation are not totally independent of the decision-making context (Drummond, 1994). Even if an objective approach is adopted throughout an economic evaluation, there is always the risk of misrepresentation and manipulation of the data by various stakeholders, in particular when communicating the results to health care decision-makers or the general public (Beutels, 2004; Drummond, 1998).

Some authors (Barbieri & Drummond, 2001; Beutels, 2004) dispute that industry sponsorship of economic evaluations is more likely to resort to qualitative bias when discussing the quantitative results. Concerns about industry sponsorship of economic evaluations remain and are more extensive than those expressed about industry sponsorship of clinical trials (Drummond, 1998; Drummond et al., 2003; Hoffmann & Graf von der Schulenburg, 2000). Furthermore, other potential bias are now recognised, including political bias and professional rivalries among researchers (Drummond, 1998; Kanavos, Trueman, & Bosilevac, 2000). Despite more stringent guidance on how economic evaluations are to be completed, economic evaluation research will always allow more discretionary decisions than clinical research (Drummond, 1998).

Economic evaluation arguments are utilitarian in nature and therefore population-based (Duthie et al., 1999). In fact, economic evaluation is concerned with questions of both efficiency and equity, although efficiency often appears to be the primary concern (Leander, 2002). Some argue that the current utilitarian approach fails to consider all society's values and health objectives (Camidge et al., 2005; Coast, 2004; Coast et al., 2004; Nord et al., 1999; Stolk et al., 2004). For example, the societal value of a year of life may differ between clinical settings, whereas maximizing health may not be the societal objective (Coast, 2004; Mannion and Small, 1999). In reality, however, decision-makers may deviate from this utilitarian perspective for very rational and transparent reasons (Drummond, 2004; Duthie et al., 1999; Kanavos et al., 2000). Two additional aspects decision-makers are concerned with are equity and fairness (Menzel et al., 1999; Nord et al., 1999; Stolk et al., 2004). These types of arguments are commonly ignored in economic evaluations (Stolk et al., 2004).

It is evident that the prevailing paradigm in economic evaluation is having problems both in its descriptive and prescriptive powers (Mannion & Small, 1999; Small & Mannion, 2005). The majority of applied economists (including health economists and economic evaluators) practice a form of positivism (Drummond et al., 1997; Mannion & Small, 1999; Richardson & McKie, 2005). The notions of objectivity, value-freedom and disinterest are rooted in traditional positivist approaches (Healy, 1997; Mannion & Small, 1999). Transparency and accountability of economic evaluations are important issues (Reinhardt, 1997). It is in the interest of all those concerned (academics, consultancies, industry, government, patients, society) to increase the credibility and respectability of economic evaluations in health care (Beutels, 2004; Drummond, 1996; Reinhardt, 1997). Drummond (1998, p. 8) argues that, since the potential for bias in economic evaluations cannot be eliminated, researchers "need to learn to live with it". One approach would be to develop a new paradigm based on the issues of perspective and context. This highlights the issue of complexity for economic evaluation in health care.

## **The science of complex adaptive systems**

Complexity science is the study of complex adaptive systems. Complex adaptive systems are characterized by a large number of agents or elements interacting dynamically and exchanging

information through relatively rich means, and whose actions are interconnected among all agents in the system (Anderson, Crabtree, Steele, & McDaniel, 2005; Anderson & McDaniel, 2000; Gatrell, 2005; Plsek & Greenhalgh, 2001). Although interactions occur at a local level, the richness of connections and patterns of relationships among agents means that they can have an impact on the whole system (Albrecht et al., 1998; Anderson et al., 2005; Anderson & McDaniel, 2000; Gatrell, 2005; Munday, Johnson, & Griffiths, 2003). No single agent or element knows the system as a whole; therefore, one cannot understand a complex adaptive system by examining individual components (Anderson et al., 2005; Anderson & McDaniel, 2000; Gatrell, 2005). Interactions are non-linear, meaning that small, random changes in one component or element of the system can lead to large changes to that system (Albrecht et al., 1998; Anderson et al., 2005; Gatrell, 2005; Munday et al., 2003; Plsek & Greenhalgh, 2001). There are often positive and negative feedback loops in the interactions (Anderson & McDaniel, 2000; Gatrell, 2005; Munday et al., 2003).

Over time the character of a complex system emerges through spontaneous self-organization (Albrecht et al., 1998; Gatrell, 2005; Munday et al., 2003). The capacity for self-organization enables complex adaptive systems to create or change their structures, via the interactions of system elements, and behaviors in order to meet the changing demands of internal and external environments (Anderson et al., 2005; Anderson & McDaniel, 2000; Gatrell, 2005). This may cause new system properties to emerge (Anderson et al., 2005; Gatrell, 2005). These emergent properties have synergistic characteristics; the whole is greater than the sum of its constituent parts (Albrecht et al., 1998; Anderson et al., 2005; Anderson & McDaniel, 2000; Manson, 2001; Plsek & Greenhalgh, 2001). Order can emerge naturally from fluctuations within a system (Albrecht et al., 1998; Anderson & McDaniel, 2000; Plsek & Greenhalgh, 2001). Although there may be a lack of detailed predictability, complex adaptive systems can form a specific type of patterns around attractors and follow overall predictable paths of development (Albrecht et al., 1998; Plsek & Greenhalgh, 2001).

Complex adaptive systems are open, and thus agents interact and exchange information with others beyond the system boundaries (Anderson et al., 2005; Anderson & McDaniel, 2000; Gatrell, 2005). Both the systems and environment change and evolve through these interactions (Anderson et al., 2005; Manson, 2001; Plsek & Greenhalgh, 2001). A complex adaptive system can



create new behaviors as a result of information exchanges because it has diverse agents linked by complex relationships (Anderson et al., 2005; Manson, 2001). Because of coevolution, the system's history is "co-responsible" for its current and future behavior (Anderson et al., 2005; Anderson & McDaniel, 2000; Gatrell, 2005).

## **Complexity thinking in health care**

Newton's "clockwork universe" has strongly influenced the medical and biomedical sciences (Plsek & Greenhalgh, 2001). It involved both a breaking down of complex sociomedical problems into smaller ones in order to analyse, understand and solve them by rational deduction, and a search for laws for the predictable and the universal (Mannion & Small, 1999; Plsek & Greenhalgh, 2001). The universal models of science are designed to be applicable regardless of place, culture or other contextual circumstances (Healy, 1997). These traditional "reduce and resolve" approaches emphasize problem-solving, prediction and control (Anderson & McDaniel, 2000; Gatrell, 2005; Healy, 1997).

The current mental model in medicine compares the human body to a machine and health problems to a malfunction of its parts; by breaking down clinical care into small divisions, it is possible to precisely and accurately identify the most appropriate intervention for each problem (Wilson et al., 2001). However, the management of most health problems is rarely simple. Many health care decisions are difficult because they involve a high degree of complexity, large uncertainty, tradeoffs across multiple objectives, perspectives of different stakeholders, and have important consequences such as impact on quality-of-life of individuals and on allocation of limited resources (Lee et al., 2003). Clinical decision-making can be considered as a complex social process with multiple factors, mediated by individual and social contexts (Clark et al., 1991). Following the unpredictability of health problems and human behavior, cause and effect modeling seems inappropriate (Wilson et al., 2001).

New paradigms that incorporate a dynamic and emergent view of the world must replace reductionist approaches to health care (Plsek & Greenhalgh, 2001). Complexity science offers an alternative model for conceptualizing health problems (and human health)-health problems arise as

expressions of parts of complex, dynamic and interacting systems (Albrecht et al., 1998; Plsek & Greenhalgh, 2001; Wilson et al., 2001). Human beings are inherently complex, and can be viewed as composed of and operating within multiple interacting systems, ranging from the biomedical, cellular, genetic, physiological and psychological systems to the social, cultural, ecological and political systems (Albrecht et al., 1998; Munday et al., 2003; Wilson et al., 2001).

Albrecht et al. (1998) argue that complexity theory, with its concern for nonlinear relationships, interactive causality and emergent properties of systems, presses researchers to adopt a transdisciplinary perspective. Politically, the incorporation of a multiplicity of perspectives, values, approaches, experiences and point of views, in solving complex health problems leads towards a politics of inclusion. Transdisciplinary thinking is open a priori to all theories of knowledge, and approaches health issues in the broadest possible context (Albrecht et al., 1998).

## **Why complexity theory is important for economic evaluation in health care**

Complexity theory may provide a useful conceptual framework for economic evaluation in health care. Current approaches in economic evaluation emphasize problem-solving, prediction and control, whereas complexity theory emphasizes explanation and understanding. Relations and interconnectedness are important in both complexity theory and prevailing economic evaluation approaches (Gatrell, 2005). However, complexity theory foregrounds concepts of self-organization, emergence, non-linearity, and coevolution, and it is these notions that may provide added value and which are missing from the existing economic evaluation frameworks (Anderson & McDaniel, 2000; Anderson et al., 2005; Gatrell, 2005).

By taking for granted assumptions about actors' interests and interactions, economists leave out a very important part of social reality. Social reality is complex, contextual and constructed. Because of their socially constructed nature, understanding preferences and behaviors requires serious attention to social reality (Bourdieu, 2005; Leander, 2001; Small and Mannion, 2005). Complexity thinking contributes to develop awareness of issues including uncertainty, contextual

issues, multiple perspectives, broader societal involvement, and transdisciplinarity (Albrecht et al., 1998; Healy, 1997; Van de Vijver et al., 2003). The ability of complexity science to detail the various perspectives and highlight their ramifications makes possible a more explicit description of the priorities and interests that are taking part in their realisation (Van de Vijver et al., 2003). Broader conceptions, and related representations, of uncertainty can enable the elaboration of fundamental value distinctions embedded in different types of knowledge. This will be particularly relevant for contextual knowledge (Gatrell, 2005; Healy, 1997). Complexity theory suggests that many types of knowledge are valid and useful for economic evaluation, not just knowledge produced by traditional science (Munday et al., 2003; Øvretveit, 2002). For the field of economic evaluation, the use of complexity theory will involve the acknowledgement of complex, interdependent relationships with broader contextual, economic, social, cultural, political and other non-technical factors (Healy, 1997).

McLain (2002, p. 251) believes that “the marginalization of practice reflects the separation of scientific and everyday knowledge, experts and lay publics, knowledge and society, and theory and practice.” A turn towards complexity science would lead the field of economic evaluation in health care towards an accountability and epistemology based on pluralism and uncertainty, requiring new forms of lay-expert engagement and roles of lay knowledge into decision-making processes (McLain, 2002; Webster, 2002). This will provide the basis for the engagement of economic evaluation and policy, and economic evaluation knowledge and broader society (Healy, 1997; McLain, 2002). Central to this will be an acknowledgement of the limitations and weaknesses of economic evaluation in health care. Broader conceptions, and related representations, of uncertainty can enable the elaboration of fundamental value distinctions embedded in different types of knowledge. This will be particularly relevant for contextual knowledge and for the extension of stakeholders’ involvement in the production, evaluation and application of economic evaluation in health care (Gatrell, 2005; Healy, 1997).

Observational research, both quantitative and qualitative, including narrative-based approaches, would more firmly ground economic evaluations in the experience of people engaging with health care systems (Mannion & Small, 1999; Munday et al., 2003). The development of these methodologies would also allow for a more holistic, critical and empowering approach to economic

evaluation in health care (Mannion & Small, 1999). Albrecht et al. (1998) argue that complexity theory, with its concern for nonlinear relationships, interactive causality and emergent properties of systems, presses researchers to adopt a transdisciplinary perspective. Politically, the incorporation of a multiplicity of perspectives, values, approaches, experiences and point of views, in solving complex health problems leads towards a politics of inclusion. Transdisciplinary thinking is open a priori to all theories of knowledge, and approaches health issues in the broadest possible context (Albrecht et al., 1998). The transdisciplinary approach could lead to a more equitable and efficient use of health care resources because allocation decisions would be based on fuller knowledge and better understanding of health problems (Albrecht et al., 1998). For example, Eccles (2004) argues that multidisciplinary groups composed of clinicians, consumers and health economists, can adopt a societal perspective on health care.

On the other hand, it has been argued that economic evaluators would take the risk to widen the margin of choice of decision-makers and to reduce the generalisability of results of their analyses (Moatti, Chanut, & Benech, 1994). Nonetheless, it has been suggested that the criterion of generalisability be replaced by transferability (Coast et al., 2004). In the qualitative literature, transferability of a research study implies the development of knowledge that, through critical reading and decision-making, can be contested and shared (Malterud, 2002; Mantzoukas, 2004). It places a requirement on researchers to give detailed descriptions of the intervention, context and process of data production to allow readers to assess the transferability to their settings (Coast *et al.*, 2004; Øvretveit, 2002). The recognition that settings may share similar features highlights the importance of developing research hypotheses which are potentially transferable between different settings (Coast et al., 2004). The increased emphasis on the context and process of data production highlights the issue of reflexivity in economic evaluation for the development of knowledge that can be made transferable across different settings (Coast et al., 2004; Malterud, 2002).

## **Bourdieu's concept of reflexivity**

The social scientist Pierre Bourdieu has written on a wide range of subjects, and his analyses have revealed the structuring effects of social fields on their members' beliefs, dispositions, and practices (Maton, 2003; Rhynas, 2005). His attempt to undermine the debate

between objectivism and subjectivism is central to his work (Bourdieu & Wacquant, 1992; Kenway & McLeod, 2004; Rhynas, 2005). Bourdieu (1980) proposes that subjective approaches often overlook objective structures and social conditions that play a role in subjective decision-making. On the other hand, objective approaches often use implicit, subjective observations and understandings (Bourdieu, 1980; Rhynas, 2005). Bourdieu's concepts of habitus and field suggest a different conceptualization of the subject, as socially embedded, as embodied dispositions shaped by one's location within social fields. The relationship between habitus (disposition) and field (position) is central to Bourdieu's understanding of reflexivity (Bourdieu, 1980; Bourdieu & Wacquant, 1992; Kenway & McLeod, 2004).

Reflexivity is recurrent and central in Bourdieu's work (Bourdieu & Wacquant, 1992; Leander, 2002; Rhynas, 2005). His concept of reflexivity entails the systematic exploration of the "unthought categories of thought which delimit the thinkable and predetermine the thought" (Bourdieu & Wacquant, 1992, p. 40). Namely, Bourdieu (1992) is interested in the specific determinisms that weigh on the thought of the thinkers. According to him, reflexivity brings to our knowledge the existence of these constraints, which thus opens up the possibility of liberating thought. It also provides the means to objectify these social determinants of thought, and in objectifying them, to control them to a certain degree (Bourdieu, 1992; Bourdieu & Wacquant, 1992).

Bourdieu's concept of reflexivity may be characterized as epistemological, collective and non-narcissistic (Kenway & McLeod, 2004; Maton, 2003; Rhynas, 2005). It is not the individual researcher who is of primary interest to Bourdieu but rather the intellectual field as a whole (Bourdieu & Wacquant, 1992; Heilbron, 1999; Maton, 2003). The purpose is not to expose the biases of the individual researcher, but to uncover the collective scientific unconscious embedded in scholarly practices by the field's objectifying relations (Bourdieu & Wacquant, 1992; Maton, 2003). This collective reflexive analysis provides an epistemological basis for scientific knowledge (Bourdieu & Wacquant, 1992). He believes that "reflexivity makes possible a more responsible politics, both inside and outside of academia" (Bourdieu & Wacquant, 1992, p. 194).

Bourdieu (1980) identifies three potential sources of bias in knowledge claims. The first and most obvious sources of bias are those brought into the study by the position of the researcher,

notably class and gender, and the hidden interests of individual researchers as well as of research institutions. The second source of bias relates to the position the researcher occupies in the intellectual field. The third and most profound type of bias that pervades the intellectual field is the intellectualist bias (or the “scholastic point of view”) (Bourdieu, 1980; Bourdieu & Wacquant, 1992; Karakayali, 2004; Kenway & McLeod, 2004; Lewandowski, 2000; Maton, 2003). Intellectualist bias occurs when researchers are not conscious or critical of the hidden assumptions inherent to their intellectual posture and which structure their research (Bourdieu & Wacquant, 1992; Karakayali, 2004).

According to Bourdieu (1980, 2003), reflexivity is achieved through participant objectivation, and by that he means the “objectivation of the subject of objectivation”. The reflexivity fostered by participant objectivation has three distinctive features. In the first instance, it does not undertake to explore the personal experiences of the researcher (Bourdieu, 1980, 2003; Bourdieu & Wacquant, 1992; Heilbron, 1999; Kenway & McLeod, 2004). It is an attempt, not to subjectify, but to objectify the objectifying subject, in other words to use the most objectivist tools of social science to become aware of the conditions of possibility (i.e., dispositions, strategies, limits, hidden assumptions, etc.) of the intellectual practice (Bourdieu, 1980, 2003; Bourdieu & Wacquant, 1992; Heilbron, 1999; Karakayali, 2004; Leander, 2002; Pels, 2000). Second, reflexivity does not lead to a relativistic stance (Heilbron, 1999; Moatti et al., 1994). It is not in opposition to scientific knowledge. On the contrary, reflexivity is a means of underwriting objective scientific knowledge (Bourdieu, 1980, 2003; Bourdieu & Wacquant, 1992; Heilbron, 1999; Maton, 2003; Pels, 2000). Third, reflexivity allows researchers to face issues which are the least obvious and the most difficult to acknowledge, and that not so much for technical but for social reasons, for reasons linked specifically to the scholastic view to which the inhabitants of the academic world tend to adhere without being conscious of it (Bourdieu, 1980; Bourdieu & Wacquant, 1992; Heilbron, 1999).

## **Why reflexivity is important for economic evaluation in health care**

The goal of reflexivity is to improve research quality, validity, reliability and relevance (and ultimately utilization), and to reveal knowledge limitations, thus to lead to more rigorous research (Guillemin & Gillam, 2004). Pels (2003, p. 211) argues that “there “can be no such thing” as a search for knowledge which is purely interest-free, curiosity-driven, or value-neutral, or a form of dialogue or discussion that can (or, for that matter, should) be liberated from power talk, interested negotiation, or strategic calculation.” Scientific practices are always bound up with intellectual, interpersonal, political and institutional considerations (Mauthner & Doucet, 2003; Moss, 2005). We have to recognize that researchers bring subjective experiences to the field of study (Rhynas, 2005). By bringing to consciousness the sociopolitical processes at work within and beyond the profession, economic evaluators can gain some control over them and reconsider the concepts, practices and institutions through which they work (Moss, 2005). From this perspective change is fostered through critical thinking and epistemological, collective reflexivity. This sort of radical doubt is only a preamble to a more controlled science, a science more conscious of itself (Bourdieu, 1992).

Most economic evaluation methods are presented as a series of neutral and decontextualized procedures, and thus as taking place in a social vacuum (Mauthner & Doucet, 2003). Reflexivity matters for how the problems are defined and analyzed, and thus what type of results can be obtained. It is important to remember that the economic evaluation researcher is situated in a context and is looking at the world from one’s own perspective. A reflexive stance limits the imposition of research priorities and analysis schemes which mirror that bias (Bourdieu & Wacquant, 1992; Leander, 2002). A reflexive stance is indispensable if economic evaluators are to recognize the complexity of their own practice (Kneebone, 2002).

Because economic evaluators use mainly, if not only, quantitative methods, it is unlikely that they have been prompted to justify their claims to knowledge (Bourdieu & Wacquant, 1992). Economic evaluators have to reflect on their own epistemological position. This does not compel

one to deny the existence of an objective reality, but to question the ability to acquire knowledge of that reality (Coast et al., 2004). By doing this, they may in fact gain credibility and a more realistic and contributive relationship with the various actors involved in the health care decision-making process (Moatti et al., 1994).

Reflexivity is also important for a second reason. Indeed, by analyzing the logic of the field and the habitus of its actors, reflexivity provides the necessary base for emancipatory thinking and action about the impact of economic evaluation on social hierarchies (Bourdieu & Wacquant, 1992; Leander, 2002; Lynch, 2000; Schubert, 1995). This point refers to the idea that economic evaluation in health care cannot happen in isolation from the rest of society (Leander, 2002). The practice of Bourdieu's sociological reflexivity enables researchers to identify, confront and transgress the socially constructed boundaries that delimit their practices (Bourdieu & Wacquant, 1992; Leander, 2002; Schubert, 1995). If unable to analyze sociologically the field, researchers are unknowing accomplices in the production or reproduction of social hierarchies (Bourdieu & Wacquant, 1992; Schubert, 1995).

External funding of research grants and contracts, and publication of results in international journals emphasize the need for reflexivity. Namely, this means subjecting the economic evaluation research agenda to the priorities of policy makers, fund managers, market participants or other stakeholders, and to the interests of the international academic community. It is important to think critically about how these priorities and interests fit with the economic evaluation research agenda. Without critical thinking, there is a risk of obscuring power relations and the location of the power to set the agenda (Leander, 2002).

Although economic evaluation is mostly quantitative in nature, much of the uncertainty associated with it is not. Broader diagnosis, characterization and communication of the uncertainty present in the scientific knowledge is important to an improved policy role for economic evaluation in health care. This will have a positive impact, not only on the quality of advice and information, but also on the appreciation of the relevance and power of the knowledge (Healy, 1997).



Finally, economic evaluation is concerned with questions of both efficiency and equity, although efficiency often appears to be the primary concern. Econometrics and the application of econometric estimating techniques, including the implicit assumptions underlying the conceptual framework, privilege one type of knowledge and reproduce an established power structure (Leander, 2002). There is an ethical usage of reflexivity (Bourdieu & Wacquant, 1992; Guillemin & Gillam, 2004). Guillemin and Gillam (2004, p. 278) suggests that “being reflexive in an ethical sense means acknowledging and being sensitized to the ethical dimensions of research practice.” Therefore, a commitment to reflexivity would lead to a different practice of economic evaluation in health care. A critical and reflexive stance within the discipline would allow economic evaluators to raise questions about power and exclusion, and to consider both efficiency and equity (Mannion & Small, 1999).

## **Conclusion**

I strongly believe that the field of economic evaluation in health care should adopt a paradigm based on complexity theory, and that reflexivity has an important role to play. There are several good reasons for this, not the least of which are that both the concepts of complexity and reflexivity are important for good research practice, expand the scope of economic evaluation, increase its real world applicability, and make possible a more responsible politics.

In practice, context and relationship are often ignored or marginalized in economic evaluation in health care (Healy, 1997; Gatrell, 2005). However, it is now recognized that the nature of reality is relative and socially constructed, and identical findings can lead to very different interpretations (Finlay, 2002; Manson, 2001). From a reflexive perspective, technical knowledge and lay knowledge are thus related through a process of mutual transformation (McLain, 2002). An approach based on pluralism and uncertainty would more firmly ground economic evaluations in the experience of people engaging with health care systems (Mannion & Small, 1999; Munday et al., 2003).

Economic evaluation researchers are actively engaged in developing knowledge, and this process should be both systematic and reflective (Guillemin & Gillam, 2004; Malterud, 2002).

Bourdieu's concept of reflexivity provides opportunities for critically thinking about the organization and activities of the intellectual field, and perhaps moving in new, creative directions. It has been acknowledged that the concepts Bourdieu advocates may be difficult to use (Leander, 2002; Rhynas, 2005). This is no reason for not practicing reflexivity.

This paper argues for economic evaluators to have a less positivist attitude towards what is useful knowledge, and to use more imagination about the data and methodologies they use. A turn towards complexity theory and reflexivity would provide the basis for the engagement of economic evaluation and policy, and economic evaluation knowledge and broader society. The issues of complexity and reflexivity should be put on the economic evaluation research agenda and be discussed at length. Is the field of economic evaluation in health care ready to rise to the challenge?

## **Acknowledgments**

The author is grateful to André-Pierre Contandriopoulos, University of Montreal, for helpful comments and advice. This project was funded by the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) Strategic Training Program on Analysis and Evaluation of Health Interventions (AnÉIS). The views expressed are not necessarily those of the funders.

## References

- Albrecht, G., Freeman, S., & Higginbotham, N. (1998). Complexity and human health: the case for a transdisciplinary paradigm. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 22(1), 55-92.
- Anderson, R. A., & McDaniel, R. R., Jr. (2000). Managing health care organizations: where professionalism meets complexity science. *Health Care Management Review*, 25(1), 83-92.
- Anderson, R. A., Crabtree, B. F., Steele, D. J., & McDaniel, R. R., Jr. (2005). Case study research: the view from complexity science. *Qualitative Health Research*, 15(5), 669-685.
- Barbieri, M., & Drummond, M. F. (2001). Conflict of interest in industry-sponsored economic evaluations: real or imagined? *Current Oncology Reports*, 3(5), 410-413.
- Beutels, P. (2004). Potential conflicts of interest in vaccine economics research: a commentary with a case study of pneumococcal conjugate vaccination. *Vaccine*, 22(25-26), 3312-3322.
- Birch, S., & Gafni, A. (2006). The biggest bang for the buck or bigger bucks for the bang: the fallacy of the cost-effectiveness threshold. *Journal of Health Services Research & Policy*, 11(1), 46-51.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris: Les éditions de minuit.
- Bourdieu, P. (1992). Thinking about limits. *Theory, Culture & Society*, 9(1), 37-49.
- Bourdieu, P. (2003). Participant objectivation. *The Journal of the Royal Anthropological Institute*, 9(2), 281-294.
- Bourdieu, P. (2005). *The Social Structures of the Economy*. Oxford: Polity Press.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. J. D. (1992). *An invitation to reflexive sociology*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Camidge, R., Walker, A., Oliver, J. J., Nussey, F., Maxwell, S., Jodrell, D. et al. (2005). Prognosis without treatment as a modifier in health economic assessments. *British Medical Journal*, 330(7504), 1382-1384.
- Clark, J. A., Potter, D. A., & McKinlay, J. B. (1991). Bringing social structures back into clinical decision-making. *Social Science & Medicine*, 32(8), 853-866.
- Coast, J. (2004). Is economic evaluation in touch with society's health values? *British Medical Journal*, 329(7476), 1233-1236.
- Coast, J., McDonald, R., & Baker, R. (2004). Issues arising from the use of qualitative methods in health economics. *Journal of Health Services Research & Policy*, 9(3), 171-176.

- Davies, L., Coyle, D., & Drummond, M. (1994). Current status of economic appraisal of health technology in the European community: report of the network. The EC Network on the Methodology of Economic Appraisal of Health Technology. *Social Science & Medicine*, 38(12), 1601-1607.
- Drummond, M. (2004). Economic evaluation in health care: is it really useful or are we just kidding ourselves? *Australian Economic Review*, 37(1), 3-11.
- Drummond, M. (1994). Evaluation of health technology: economic issues for health policy and policy issues for economic appraisal. *Social Science & Medicine*, 38(12), 1593-1600.
- Drummond, M. F. (1996). The future of pharmacoeconomics: bridging science and practice. *Clinical Therapeutics*, 18(5), 969-978.
- Drummond, M. F. (1998). A reappraisal of economic evaluation of pharmaceuticals. Science of marketing? *Pharmacoeconomics*, 14(1), 1-9.
- Drummond, M. F., O'Brien, B., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (1997). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press.
- Drummond, M., Brown, R., Fendrick, A. M., Fullerton, P., Neumann, P., Taylor, R., et al. (2003). Use of pharmacoeconomic information-Report of the ISPOR Task Force on Use of Pharmacoeconomic/Health Economic Information in Health-Care Decision-making. *Value in Health*, 6(4), 407-416.
- Duthie, T., Trueman, P., Chancellor, J., & Diez, L. (1999). Research into the use of health economics in decision-making in the United Kingdom-Phase II. Is health economics 'for good or evil'? *Health Policy*, 46(2), 143-157.
- Eccles, M. (2004). NICE clinical guidelines: health economics must engage with complexity of issues. *British Medical Journal*, 329(7465), 572.
- Finlay, L. (2002). "Outing" the researcher: the provenance, process, and practice of reflexivity. *Qualitative Health Research*, 12(4), 531-545.
- FitzGerald, M. (1995). The practical implications of a critique of traditional science. *International Journal of Nursing Practice*, 1(1), 2-11.
- Frankford, D. M. (1994). Scientism and economism in the regulation of health care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 19(4), 773-799.
- Gatrell, A. C. (2005). Complexity theory and geographies of health: a critical assessment. *Social Science & Medicine*, 60(12), 2661-2671.

- Guillemin, M., & Gillam, L. (2004). Ethics, reflexivity, and “ethically important moments” in research. *Qualitative Inquiry*, 10(2), 261-280.
- Haggerty, K. D. (2003). Review essay: ruminations on reflexivity. *Current Sociology*, 51(2), 153-162.
- Healy, S. A. (1997). Changing science and ensuring our future. *Futures*, 29(6), 505-517.
- Heilbron, J. (1999). Reflexivity and its consequences. *European Journal of Social Theory*, 2(3), 298-306.
- Herman, J. (1992). Beyond positivism: a metaphysical basis for clinical practice? *Medical Hypotheses*, 39(1), 63-66.
- Heyland, D. K., Gafni, A., Kernerman, P., Keenan, S., & Chalfin, D. (1999). How to use the results of an economic evaluation. *Critical Care Medicine*, 27(6), 1195-1202.
- Hoffmann, C., & Graf von der Schulenburg, J. M. (2000). The influence of economic evaluation studies on decision-making: a European survey. The EUROMET group. *Health Policy*, 52(3), 179-192.
- Kanavos, P., Trueman, P., & Bosilevac, A. (2000). Can economic evaluation guidelines improve efficiency in resource allocation? The cases of Portugal, the Netherlands, Finland, and the United Kingdom. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 16(4), 1179-1192.
- Karakayali, N. (2004). Reading Bourdieu with Adorno: the limits of critical theory and reflexive sociology. *Sociology*, 38(2), 351-368.
- Kenway, J., & McLeod, J. (2004). Bourdieu’s reflexive sociology and ‘spaces of points of view’: whose reflexivity, which perspective? *British Journal of Sociology of Education*, 25(4), 525-544.
- Klein, R. (2005). A middle way for rationing healthcare resources. *British Medical Journal*, 330(7504), 1340-1341.
- Kneebone, R. (2002). Total internal reflection: an essay on paradigms. *Medical Education*, 36(6), 514-518.
- Latour, B., & Woolgar, S. (1986). *Laboratory life: the construction of scientific facts*. Princeton: Princeton University Press.
- Leander, A. (2001). Pierre Bourdieu on economics. *Review of International Political Economy*, 8(2), 344-353.

- Leander, A. (2002). Do we really need reflexivity in IPE? Bourdieu's two reasons for answering affirmatively. *Review of International Political Economy*, 9(4), 601-609.
- Lee, R. C., Donaldson, C., & Cook, L. S. (2003). The need for evolution in healthcare decision modeling. *Medical Care*, 41(9), 1024-1033.
- Lewandowski, J. D. (2000). Thematizing embeddedness: reflexive sociology as interpretation. *Philosophy of the Social Sciences*, 30(1), 49-66.
- Lynch, M. (2000). Against reflexivity as an academic virtue and source of privileged knowledge. *Theory, Culture & Society*, 17(3), 26-54.
- Malterud, K. (2002). Reflexivity and metapositions: strategies for appraisal of clinical evidence. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 8(2), 121-126.
- Mannion, R., & Small, N. (1999). Postmodern health economics. *Health Care Analysis*, 7(3), 255-272.
- Manson, S. M. (2001). Simplifying complexity: a review of complexity theory. *Geoforum*, 32(3), 405-414.
- Mantzoukas, S. (2004). Issues of representation within qualitative inquiry. *Qualitative Health Research*, 14(7), 994-1007.
- Maton, K. (2003). Pierre Bourdieu and the epistemic conditions of social scientific knowledge. *Space & Culture*, 6(1), 52-65.
- Mauthner, N. S., & Doucet, A. (2003). Reflexive accounts and accounts of reflexivity in qualitative data analysis. *Sociology*, 37(3), 413-431.
- McLain, R. (2002). Reflexivity and the sociology of practice. *Sociological Practice: A Journal of Clinical and Applied Sociology*, 4(4), 249-277.
- Mechanic, D. (1995). Emerging trends in the application of the social sciences to health and medicine. *Social Science & Medicine*, 40(11), 1491-1496.
- Menzel, P., Gold, M. R., Nord, E., Pinto-Prades, J. L., Richardson, J., & Ubel P. (1999). Toward a broader view of values in cost-effectiveness analysis of health. *Hastings Center Report*, 29(3), 7-15.
- Moatti, J. P., Chanut, C., & Benech, J. M. (1994). Researcher-driven versus policy-driven economic appraisal of health technologies: the case of France. *Social Science & Medicine*, 38(12), 1625-1633.

- Moss, P. A. (2005). Toward “epistemic reflexivity” in educational research: a response to scientific research in education. *Teachers College Record*, 107(1), 19-29.
- Munday, D. F., Johnson, S. A., & Griffiths, F. E. (2003). Complexity theory and palliative care. *Palliative Medicine*, 17(4), 308-309.
- Nord, E., Pinto, J. L., Richardson, J., Menzel, P., & Ubel P. (1999). Incorporating societal concerns for fairness in numerical valuations of health programmes. *Health Economics*, 8(1), 25-39.
- Øvretveit, J. (2002). Producing useful research about quality improvement. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 15(6-7), 294-302.
- Pels, D. (2000). Reflexivity: one step up. *Theory, Culture & Society*, 17(3), 1-25.
- Pels, D. (2003). Unhastening science: temporal demarcations in the ‘social triangle’. *European Journal of Social Theory*, 6(2), 209-231.
- Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). Complexity science: the challenge of complexity in health care. *British Medical Journal*, 323(7313), 625-628.
- Reinhardt, U. E. (1997). Making economic evaluations respectable. *Social Science & Medicine*, 45(4), 555-562.
- Rhynas, S. J. (2005). Bourdieu’s theory of practice and its potential in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 50(2), 179-186.
- Richard, D. M. (2003). L’important c’est les lunettes. *Cultural Studies*, 17(3-4), 349-366.
- Richardson, J., & McKie, J. (2005). Empiricism, ethics and orthodox economic theory: what is the appropriate basis for decision-making in the health sector? *Social Science & Medicine*, 60(2), 265-275.
- Sheldon, T. A. (1996). Problems of using modelling in the economic evaluation of health care. *Health Economics*, 5(1), 1-11.
- Schubert, J. D. (1995). From a politics of transgression toward an ethics of reflexivity: Foucault, Bourdieu, and academic practice. *The American Behavioral Scientist*, 38(7), 1003-1017.
- Sculpher, M. J., Pang, F. S., Manca, A., Drummond, M. F., Golder, S., Urdahl, H., et al. (2004). Generalisability in economic evaluation studies in healthcare: a review and case studies. *Health Technology Assessment*, 8(49).
- Small, N., & Mannion, R. (2005). A hermeneutic science: health economics and Habermas. *Journal of Health Organization and Management*, 19(3), 219-235.

- Soto, J. (2002). Health economic evaluations using decision analytic modeling. Principles and practices-utilization of a checklist to their development and appraisal. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 18(1), 94-111.
- Stolk, E. A., van Donselaar, G., Brouwer, W. B. F., & Busschbach, J. J. V. (2004). Reconciliation of economic concerns and health policy. Illustration of an equity adjustment procedure using proportional shortfall. *Pharmacoeconomics*, 22(17), 1097-1107.
- Van de Vijver, G., Van Speybroeck, L., & Vandevyvere, W. (2003). Reflecting on complexity of biological systems: Kant and beyond? *Acta Biotheoretica*, 51(2), 101-140.
- van Velden, M. E., Severens, J. L., & Novak, A. (2005). Economic evaluations of health care programmes and decision-making: the influence of economic evaluations on different healthcare decision-making levels. *Pharmacoeconomics*, 23(11), 1075-1082.
- Weinstein, M. C., O'Brien, B., Hornberger, J., Jackson, J., Johannesson, M., McCabe, C., et al. (2003). Principles of good practice for decision analytic modeling in health-care evaluation: report of the ISPOR Task Force on Good Research Practices-Modeling Studies. *Value in Health*, 6(1), 9-17.
- Wilson, T., Holt, T., & Greenhalgh, T. (2001). Complexity science: complexity and clinical care. *British Medical Journal*, 323(7314), 685-688.



## **Chapitre 3 Article théorique**

### **The role (or not) of economic evaluation at the micro level: can Bourdieu's theory provide a way forward?**

Chantale Lessard, BPharm, MSc, PhD (Cand)\*<sup>1</sup>, André-Pierre Contandriopoulos, PhD<sup>1</sup>, Marie-Dominique Beaulieu, MD, MSc<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Health Administration, Public Health Sector, Faculty of Medicine, University of Montreal, Montreal, Quebec, Canada

<sup>2</sup>Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, University of Montreal, Montreal, Quebec, Canada

**\*Corresponding author address:**

Chantale Lessard

University of Montreal

Faculty of Medicine, Public Health Sector

Department of Health Administration

Montreal, Quebec, Canada, [REDACTED]

Tel: [REDACTED]

Email: [REDACTED]

### **Article publié (reproduit avec la permission écrite de Elsevier et l'autorisation écrite des coauteurs)**

Lessard, C., Contandriopoulos, A.-P., & Beaulieu, M.-D. (2010). The role (or not) of economic evaluation at the micro level: can Bourdieu's theory provide a way forward. *Social Science & Medicine*, 70(12), 1948-1956. Epub 2010 Mar 24.

## **Abstract**

Despite increasing interest in health economic evaluation, investigations have shown limited use by micro (clinical) level decision-makers. A considerable amount of health decisions take place daily at the point of the clinical encounter; especially in primary care. Since every decision has an opportunity cost, ignoring economic information in family physicians' (FPs) decision-making may have a broad impact on health care efficiency. Knowledge translation of economic evaluation is often based on taken-for-granted assumptions about actors' interests and interactions, neglecting much of the complexity of social reality. Health economics literature frequently assumes a rational and linear decision-making process. Clinical decision-making is a complex social, dynamic, multifaceted process, involving relationships and contextual embeddedness. FPs are embedded in complex social networks that have a significant impact on skills, attitudes, knowledge, practices, and on the information being used. Because of their socially constructed nature, understanding preferences, professional culture, practices, and knowledge translation requires serious attention to social reality. There has been little exploration by health economists of whether the problem may be more fundamental and reside in a misunderstanding of the process of decision-making. There is a need to enhance our understanding of the role of economic evaluation in decision-making from a disciplinary perspective different than health economics. This paper argues for a different conceptualization of the role of economic evaluation in FPs' decision-making, and proposes Bourdieu's sociological theory as a research framework. Bourdieu's theory of practice illustrates how the context-sensitive nature of practice must be understood as a socially constituted practical knowledge. The proposed approach could substantially contribute to a more complex understanding of the role of economic evaluation in FPs' decision-making.

## **Keywords**

Health economics, economic evaluation, decision-making, evidence-based medicine, knowledge translation, primary care, family physicians, general practitioners

## Introduction

In view of increasing demands for new health technologies (i.e., any health interventions, programs or services) in environments of cost-containment, evidence-based medicine (EBM) and health economics provide frameworks to inform resource allocation decisions according to the criteria of effectiveness and efficiency (Kernick, 2000). Whilst interest in and use of health economic evaluation have been increasing over time, particularly at the macro (policy) level of decision-making, the extent of use at the meso (administrative) and micro (clinical) levels remains limited. Many consider economic evaluation to be mostly an issue for policy-makers and managers. We believe economic evaluation is also an important issue for providers. The micro level covers the resource allocation decisions made by individual health professionals at a patient level. Economic evaluation arguments are utilitarian in nature and therefore population-based. For the micro (clinical) level, this brings the issue of the application of aggregated data from outcomes research to a particular individual case. Medical clinicians are often faced with difficult decisions involving complexity, incomplete information, uncertainty, time pressure, tradeoffs between multiple objectives, and the need to maintain good physician-patient relationships. This does not explain why group-level data cannot, or should not, influence micro decisions. In fact, we believe that economic evaluation information based on aggregated data can enlighten an individual case, but cannot alone determine the ‘optimal’ choice (Bærøe, 2008). But perhaps the most important argument against rationing clinical decisions based on economic considerations is that they would compromise the fiduciary nature of the physician-patient relationship (Kluge, 2007; Weinstein, 2001; Willems, 2001). On the other hand, the real cost of any health decision is the health benefits achievable in some other patient which have been forgone by committing the resources in question to the first patient (Carlsen & Norheim, 2005); and as such, Williams (1991, 1992) debated that it is unethical to ignore costs. An important question, then, is whether economic evaluations affect clinical practice.

More specifically, a considerable amount of health decisions take place daily at the point of the clinical encounter (Morgan & Hurley, 2004); especially in primary care, where a large part of patient contacts with health professionals occur. A greater emphasis on primary care in the health system can be expected to improve population health outcomes through access to more appropriate

services, lower the costs of care, and promote equity in distribution of health services and in the health of the population (Starfield, Shi, & Macinko, 2005). Already in 1991, the World Organisation of Family Doctors (WONCA), an international organization with the mission to foster and maintain high standards of care in family medicine/general practice, clearly recognized that the advocacy role of the family physician/general practitioner (FP) also includes the management of society's scarce health care resources. The organization further argued that the FP has to negotiate the plan for management with the patient with due regard to cost-effectiveness (WONCA, 1991). Few years later, a joint report by the World Health Organisation (WHO) and WONCA proposed that medical education should respond to those needs by training FPs, ensuring that they acquire the competencies necessary to provide cost-effective medical care (WHO/WONCA, 1995); whereas in the European definition of general practice/family medicine, WONCA Europe argued the need for FPs to be made "*aware of their role in promoting cost effective practice, not only in themselves but also in their colleagues*" (WONCA Europe, 2002, p.21). As FPs deal with individual patients on a case-by-case basis, it is highly important to ensure they have access to useful and high-quality information on the economic consequences of health technologies (Morgan & Hurley, 2004). Since every decision has an opportunity cost, ignoring economic information in FPs' clinical decision-making may have a broad impact on health care efficiency (Kanavos, Trueman, & Bosilevac, 2000).

To date, almost all empirical studies on the use of economic evaluation in health care decision-making have used a quantitative (i.e., survey) approach and most have investigated decision-making at the macro and meso levels. No doubt these studies have contributed valuable knowledge about use and barriers to use, but still there are limits to this knowledge. First, empirical work conducted to date has neither addressed all of the factors influencing FPs nor taken into account the complexity of the decision-making process. Knowledge translation of economic evaluation is often based on taken-for-granted assumptions about actors' interests and interactions, neglecting much of the complexity of social reality (Jan, 2003). Current health economic decision frameworks may not reflect the context in which decisions in the real world of clinical practice are made (Kernick, 2000). In fact, relationships and contextual factors are often marginalized or ignored in economic evaluation research (Lessard, 2007). The EBM and health economics literature frequently assume a rational and linear decision-making process (Coyle, 1993; Haines & Donald, 2004; Straus, Richardson, Glasziou, & Haynes, 2005). Clinical decision-making is a complex

social, dynamic and multifaceted process, involving relationships and contextual embeddedness (Clark, Potter, & McKinlay, 1991; Lipman, Murtagh, & Thomson, 2004; Tracy, Dantas, & Upshur, 2003). FPs are embedded in complex social networks that have a significant impact on knowledge, skills, attitudes, behaviours and practices, and on the information being used (Dopson, FitzGerald, Ferlie, Gabbay, & Locock, 2002; Ferlie, Fitzgerald, & Wood, 2000; Fernández et al., 2000; Hannes et al., 2005). Because of their socially constructed nature, understanding knowledge, preferences, professional culture, behaviours, practices, decision-making, power and ideology requires serious attention to social reality (Bourdieu, 2005; Lessard, 2007; Small & Mannion, 2005). Thus, knowledge translation of economic evaluation is not independent of the context. It is complex and as such, does not follow a logical, rational and linear path but rather involves an uncertain and contested process (Dopson et al., 2002; Ferlie et al., 2000). So far, however, there has been little exploration, particularly by health economists and economic evaluators, as to whether the problem may be more fundamental and reside in a misunderstanding of the process of decision-making in practice (Jan, 2003).

Secondly, there are limitations to the predominant research method adopted in the investigations studying the role of economic evaluation in decision-making. The survey design does not allow researchers to develop an understanding of the circumstances and contexts of the individual, nor to explore in-depth issues of concern (Rossi, Lipsey, & Freeman, 2004). Some recent research have used a qualitative approach to explore the role of economic evaluation in decision-making (Chen, Ashcroft, & Elliott, 2007; Eddama & Coast, 2009; Späth, 2001; Teerawattananon & Russell, 2008; Williams, McIver, Moore, & Bryan, 2008). Although the results have provided new valuable insights, these qualitative studies have largely remained atheoretical (i.e., unrelated to or lacking an explicit theoretical or conceptual basis) and have not moved beyond the descriptive level (i.e., description of a range of categories). Yet descriptions of relationships are not mandatory at this level of detail. Of particular interest to researchers in the fields of EBM and economic evaluation is the problematic concerning the relationship (or, in fact, the lack of one) between beliefs and professional behaviour. In both fields, research has shown discrepancies between beliefs about the potential role of EBM/economic evaluation and practice. There is a need to address the relationship between the perceptions, thoughts, appreciations and practices of decision makers, and the social structures in which they operate (Williams et al., 2008). Indeed,

what is needed is an understanding of this issue at a theoretical level. The advantage of a theoretical approach is two-fold. First, the theory and corresponding framework provide the questions for analysis and influence key decisions regarding the research process (e.g., design, sampling, data collection). Second, this approach allows the researcher to transcend the purely descriptive, to think conceptually and theoretically about the relationships within the data, and to offer explanatory insights into the social phenomenon of interest.

The arguments above highlight the need to explore the role of economic evaluation in decision-making from a disciplinary perspective different than health economics. This paper argues for a new conceptualization of the role of economic evaluation in FPs' decision-making, and proposes Pierre Bourdieu's sociological theory as a research framework. His concepts offer the possibility of exploring the relationship between social structures and individuals. They provide a framework for research and theory development.

The paper first surveys the current state of knowledge on economic evaluation in health care, EBM in health care, and FP in health care. We believe an extensive review is necessary for the following two main reasons: (1) Economic evaluation findings are a type of research evidence, and as such, how FPs' conceptualize the role of EBM in clinical practice is likely to have a significant impact on their use of health economic information in decision-making; (2) Because physicians function as gatekeepers in many health systems, how they conceptualize the nature and role of their profession will greatly influence what shape the resource allocation issue will take (Kluge, 2007). Thus, surveying the literature on economic evaluation along with the literature on EBM and FP provides a more complete appreciation of the complexity of the research problem. The paper then presents Bourdieu's theory of practice and its relationship with family medicine, and highlights some of the main challenges and issues with Bourdieu's framework. This leads to a discussion of the relative merits of Bourdieu's perspective for studying the role of economic evaluation in FPs' decision-making. Finally, the paper concludes with the original empirical and theoretical contributions that the proposed research approach could make to the development of knowledge.

## **Current state of knowledge**

### **Economic evaluation in health care**

Health economics is the branch of economics partly concerned with health resource allocation to maximize the health of the community. Economic evaluations are analytic techniques for identifying, measuring, valuing and comparing the costs and consequences of alternative health technologies. Their role is to provide high-quality information to aid the decision-making process. There are a number of specific techniques, each dealing with costs but differing (among other things) in the extent to which the consequences are measured and valued: cost-minimization, cost-effectiveness, cost-utility, and cost-benefit analyses (Drummond, O'Brien, Stoddart, & Torrance, 1997). A cost-consequences approach has also been proposed (Coast, 2004).

### **Economic evaluation and decision-making**

The literature contains a number of empirical studies investigating the use of economic evaluation in health care decision-making, including six systematic reviews. Most of the empirical studies were conducted in the US and UK, adopted a quantitative (i.e., postal and telephone survey) approach to data collection and analysis and investigated decision-making at the macro and meso levels. Although decision-makers generally considered economic evaluations useful and recognized their potential role in decision-making, the results showed the limited influence of economic evaluation on decision-making (Drummond et al., 2003; Eddama & Coast, 2008; Späth, 2001; van Velden, Severens, & Novak, 2005; Walkom, Robertson, Newby, & Pillay, 2006; Williams et al., 2008). Nonetheless, there is a trend towards greater use of economic evaluation, especially at the macro level, with a growing number of jurisdictions adopting a formal requirement for health economic information (Eddama & Coast, 2008). Yet, the extent of use at the meso and micro levels remains limited. For instance, even within the UK, where the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) makes extensive and explicit use of economic evaluation for its central technology appraisal, evidence shows that use of economic evaluation is still limited at the local level (Buxton, 2006; Eddama & Coast, 2009; Williams et al., 2008). Moreover, the appropriate

consideration and impact of health economic concepts on the development of NICE guidance is less well-defined (Buxton, 2006).

Several barriers to the use of economic evaluation in decision-making were identified, which can be divided into three categories of factors: individual/professional, contextual and methodological. The research highlighted the decision-makers' lack of knowledge and understanding of concepts, principles and methods of economic evaluation. Decision-makers often failed to consider economic evaluation due to access and time constraints. There were ethical concerns about the utilitarian approach of economic evaluation, with some decision-makers reporting that they may deviate from this perspective in order to achieve a more equitable and fair allocation of resources. Some also reported giving greater importance to information on therapeutic value, severity of disease, acquisition costs and affordability; health economic information being of secondary importance to these criteria, especially at the micro level. Further barriers to use included inflexible and limited health care budgets, along with political, organizational and social factors (Chen et al., 2007; Drummond et al., 2003; Eddama & Coast, 2008, 2009; Rousseau, 2000; Späth, 2001; Teerawattananon & Russell, 2008; van Velden et al., 2005; Walkom et al., 2006; Williams et al., 2008). Some decision-makers expressed concerns about political pressure and the distribution of power (Teerawattananon & Russell, 2008). The perspective of the economic evaluation may not be from the viewpoint of the organizational setting, whereas its endpoints, such as quality-adjusted life years (QALYs), may not appear appropriate from the organization's perspective (Eddama & Coast, 2008, 2009; Williams et al., 2008). The opinions and pressures of peers, leaders and stakeholders (including patients) were reported to be influential (Chen et al., 2007; Rousseau, 2000). Relations between decision-makers and the pharmaceutical industry were reported to be influential as well (Späth, 2001). Lastly, a number of identified barriers centred on limitations in the theory and practice of economic evaluation, including concerns about the concepts and methods, reliability, relevance, availability, funding sources, generalizability and presentation of economic evaluation findings (Chen et al., 2007; Drummond et al., 2003; Eddama & Coast, 2008; Rousseau, 2000; Späth, 2001; Teerawattananon & Russell, 2008; van Velden et al., 2005; Walkom et al., 2006; Williams et al., 2008).



## **EBM in health care**

Clinical practice according to an EBM approach involves integrating the best research-based information with clinical expertise and patient circumstances as the foundation for clinical decision-making. It follows a five-step process that includes formulating a clear clinical question from a patient's problem, searching the literature for relevant information, critically appraising the information retrieved, applying the information in clinical practice, and evaluating the outcomes (Straus et al., 2005). For a number of years, many have viewed EMB as an important means of improving the quality and efficiency of care (Dopson et al., 2002).

## **EBM and clinical decision-making**

Findings from health services research consistently show disparities between clinical practice and research-based best clinical practice (Grimshaw, Eccles, Walker, & Thomas, 2002). Although acceptance of the principle of EBM is increasing among FPs, some are concerned that the current EBM model represents a move away from the experiential nature of practice (i.e., the 'art of medicine') and poses a threat to their autonomy. Apart from the quality of the information, there are concerns over conflicting information, frustrations over lack of information or its limited applicability to individual patients, and problems with access to the information at the time of decision-making (Hannes et al., 2005; Putnam, Twohig, Burge, Jackson, & Cox, 2002; Tracy, Dantas, & Upshur, 2003). Still, there may be different views as to what constitutes 'the evidence' (Beaulieu et al., 2008a; Lipman et al., 2004). Both the production and use of research-based information are socially, historically and scientifically constructed processes, of which there are multiple interpretations of research findings by different stakeholders and in different contexts (Dopson et al., 2002; Ferlie et al., 2000).

The development of an EBM approach to clinical decision-making is a complex process that may be challenged by many factors affecting practice, including: physician-related, patient-related, setting-related, health system-related, social network-related and commercial/advertising/media information-related factors. The literature emphasizes the significant role played by physician-related factors, including both personal (e.g., age, gender, socioeconomic

status, motivations, attitudes, tastes, personal experiences) and professional characteristics (e.g., education, training, skills, knowledge, practice style) (Eisenberg, 2002; Lipman et al., 2004; Putnam et al., 2002; Watkins et al., 2003). Lack of time, EBM-resources and skills in critical appraisal of medical literature may hinder the uptake of research-based information by FPs (Hannes et al., 2005; Lorenz et al., 2005; Putnam et al., 2002). Clinical decisions are also influenced by considerations of clinical factors, therapeutic value, appropriateness, convenience and (out-of-pocket) costs (Beaulieu et al., 2008a; Eisenberg, 2002; Lipman et al., 2004). Because so much of medical practice is based on the interaction between the physician and the patient, the EBM approach to decision-making is impacted by the patient's characteristics (e.g., age, gender, socioeconomic status, values, attitudes, expectations, knowledge, perspectives, social context) (Eisenberg, 2002; Lipman et al., 2004; Putnam et al., 2002; Tracy, Dantas, Moineddin, et al., 2003; Watkins et al., 2003).

The local and wider contexts (i.e., the setting in which clinical practice occurs) have been found to exert a powerful influence on the development of an EBM approach (Dopson et al., 2002; Ferlie et al., 2000; Fernández et al., 2000; McCormack et al., 2002; Putnam et al., 2002; Tracy, Dantas, Moineddin, et al., 2003). Practice takes place in diverse and complex social, environmental and organizational settings that are all shaped by social, historical, political, economic, cultural and psychological factors (McCormack et al., 2002). The EBM approach to practice may be facilitated or impeded by the structures of the health system, including available resources (Dopson et al., 2002; Ferlie et al., 2000). Physicians are embedded in complex professional social networks that have a significant impact on both the information being used and clinical practice (Dopson et al., 2002; Ferlie et al., 2000; Fernández et al., 2000; Hannes et al., 2005; West et al., 1999). Lastly, physicians, patients and the general population are exposed to an ever-increasing amount of information from different sources (e.g., pharmaceutical firms and their representatives, patient/consumer organizations, media/internet), which may affect evidence-based acting and thinking (Beaulieu et al., 2008a; Hannes et al., 2005).

## **FP in health care**

Primary care encompasses first-line care and, for most people, it constitutes the point of entry into the health system, often through a FP (Rakel, 2007). The FP is the physician generalist

who is primarily responsible for providing and coordinating personal episodic or continuing, comprehensive health care to individuals (regardless of age, gender, social class, race, culture, disease or organ system, and methods used) within the context of family and community (McWhinney, 1997; Rakel, 2007; WONCA, 1991; WONCA Europe, 2002; WONCA/WHO, 2002).

### **FP, family medicine and the medical professional system**

The medical professional system consists of an important set of shared professional values, behavioural norms and traditions that determine and regulate medical practice. It is composed of two professional subsystems, which form the set of relationships that make up professional practice: formal (e.g., academic institutions, professional associations, scientific literature) and informal (e.g., opinion leaders, colleagues) (Fernández et al., 2000; Freidson, 1988). Expertise (i.e., knowledge and specialized skills) and values are acquired by the medical professional through many years of training and socialization processes, maintained through rigorous internal standards and protected through formal professional structures and associations (Freidson, 1988). Like all professions, medicine makes use of two types of knowledge: propositional (technical) and non-propositional (experiential). Propositional knowledge is formal and explicit, and acquired from scholarship and research. Non-propositional knowledge is both informal and implicit (tacit), and acquired primarily through professional practice and personal life experiences (McWhinney, 1997; Thornton, 2006). Medicine makes use of the physician's non-propositional knowledge in the form of clinical intuition (or clinical judgement), skills, cognitive knowledge structures (e.g., pattern recognition, scripts) and insights (e.g., rules of thumb/heuristics) (André, Borgquist, Foldevi, & Mölsted, 2002; Charlin, Tardif, & Boshuizen, 2000; Elstein & Schwarz, 2002; Farand & Arocha, 2004).

WONCA is an international organization currently made up of 120 member organizations (i.e., national colleges, academies or organizations) in 99 countries from seven WONCA regions (i.e., Africa, North America, Asia Pacific, Europe, Middle East South Asia, Iberoamericana-CIMF, WONCA East Mediterranean Region), concerned with the academic aspects of general family practice. Family medicine/general practice can be described as a body of knowledge, skills and attitudes which comprise the foundation of general family practice. It is a discipline that shares many areas of content with other medical specialities, incorporating this shared knowledge and

using it to deliver primary care. Relationship-centred patient care is the fundamental philosophical tenet of the discipline. The core values of family medicine emphasize accessible, comprehensive, continuous, coordinated and contextual care (McWhinney, 1997; Rakel, 2007; WONCA, 1991; WONCA Europe, 2002; WONCA/WHO, 2002). Shared experiences establish a common viewpoint among FPs, despite their dissimilar cultures and diverse educational and training backgrounds. As a result, the knowledge, skills, attitudes and practice patterns seem to be remarkably comparable throughout the world (WONCA/WHO, 2002). Although none of the values and principles of family medicine are unique to this discipline, when taken as a whole, they represent a distinctive ideology that is inherently distinguishable from that of other medical specialities, and with which it defends its position in the medical professional system (Beaulieu, Rioux, Rocher, Samson, & Boucher, 2008b; McWhinney, 1997).

### **FP and clinical decision-making**

The literature, including work in EBM and health economics, often assumes a rational, linear decision-making process (Coyle, 1993; Haines & Donald, 2004; Straus et al., 2005). However, evidence suggests that FPs' decisions are only partly influenced by a rational evaluation of information at the time of decision-making (Lipman et al., 2004). Clinical intuition is increasingly considered a key component of decision-making in primary care; guiding FPs' to a large proportion of routine clinical decisions. In unfamiliar situations, FPs reported seeking information and experience, and using a more rational approach to decision-making (Greenhalgh, 2002). Furthermore, the modern physician-patient relationship allows for greater respect for patient autonomy and involvement in clinical decision-making, which implies sharing of information and decisions (Jones et al., 2004). In fact, clinical decisions emerge from a complex, multifaceted, context-sensitive and often non-linear process, sometimes involving many individuals and taking place over time (Clark et al., 1991; Lipman et al., 2004; Tracy, Dantas, & Upshur, 2003).

### **FP, ethics and health rationing**

The Hippocratic tradition of medical ethics emphasizes the physicians' moral duty to treat patients to the best of their ability. This deontological construct of ethics establishes a fiduciary

relationship between physician and patient (Kluge, 2007; Weinstein, 2001). At the same time, both medical specialists and FPs have a duty to society to be responsible stewards of scarce health resources (Weinstein, 2001; WHO/WONCA, 1995; WONCA, 1991; WONCA Europe, 2002). Rationing decisions at the individual patient level is controversial, raising moral and ethical issues for FPs because it requires judgements that conflict with their professional values and objectives (Berney et al., 2005; Carlsen & Norheim, 2005; Jones et al., 2004; Perneger, Martin, & Bovier, 2002; Willems, 2001).

## **Bourdieu's theory of practice**

Bourdieu's attempt to transcend the opposition between objectivism and subjectivism is key to his work. He argued that practices were not the mechanical results of social conditions, and that individuals cannot be considered fully free and independent. Bourdieu's theory of practice involves both subjectivity and objectivity, providing a powerful framework for understanding the practices of individuals and groups in the social world (Rhynas, 2005). His foundational concepts are field, capital and habitus. All three concepts are open and relational, that is, their definition can only be systemic and understood in relation to one another (Adkins, 2003; Bourdieu, 1977, 1990; Bourdieu & Wacquant, 1992; Fuchs, 2003; Rhynas, 2005).

## **Bourdieu's conceptual framework and its relationship with family medicine**

Bourdieu understands society as being composed of a range of differentiated semi-autonomous fields. A field is presented as a network, or a configuration, of objective historical relations between social positions anchored in certain forms of power (or capital) (Bourdieu, 1977, 1990; Bourdieu & Wacquant, 1992). Fields may be material, social or symbolic institutions (e.g., academia, medicine, religion, sports) within which social activity takes place. Practices are both informed and constrained by the context of the field (Adkins, 2003; Fuchs, 2003; Rhynas, 2005). Each field possesses its own particular values and norms of behaviour which it imposes on all the individuals which enter in it. Each field also has its own history, habitus, hierarchy, logic and

boundaries. These regulative principles delimit a social arena (i.e., a space of struggle and conflict) in which individuals vie to establish monopoly over the resources, goods or values (i.e., capital) effective in it (e.g., academic authority in the field of academia, medical authority in the field of medicine and so forth) (Bourdieu & Wacquant, 1992). Individuals have the power to engage in the struggles defining the field only because they can mobilise the capital which is at stake. The position they hold in the field is determined by the type and volume of capital to which they have access. However, the field is not a static but a dynamic entity, which alters through time as its boundaries are challenged by practices and power dynamics. The interactions between the institutions, regulative principles and practices within the field have the potential to change the nature and future direction of that field (Rhynas, 2005). There are power relations between individuals occupying different social positions. Individuals also struggle to maintain or improve their social position with respect to the particular type of capital which is at stake (Bourdieu, 1977, 1990; Bourdieu & Wacquant, 1992; Fuchs, 2003; Peillon, 1998; Rhynas, 2005). For instance, the field of family medicine has its own history and culture, distinctive ideology, educational training and certification programs as well as its own professional and scientific organizations and journals. It can be considered to be a separate field, but viewed from another angle, it is a subfield within the field of medicine. The field of medicine is itself a subfield within the wider field of health care.

Bourdieu conceptualizes the resources, goods and values available to individuals in all fields as capital. Capital is essentially a resource which yields power. He differentiates four types of capital:

- 1) Economic capital, which corresponds to money and other resources readily convertible to money;
- 2) Cultural capital, which exists in three forms:
  - ‘embodied’ (i.e., in the form of cultural habitus; e.g., personal character, way of thinking);
  - ‘objectified’ (i.e., in the form of cultural goods; e.g. technology, artwork); and
  - ‘institutionalized’ (i.e., in the form of educational qualifications and credentials; e.g. degrees, skills, knowledge);
- 3) Social capital, which refers to group membership, and network of relationships; and
- 4) Symbolic capital, which refers to honour, reputation and prestige. It is the form taken by economic, cultural or social capital when its possession is socially recognized and perceived as legitimate (Bourdieu, 1977, 1986, 1990; Bourdieu & Wacquant, 1992). The four types of capital are

'inextricably interlinked' (Bourdieu, 1977); i.e. they do not function independently, nor are they determined by one type (Fuchs, 2003). The four types of capital are unequally distributed. Each field has its own hierarchy of capital and its own logic of capital accumulation. In the field of academia, for example, tenure, publications and grant funding constitute a form of cultural and symbolic capital. For Bourdieu, the dominant fields are a result of the distribution of the four types of capital. Within each field, there is again a different distribution of the four types of capital and this results in a hierarchy of positions (Bourdieu, 1977, 1986, 1990; Bourdieu & Wacquant, 1992; Fuchs, 2003; Peillon, 1998). For instance, the field of family medicine is influenced by economic concerns (e.g. remuneration), but also places value on other forms of capital such as relationship-centred, comprehensive, continuous, coordinated and contextual care. As mentioned in the section "FP, family medicine and the medical professional system", although none of the values and principles of family medicine are unique to this field, when taken as a whole, they represent a distinctive ideology that is distinctively distinguishable from that of other medical fields, and with which it defends its position in the field of medicine. Nevertheless, as medicine becomes more specialized and complex there is increasing prestige accorded to advanced knowledge, expertise and research skills over continuing personal and comprehensive care (Beaulieu et al., 2008b; McWhinney, 1997). Thus, within the fields of medicine and health care, medical specialists may have a higher status than FPs.

Bourdieu uses the concept of habitus to explain the way in which objective social structures become embedded in the subjective, mental experience of individuals, and thereby influence individuals' practices. The habitus is produced in response to objective conditions of existence within a particular society or field (Chambers, 2005). Habitus is defined as a system of durable, transposable dispositions (i.e., schemes of perception, thought and action) predisposed to function as principles which generate and organize practices and representations. Individuals acquire early in life a habitus that shapes primary social experiences and influences future behaviours (Bourdieu, 1977, 1990; Bourdieu & Wacquant, 1992). The habitus enables and constrains individual and collective practices. These practices are themselves constitutive of the dispositions of the habitus (Adkins, 2003). Habitus is an embodied reality that is developed by imitation as individuals unconsciously incorporate behaviours into their habitus, imitating other individuals within the field (Rhynas, 2005). This does not necessarily mean that all members of a group perceive, think and act

the same way, nor that it is possible to fully predict their behaviour in a specific situation. It suggests instead that members of a group would, to a certain extent, show similarities in behaviour in many situations (Fuchs, 2003; Lindbladh et al., 1996). Furthermore, habitus depends on and is influenced by the context conditions of the field (Adkins, 2003; Fuchs, 2003; Rhynas, 2005). It yields a context-sensitive ‘practical sense’ (also referred to as a ‘feel for the game’), i.e., a pre-reflexive, unconscious practical mastery. In this situation, individuals take recourse to strategies and choose the most appropriate course of action to achieve their goals, but not one necessarily based on rational thought (Adkins, 2003; Bourdieu, 1977, 1990; Bourdieu & Wacquant, 1992; Fuchs, 2003; Peillon 1998). Bourdieu uses football players as examples: “*[Practical sense] constitutes the world as meaningful by spontaneously anticipating its immanent tendencies in the manner of the ball player endowed with great “field vision” who, caught in the heat of the action, instantaneously intuits the moves of his opponents and teammates, acts and reacts in an “inspired” manner without the benefit of hindsight and calculative reason*” (Bourdieu & Wacquant, 1992, p.20-21). For instance, in the field of family medicine, expertise and values are acquired by the FPs through many years of training and socialization processes. They observe the way their colleagues interact with patients, think about health conditions and perceive various forms of information. FPs’ perceptions, thoughts and actions will also be influenced by their clinical context and by their personal characteristics, history and experiences. They develop (clinical) intuitive expectations as a result of the routine nature of clinical practice. All these factors contribute in the development of FPs’ habitus.

In sum, Bourdieu posits that social practices result from complex interrelationships between the habitus, capital and field. His three foundational concepts are encapsulated in the following formula:

« *[(Habitus)(Capital)] + Field = Practice* » (Bourdieu, 1984, p.101).

Although Bourdieu’s aim was to uncover the complexity of social reality, caution should be exercised when considering this formula as it may have the paradoxical effect of giving the illusion of a ‘reductionist comprehension’ (Laberge & Kay, 2002). Bourdieu’s main intention with this formulation was to stress the centrality of the relationship between social fields and habitus in social practices. It is the concept of habitus that provides the explanatory link between practices and social structures. Habitus interacts with capital as individuals struggle for capital but are predisposed by



their habitus. However, the habitus and capital are intertwined with a specific field (Adkins, 2003; Rhynas, 2005).

### **Challenges and issues with Bourdieu's framework**

It is important to mention that Bourdieu's framework is not without challenges and issues. Although a full review is beyond the scope of this paper, a few of the most enduring pitfalls will be briefly pointed out. The main challenges involve reading and understanding Bourdieu's work. The texts of this prolific author, whether the original French or translated versions, are sometimes inaccessible to readers because of both the complex meanings of his writing and the variety of subjects covered in his life's work (Calhoun, LiPuma, & Postone, 1993; Laberge & Kay, 2002; Rhynas 2005). Bourdieu developed and refined his conceptual apparatus and mode of sociological inquiry throughout his research, which means that partial reading of his work may lead to misinterpretation of his conceptualization. Furthermore, his concepts are not operationally defined or intended to be used rigidly, but are rather left deliberately vague, open and adaptable which may result in confusion and ambiguity (Laberge & Kay, 2002). Bourdieu's intention was for his work to remain detached from any one particular academic field of study in order that his concepts could be used widely and not be interpreted within a single academic discipline. Nevertheless, effective interpretation is possible when reading the original texts in conjunction with the increasing availability of sociological accounts and commentary texts of his work (Rhynas, 2005).

While Bourdieu's social theory has the capacity to explain social reproduction, it has been criticized for being deterministic, and thus for not accounting for social change/transformation and critical reflexivity (Calhoun et al. 1993; Jenkins, 1992; Laberge & Kay, 2002; Mutch, 2003). For example, Jenkins (1992) argued that in Bourdieu's world, practice is seen to be an outcome of habitus and, as a consequence, choices and conscious deliberative decisions are underplayed. But Bourdieu's theory does address issues of social change and, moreover, links social transformation to increased capacities for critical reflection. Specifically, there are increased possibilities for both social change and critical reflexivity when there is discord between the routine adjustment of subjective (habitus) and objective (field) structures (Adkins, 2003; Chambers, 2005). According to Bourdieu's definition, the dispositions are durable, because they last throughout the life of the

individual, but are also generative and transposable, because they may generate practices in a wide variety of social fields (Bourdieu, 1993). Habitus allows for freedom of invention and improvisation, emphasizing the knowledgeable, creative, reflective and self-conscious capacities of human beings (Bourdieu, 1977, 1990; Fuchs, 2003). It establishes an active and creative relation between individuals and their world, in which the potentiality for innovative or creative practice is never foreclosed (McNay, 1999). Because of the complexity of social interactions and relationships, there remains a degree of uncertainty in all social situations. Furthermore, habitus allows ‘conditioned and conditional freedom’ of action, in so far as it depends on and is influenced by the context conditions of the field (Bourdieu, 1977, 1990). This entails both relative unpredictability and limited diversity of practices (Adkins, 2003; Bourdieu, 1990; Fuchs, 2003; Rhynas, 2005). While an individual may be predisposed to act in certain ways, a disjunction between his habitus and the field within which he operates may provide the mechanism for altering his dispositions and practices: “... *[habitus] is an open system of dispositions that is constantly subjected to experiences, and therefore constantly affected by them in a way that either reinforces or modifies its structures*” (Bourdieu & Wacquant, 1992, p.133). The possibility for change may also arise via reflexive analysis, i.e., via an awakening of self-consciousness and a form of ‘self-work’ that enables individuals to identify their dispositions and the social structures to which they correspond (Bourdieu & Wacquant, 1992; Chambers, 2005). This self-analysis complements habitus since habitus mediates between objective social structures and individuals’ subjective practices that reflexive analysis investigates (Chambers, 2005). Despite these pitfalls, Bourdieu theoretical framework has the merit, among other things, to emphasize the broader social determinants and constraints on practice (Williams, 1995).

## **Relative merits of Bourdieu’s perspective for studying the role of economic evaluation in clinical decision-making**

Some important features are common to both health economics and Bourdieu’s sociological perspectives. Both approaches agree that practice/behaviour should be investigated as a decision-making process at the individual level. However, for the health economics perspective, the underlying assumption about the choice of individuals is one of free choice, whereas it is one of

socially conditioned choice for the sociological perspective (Lindbladh et al., 1996). The economic approach aims to identify general principles of individual behaviour. Bourdieu's sociological theory, on the other hand, treats individual perceptions, thoughts, appreciations and actions as an illustration of the general, highlighting how structural determinants are displayed in individuality (Lindbladh et al., 1996).

Both health economics and sociological approaches define individuals as rational actors. From the health economics (and medical) perspective, it is a question of an instrumental rationality, i.e., a rationality concerned with outcomes (Lindbladh et al., 1996). The sociological approach to rationality is fundamentally different. It is a question of subjective rationality, i.e., a rationality concerned with understanding individual behaviour from the individual's perspective (Bourdieu & Wacquant, 1992; Lindbladh et al., 1996). Bourdieu stresses the socially and historically constructed nature of practice. His perspective offers a distinct conceptualization of the 'social actor' as a product of social embeddedness, as embodied dispositions acquired through socialization and determined by the position of the individual in the field (Bourdieu 1990; Bourdieu & Wacquant, 1992). He also highlights the fact that practice is not without purpose or intent, and acknowledges the role of the individual's personal interests, goals and experience of social reality in influencing practice (Jenkins, 1992; Williams, 1995). Nevertheless, Bourdieu's theory of practice illustrates how the context-sensitive nature of practice cannot be grasped in either subjectivist or objectivist frameworks, but rather, must be understood as a socially and historically constituted 'practical sense' (i.e., a 'feel for the game') (Adkins, 2003; Bourdieu, 1977, 1990; Bourdieu & Wacquant, 1992). This practical mastery of the logic of the game is acquired through experience of the game and largely works outside conscious control and discourse (Bourdieu, 1990; Williams, 1995). The distinct merit of Bourdieu's dynamic approach lies in the way in which it could offer an explanation for the relative durability and unthinking nature of clinical practice, and to do so in a way which links structure (capital, field) and agency (individual practice) through the habitus (Williams, 1995).

Both health economics and sociological approaches share several determinants of individual behaviour, although the treatment of these factors and their explanatory status are different following their incorporation in different theoretical perspectives. The division of the determinants of behaviour into two groups, corresponding to the macro (structural) level and the micro

(individual) level, is of fundamental importance in Bourdieu's model, as it is the basis for his sociological mode of analysis. However, this division does not exist in the health economic mode of analysis as the same model of individual decision-making is used at all levels (Lindbladh et al., 1996). The work of Bourdieu is based on relationship and context, and on the centrality of the interplay between individuals and the social structures in which they evolve (Laberge and Kay, 2002; Rhynas, 2005). His perspective is relational in that it gives primacy to relations rather than to individuals or structures. Bourdieu's sociological theory posits that practices of individuals, and of social groups of similar individuals, are the outcomes of dialectical relationships between the concepts of field, capital and habitus (Bourdieu, 1977). Thus, its use as a theoretical research framework could offer the possibility of exploring FPs' relationships with the structures, actors (i.e., individuals, social groups, institutions) and economic evaluation information within the field.

At the micro level of analysis, the health economics model treats norms, habits, perceptions and appreciations as determinants of individual behaviour, whereas these factors are treated as outcomes of a particular habitus in Bourdieu's model. Furthermore, Bourdieu's original contribution comes from understanding why and how these factors differ between social groups. It promises valuable insights into the socially and historically constructed nature of norms, habits, perceptions and appreciations (Lindbladh et al., 1996). The concept of habitus can thus be of great use in exploring and understanding FPs' dispositions (i.e., schemes of perception, thought and action) with respect to the role of economic evaluation in decision-making, and how these dispositions have been shaped by their (personal and professional) life histories. For example, because physicians function as gatekeepers to health care resources, how they conceptualize the nature and role of their profession will greatly influence what shape the resource allocation issue will take (Kluge, 2007). Over the last 20 years or so, economic concepts such as scarcity, costs, choice, resource allocation/management, efficiency, cost-effectiveness and optimality, have been widely incorporated in the official discourse of WONCA and its member organizations (WHO/WONCA, 1995; WONCA, 1991; WONCA Europe, 2002). Habitus may be seen to influence how FPs, both individually and as an occupational group, perceive, appreciate, understand and interpret economic evaluation information. Knowledge translation of economic evaluation is not totally independent of the interests of those who perceive them. The role (or not) of economic evaluation in the decision-making process of individual FPs may be seen to reflect the collective

habitus of FPs, i.e., a set of practices shared by the occupational group. This collective habitus may generate a strategy by which FPs can deal with economic evaluations in a way that considers their interests without explicating-and even 'without knowing'-these interests (Lumme-Sandt & Virtanen, 2002). Thus, studying the decision-making process of FPs using Bourdieu's notion of habitus may provide important insight into the apparent paradox in the EBM and economic evaluation literature between beliefs and professional behaviour.

At the macro level of analysis, Bourdieu's sociological model allows the study of structural changes as they appear in the everyday life of the individual, perceived and organized from his position in the social field (Lindbladh et al., 1996). It promises valuable insights into the interrelationships between the social structures and FPs within the field. The concept of field can be of great use in exploring and understanding how the wider relationships in which FPs are involved influence their willingness to contribute to cost-effective resource allocation. FPs' dispositions with respect to the role of economic evaluation in decision-making are shaped and reshaped in relation to the perceived individual and social contexts. For example, the concept of habitus always exists in dialectical relationship to the concept of field; in this case, the field of family medicine. It would be important to understand how the discipline of family medicine has evolved (history and culture). It would also be important to explore the field of family medicine in relation to the fields of medicine and power, and the discernable forms of capital at stake in the field of family medicine. The concept of capital can be of great use in exploring and understanding the capital FPs possess as they use strategies to maintain or improve their social position in the field with respect to the particular type of capital at stake (Peillon, 1998; Rhynas, 2005; Williams, 1995). It promises valuable insights into the 'capital' of knowledge that FPs may have about economic evaluation, and the economic, cultural, social, and symbolic capital investments required and benefits (or losses) expected from the consideration of economic evaluation information in making clinical decisions (Laberge & Kay, 2002).

## **Conclusion**

This paper argues for an innovative conceptualization and theorization of the role of economic evaluation in FPs' decision-making. Surveying the literature on economic evaluation

along with the literature on EBM and on FP provides a more complete appreciation of the complexity of the research problem. It highlights that to date, empirical work on the use of economic evaluation in decision-making has neither addressed all of the factors influencing FPs nor taken into account the complexity of the decision-making process. Furthermore, this empirical work has largely remained atheoretical and descriptive. Yet, the reasons why economic evaluation has a role, or not, in FPs' decision-making are complex, and individual, professional, organizational, political, economic, cultural and social factors are closely entwined. There is a need to address the relationship between FPs' perceptions, thoughts, appreciations and practices toward economic evaluation as an aid for decision-making, and the social structures in which they operate. Indeed, what is needed is an understanding of this issue at a theoretical level. This is clearly and definitely an important goal as this understanding of the problem would lead to a vastly different understanding of what solutions are necessary.

Bourdieu's sociological theory could substantially contribute to a more complex, comprehensive understanding by providing a framework for both research and theory development. We are currently applying Bourdieu's theoretical framework to an embedded qualitative multiple-case study designed to understand the role of economic evaluation in FPs' decision-making. Our protocol is beyond the scope of this paper and is available elsewhere (Lessard, Contandriopoulos, & Beaulieu, 2009). Bourdieu's foundational concepts offer the possibility of exploring the interactions between FPs, structures and economic evaluations. Examining the data through Bourdieu's relational method promises comprehensive insights into the socially, historically, and scientifically constructed nature of knowledge translation of economic evaluation research. The proposed research approach could contribute to a deeper understanding of: 1) the social processes that influence FPs' schemes of perception, thought and action with respect to the role of economic evaluation in clinical decision-making; 2) the wider social relationships that influence FPs' willingness to contribute to efficient resource allocation; and 3) the potential influence of economic evaluation on everyday clinical decision-making. These potential empirical outcomes could lead to an increasing role of economic evaluation in clinical decision-making by making recommendations for improving the practice of economic evaluation (e.g., development of health economic decision frameworks reflecting the context in which decisions in the real world of clinical practice are made) and by proposing interventions centred around physicians. Bourdieu's concepts also offer economic

evaluation researchers a framework for theory development. The proposed research approach could also contribute to: 4) the development of a comprehensive conceptual framework for understanding the role of economic evaluation in the decision-making process of FPs, highlighting the complex, dialectical relationship between FPs and social structures; and 5) a deeper understanding of the theory and practice of knowledge translation. These potential theoretical outcomes could lead to the development of effective knowledge translation strategies specific to the primary care sector.

## **Acknowledgements**

This project was supported by a Canadian Institutes for Health Research (CIHR) Institute of Health Services and Policy Research & Knowledge Translation (IHSPR & KT) Fellowship, and a Complementary Doctoral Award from the CIHR Strategic Interdisciplinary Training Program on Analysis and Evaluation of Health Interventions (AnÉIS). The views expressed are not necessarily those of the funders. The authors wish to express their gratitude to the Editor-in-chief and three anonymous reviewers for their constructive comments and suggestions that greatly improved the quality of the paper. An earlier version of the paper was presented at the 2008 European Conference on Health Economics.

## References

- Adkins, L. (2003). Reflexivity: freedom or habit of gender? *Theory, Culture & Society*, 20(6), 21-42.
- André, M., Borgquist, L., Foldevi, M., & Mölstad, S. (2002). Asking for 'rules of thumb': a way to discover tacit knowledge in general practice. *Family Practice*, 19(6), 617-622.
- Bærøe, K. (2008). Priority setting in health care: on the relation between reasonable choices on the micro-level and the macro-level. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 29(2), 87-102.
- Beaulieu, M.-D, Proulx, M., Jobin, G., Kugler, M., Gossard, F., Denis, J.-L., et al. (2008a). When is knowledge ripe for primary care? An exploratory study on the meaning of evidence. *Evaluation & the Health Professions*, 31(1), 22-42.
- Beaulieu, M.-D., Rioux, M., Rocher, G., Samson, L., & Boucher, L. (2008b). Family practice: professional identity in transition. A case study of family medicine in Canada. *Social Science & Medicine*, 67(7), 1153-1163.
- Berney, L., Kelly, M., Doyal, L., Feder, G., Griffiths, C., & Jones, I. R. (2005). Ethical principles and the rationing of health care: a qualitative study in general practice. *British Journal of General Practice*, 55(517):620-625.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction: a social critique of the judgement of taste*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In J. G. Richardson (Ed.). *Handbook of theory and research for the sociology of education* (pp. 241-258). Westport: Greenwood Press.
- Bourdieu, P. (1990). *The logic of practice*. Stanford: Stanford University Press.
- Bourdieu, P. (1993). *The field of cultural production*. Oxford: Polity Press.
- Bourdieu, P. (2005). *The social structures of the economy*. Oxford: Polity Press.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. J. D. (Eds.). (1992). *An invitation to reflexive sociology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Buxton, M. J. (2006). Economic evaluation and decision making in the UK. *Pharmacoeconomics*, 24(11), 1133-1142.
- Calhoun, C., LiPuma, E., & Postone M. (Eds.) (1993). *Bourdieu: critical perspectives*. Cambridge: Polity Press.



- Carlsen, B., & Norheim, O. F. (2005). "Saying no is no easy matter". A qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice. *BMC Health Services Research*, 5, 70.
- Chambers, C. (2005). Masculine domination, radical feminism and change. *Feminist Theory*, 6(3), 325-346.
- Charlin, B., Tardif, J., & Boshuizen, H. P. A. (2000). Scripts and medical diagnostic knowledge: theory and applications for clinical reasoning instruction and research. *Academic Medicine*, 75(2), 182-190.
- Chen, L. C., Ashcroft, D. M., & Elliott, R. A. (2007). Do economic evaluations have a role in decision-making in Medicine Management Committees? A qualitative study. *Pharmacy World & Science*, 29(6), 661-670.
- Clark, J. A., Potter, D. A., & McKinlay, J. B. (1991). Bringing social structures back into clinical decision making. *Social Science & Medicine*, 32(8), 853-866.
- Coast, J. (2004). Is economic evaluation in touch with society's health values? *British Medical Journal*, 329(7476), 1233-1236.
- Coyle, D. (1993). *Increasing the impact of economic evaluations on health-care decision-making* (Discussion paper No. 108). York: University of York, Centre for Health Economics.
- Dopson, S., FitzGerald, L., Ferlie, E., Gabbay, J., & Locock, L. (2002). No magic targets! Changing clinical practice to become more evidence based. *Health Care Management Review*, 27(3), 35-47.
- Drummond, M., Brown, R., Fendrick, A. M., Fullerton, P., Neumann, P., Taylor, R., et al. (2003). Use of pharmacoeconomics information-Report of the ISPOR Task Force on Use of Pharmacoeconomic/Health Economic Information in Health-Care Decision Making. *Value in Health*, 6(4), 407-416.
- Drummond, M. F., O'Brien, B., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (1997). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Eddama, O., & Coast, J. (2008). A systematic review of the use of economic evaluation in local decision-making. *Health Policy*, 86(2-3), 129-141.
- Eddama, O., & Coast, J. (2009). Use of economic evaluation in local health care decision-making in England: a qualitative investigation. *Health Policy*, 89(3), 261-270.

- Eisenberg, J. M. (2002). Physician utilization: the state of research about physicians' practice patterns. *Medical Care*, 40(11), 1016-1035.
- Elstein, A. S., & Schwarz, A. (2002). Clinical problem solving and diagnostic decision making: selective review of the cognitive literature. *British Medical Journal*, 324(7339), 729-732.
- Farand, L., & Arocha, J. (2004). A cognitive science perspective on evidence-based decision-making in medicine. In L. Lemieux-Charles & F. Champagne (Eds.). *Using knowledge and evidence in health care: multidisciplinary perspectives* (pp. 172-198). Toronto: University of Toronto Press.
- Ferlie, E., Fitzgerald, L., & Wood, M. (2000). Getting evidence into clinical practice: an organisational behavior perspective. *Journal of Health Services Research & Policy*, 5(2), 96-102.
- Fernández, L. A., Martín, J. M., del Castillo, J. D., Gaspar, O. S., Millán, J. I., Lozano, M. J., et al. (2000). Sources of influence on medical practice. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(8), 623-630.
- Freidson, E. (1988). *Profession of medicine: a study of sociology of applied knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Fuchs, C. (2003). Some implications of Pierre Bourdieu's works for a theory of social self-organization. *European Journal of Social Theory*, 6(4), 387-408.
- Greenhalgh, T. (2002). Intuition and evidence-uneasy bedfellows? *British Journal of General Practice*, 52(478), 395-400.
- Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Walker, A. E., & Thomas, R. E. (2002). Changing physicians' behavior: what works and thoughts on getting more things to work. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 22(4), 237-243.
- Haines, A., & Donald, A. (Eds.) (2004). *Getting research findings into practice* (2nd ed.). London: BMJ Publishing Group.
- Hannes, K., Leys, M., Vermeire, E., Aertgeerts, B., Buntinx, F., & Depoorter, A. M. (2005). Implementing evidence-based medicine in general practice: a focus group based study. *BMC Family Practice*, 6, 37.
- Jan, S. (2003). Why does economic analysis in health care not get implemented more? Towards a greater understanding of the rules of the game and the costs of decision making. *Applied Health Economics and Health Policy*, 2(1), 17-24.

- Jenkins R. (1992). *Pierre Bourdieu*. London: Routledge.
- Jones, I. R., Berney, L., Kelly, M., Doyal, L., Griffiths, C., Feder, G., et al. (2004). Is patient involvement possible when decisions involve scarce resources? A qualitative study of decision-making in primary care. *Social Science & Medicine*, 59(1), 93-102.
- Kanavos, P., Trueman, P., & Bosilevac, A. (2000). Can economic evaluation guidelines improve efficiency in resource allocation? The cases of Portugal, the Netherlands, Finland, and the United Kingdom. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 16(4), 1179-1192.
- Kernick, D. P. (2000). The impact of health economics on healthcare delivery: a primary care perspective. *Pharmacoeconomics*, 18(4), 311-315.
- Kluge, E.-H. W. (2007). Resource allocation in healthcare: implications of models of medicine as a profession. *Medscape General Medicine*, 9(1), 57.
- Laberge, S., & Kay, J. (2002). Pierre Bourdieu's sociocultural theory and sport practice. In J. Maguire & K. Young (Eds). *Theory, sport and society* (pp. 239-266). New York: JAI Press.
- Lessard, C. (2007). Complexity and reflexivity: two important issues for economic evaluation in health care. *Social Science & Medicine*, 64(8), 1754-1765.
- Lessard, C., Contandriopoulos, A.-P., & Beaulieu, M.-D. (2009). The role of economic evaluation in the decision-making process of family physicians: design and methods of a qualitative embedded multiple-case study. *BMC Family Practice*, 10, 15.
- Lindbladh, E., Lyttkens, C. H., Hanson, B. S., Östergren, P., Isacson, S. O., & Lindgren, B. (1996). An economic and sociological interpretation of social differences in health-related behaviour: an encounter as a guide to social epidemiology. *Social Science & Medicine*, 43(12), 1817-1827.
- Lipman, T., Murtagh, M. J., & Thomson, R. (2004). How research-conscious GPs make decisions about anticoagulation in patients with atrial fibrillation: a qualitative study. *Family Practice*, 21(3), 290-298.
- Lorenz, K. A., Ryan, G. W., Morton, S. C., Chan, K. S., Wang, S., & Shekelle, P. G. (2005). A qualitative examination of primary care providers' and physician managers' uses and views of research evidence. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(5), 409-414.
- Lumme-Sandt, K., & Virtanen, P. (2002). Older people in the field of medication. *Sociology of Health & Illness*, 24(3), 285-304.

- McCormack, B., Kitson, A., Harvey, G., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., Seers, K. (2002). Getting evidence into practice: the meaning of 'context'. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 94-104.
- McNay, L. (1999). Gender, habitus and the field: Pierre Bourdieu and the limits of reflexivity. *Theory Culture & Society*, 16(1), 95-117.
- McWhinney, I. R. (1997). *A textbook of family medicine* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Morgan, S., & Hurley, J. (2004). Influences on the "Health care technology cost-driver". In P. G. Forest, T. McIntosh, & G. Marchildon (Eds.). *Selected Discussion Papers from the Commission on the Future of Health Care in Canada* (pp. 27-50). Toronto: University of Toronto Press.
- Mutch A. (2003). Communities of practice and habitus: a critique. *Organization Studies*, 24(3), 383-401.
- Peillon, M. (1998). Bourdieu's field and the sociology of welfare. *Journal of Social Policy*, 27(2), 213-229.
- Perneger, T. V., Martin, D. P., & Bovier, P. A. (2002). Physicians' attitudes toward health care rationing. *Medical Decision Making*, 22(1), 65-70.
- Putnam, W., Twohig, P. L., Burge, F. I., Jackson, L. A., & Cox, J. L. (2002). A qualitative study of evidence in primary care: what the practitioners are saying. *Canadian Medical Association Journal*, 166(12), 1525-1530.
- Rakel, R. E. (2007). The family physician. In R. E. Rakel (Ed.). *Textbook of family medicine* (7<sup>th</sup> ed.) (pp. 3-14). Philadelphia: Saunders; 2007.
- Rhynas, S. J. (2005). Bourdieu's theory of practice and its potential in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 50(2), 179-186.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman H. E. (2004). *Evaluation: a systematic approach* (7th ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Rousseau, L. (2000). Le rôle des études pharmacoéconomiques dans le processus de décision. *Dissertation Abstracts International*, 61(8), 4063.
- Small, N., & Mannion, R. (2005). A hermeneutic science: health economics and Habermas. *Journal of Health Organization and Management*, 19(3), 219-235.

- Späth, H.-M. (2001). *L'aide à la décision apportée par l'information économique dans le secteur de la santé : le choix des médicaments à inclure dans les livrets thérapeutiques d'établissements hospitaliers*. Unpublished doctoral dissertation. Université Lyon 1 - Claude Bernard, Lyon.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502.
- Straus, S. E., Richardson, W. S., Glasziou, P., & Haynes, R. B. (2005). *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM* (3rd ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Teerawattananon, Y., & Russell S. (2008). A difficult balancing act: policy actors' perspective on using economic evaluation to inform health-care coverage decisions under the universal health insurance coverage scheme in Thailand. *Value in Health*, 11(Suppl. 1), S52-S60.
- Thornton, T. (2006). Tacit knowledge as the unifying factor in evidence-based medicine and clinical judgement. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 1, 2.
- Tracy, C. S., Dantas, G. C., Moineddin, R., & Upshur, R. E. G. (2003). The nexus of evidence, context, and patient preferences in primary care: postal survey of Canadian family physicians. *BMC Family Practice*, 4, 13.
- Tracy, C. S., Dantas, G. C., & Upshur, R. E. G. (2003). Evidence-based medicine in primary care: qualitative study of family physicians. *BMC Family Practice*, 4, 6.
- van Velden, M. E., Severens, J. L., & Novak, A. (2005). Economic evaluations of health care programmes and decision making: the influence of economic evaluations on different healthcare decision-making levels. *Pharmacoeconomics*, 23(11), 1075-1082.
- Walkom, E., Robertson, J., Newby, D., & Pillay, T. (2006). The role of pharmacoeconomics in formulary decision-making. *Formulary*, 41(8), 374-386.
- Watkins, C., Harvey, I., Carthy, P., Moore, L., Robinson, E., & Brawn, R. (2003). Attitudes and behavior of general practitioners and their prescribing costs: national cross sectional survey. *Quality & Safety in Health Care*, 12(1), 29-34.
- Weinstein, M. C. (2001). Should physicians be gatekeepers of medical resources? *Journal of Medical Ethics*, 27(4), 268-274.
- West, E., Barron, D. N., Dowsett, J., & Newton, J. N. (1999). Hierarchies and cliques in the social networks of health care professionals: implications for the design of dissemination strategies. *Social Science & Medicine*, 48(5), 633-646.

- Willems, D. L. (2001). Balancing rationalities: gatekeeping in health care. *Journal of Medical Ethics*, 27(1), 25-29.
- Williams, A. (1991). The role of health economics in clinical decision-making: is it ethical? *Respiratory Medicine*, 85(Suppl. B), 3-5.
- Williams, A. (1992). Cost-effectiveness analysis: is it ethical? *Journal of Medical Ethics*, 18(1), 7-11.
- Williams, I., McIver, S., Moore, D., & Bryan, S. (2008). The use of economic evaluations in NHS decision-making: a review and empirical investigation. *Health Technology Assessment*, 12(7).
- Williams, S. J. (1995). Theorising class, health and lifestyles: can Bourdieu help us? *Sociology of Health & Illness*, 17(5), 577-604.
- WONCA Europe (The European Society of General Practice/Family Medicine). The European definition of general practice/family medicine. Ljubljana: Wonca Europe, 2002.
- World Health Organisation (WHO) and World Organisation of Family Doctors (WONCA). Making medical practice and education more relevant to people's needs: the contribution of the family doctor. WHO/WONCA Joint Publication, 1995.
- World Organisation of Family Doctors (WONCA). The role of the general practitioner/family physician in health care Systems: a statement from Wonca. Singapore: WONCA, 1991.
- World Organisation of Family Doctors (WONCA) and World Health Organisation (WHO). Improving health systems: the contribution of family medicine. A guidebook. Singapore: WONCA, 2002.

## **Chapitre 4 Article méthodologique**

### **The role of economic evaluation in the decision-making process of family physicians: design and methods of a qualitative embedded multiple-case study**

Chantale Lessard, BPharm, MSc, PhD (Cand)\*<sup>1</sup>, André-Pierre Contandriopoulos, PhD<sup>1</sup>, Marie-Dominique Beaulieu, MD, MSc<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Health Administration, Public Health Sector, Faculty of Medicine, University of Montreal, Montreal, Quebec, Canada

<sup>2</sup>Department of Family Medicine, Doctor Sadok Besroul Chair in Family Medicine, Faculty of Medicine, University of Montreal, Montreal, Quebec, Canada

\*Corresponding author

#### **Email addresses:**

Chantale Lessard: [REDACTED]

André-Pierre Contandriopoulos: [REDACTED]

Marie-Dominique Beaulieu: [REDACTED]

**Article publié (Open Access; © 2009 Lessard et al; licensee BioMed Central Ltd.; reproduit avec l'autorisation écrite des coauteurs)**

Lessard, C., Contandriopoulos, A.-P., & Beaulieu, M.-D. (2009). The role of economic evaluation in the decision-making process of family physicians: design and methods of a qualitative embedded multiple-case study. *BMC Family Practice*, Feb 11, 10, 15.

# Abstract

## Background

A considerable amount of resource allocation decisions take place daily at the point of the clinical encounter; especially in primary care, where 80 percent of health problems are managed. Ignoring economic evaluation evidence in individual clinical decision-making may have a broad impact on the efficiency of health services. To date, almost all studies on the use of economic evaluation in decision-making used a quantitative approach, and few investigated decision-making at the clinical level. An important question is whether economic evaluations affect clinical practice. The project is an intervention research study designed to understand the role of economic evaluation in the decision-making process of family physicians (FPs). The contributions of the project will be from the perspective of Pierre Bourdieu's sociological theory.

## Methods/Design

A qualitative research strategy is proposed. We will conduct an embedded multiple-case study design. Ten case studies will be performed. The FPs will be the unit of analysis. The sampling strategies will be directed towards theoretical generalization. The 10 selected cases will be intended to reflect a diversity of FPs. There will be two embedded units of analysis: FPs (micro-level of analysis) and field of family medicine (macro-level of analysis). The division of the determinants of practice/behaviour into two groups, corresponding to the macro-structural level and the micro-individual level, is the basis for Bourdieu's mode of analysis. The sources of data collection for the micro-level analysis will be 10 life history interviews with FPs, documents and observational evidence. The sources of data collection for the macro-level analysis will be documents and 9 open-ended, focused interviews with key informants from medical associations and academic institutions. The analytic induction approach to data analysis will be used. A list of codes will be generated based on both the original framework and new themes introduced by the participants. We will conduct within-case and cross-case analyses of the data.

## Discussion

The question of the role of economic evaluation in FPs' decision-making is of great interest to scientists, health care practitioners, managers and policy-makers, as well as to consultants,



industry, and society. It is believed that the proposed research approach will make an original contribution to the development of knowledge, both empirical and theoretical.

### **Keywords**

Health economics, economic evaluation, decision-making, evidence-based medicine, knowledge translation, primary care, family physicians, general practitioners, Bourdieu's theory of practice, case study, qualitative research

## Background

Health economics is the branch of economics concerned with how scarce health care resources are allocated to maximise the health of the community [1,2]. Economic evaluations use analytic techniques to assess the relative costs and consequences of health care technologies [2,3]. By “technology” we mean any health care intervention, program or service, including, among other things: devices; drugs; instruments; genetic screening; equipment and facilities; genomics; medical and surgical procedures; professional practices; rehabilitation; alternative medicine; methods of organizing services; and vaccination. The role of economic evaluation is to provide rigorous data to inform and improve the health care decision-making process [1-3]. It is clear that in Canada evolution of the health care system under pressure of policies for cost-containment is creating a growing consciousness of the importance of resource allocation [4,5]. The issues of technology assessment and economic evaluation are given special attention in the final report of the Commission on the Future of Health Care in Canada [5]. It remains unclear if this will result in a more rational demand for economic evaluations. The process of decision-making takes place at different levels of the health care system: macro (policy), meso (administrative) and micro (clinical practice). Since planning, managing and providing care do not entail the same imperatives [6], the decision-makers’ attitudes towards economic evaluations as an aid for decision-making may also differ [7,8]. The micro level covers the resource allocation decisions made by individual health care professionals at a patient level [7,9]. It is at that particular level that most decision-making occurs, and thus, where economic evaluation evidence should have the most extensive influence [10]. An important question is whether economic evaluations affect clinical practice. Since every decision has an opportunity cost, ignoring economic evidence in individual clinical decision-making may have a broad impact on the efficiency of health services [11].

Primary health care is one of the key priorities in the Action Plan agreed to by governments across Canada for renewing the health care system [12,13]. Strong primary care may improve health outcomes, increase cost-effectiveness, and promote social equity [14]. This means that the family physician or general practitioner (FP) is expected to take care of the individual patient's need as well as taking into account common resource use [15-19]. This will depend on the quality and validity of the knowledge influencing the decision-making process. As FPs deal with individual patients on a

case-by-case basis, it is highly important, then, to ensure they have access to useful and high-quality information on the economic consequences of health technologies [4,5,20]. Primary care FPs may be isolated from the scientific world [21]. These clinicians may be influenced by brief reading, but in particular by their many informal interactions with peers and opinion leaders, and with pharmaceutical representatives and other sources of largely tacit knowledge [21,22]. One of the most important challenges facing the world of research today is to develop effective knowledge translation strategies specific to the primary care sector, where 80 % of all health problems are treated [21].

Findings from health services research consistently show a gap between evidence and practice [23,24]. Professional and social networks play a major role in the types of evidence being used and in determining the characteristics of practice contexts [25-28]. It is now recognized that the practice of medicine is influenced by many factors other than evidence, although none is sufficient alone to explain clinical decision-making [16,29,30]. Clinical decision-making can be considered as a complex social process with multiple factors, mediated by individual and social contexts [31-34]. Ethical considerations have also become part of the decision-making process [35]. Some physicians have been invoking intuition in confronting the challenges of daily clinical practice [36]. At the same time, physicians are now expected to respect patients' autonomy in clinical decision-making [15]. Finally, some argue that there may be a paradox between the need for evidence-based medicine (EBM) and the unique predicament, context, preferences and choices of the individual patient [37].

The interest in economic evaluation in health care has increased considerably since the early 1990s [3,38]. However, investigations have shown that the influence of economic evaluation on decision-making and the knowledge about the formal methodology are rather limited [7,9,39]. A number of barriers to the use of economic evaluation studies in decision-making have been identified, including questions about the reliability, relevance, and timeliness of economic evaluation studies [7,9,39,40]. Despite the aesthetics of economic evaluation models and the precision of computation, decision analyses may oversimplify complex decisions [41,42]. Furthermore, economic evaluation arguments are utilitarian in nature and therefore population-based [43]. Some argue that the current utilitarian approach fails to consider all society's values and

health objectives [11,44-47]. In reality, efficiency is often traded off in health services to achieve more equitable allocation of resources [11,48].

## **Justification for the research**

To date, almost all studies on the use of economic evaluation in health care decision-making used a quantitative approach, and few investigated decision-making at the micro level. Many believe that economic evaluation is mostly an issue for policy-makers and managers. Literature sources have revealed the importance of having decision-makers with an interest in economic evaluation, favourable infrastructures for the use of economic evaluation evidence, and changes made to the way economic evaluations are conducted or presented, if one wishes to influence the level of use [9,49-55]. Although these three conditions seem necessary, we doubt they will be sufficient. We have alternative views.

First, as most health care resource allocation decisions take place at the point of the clinical encounter, we believe that this is where economic evaluation may exert the most extensive influence on decision-making. Second, we believe that lack of influence stems primarily from characteristics of individuals, and social contexts. To pose the question of why economic evaluation findings are not used to directly influence practice overlooks or, at least, subordinates the other factors influencing clinical decision-making [56]. In fact, studies using quantitative methodology tend not to acknowledge the interaction of the individual with the 'outside world' [27,57]. Lastly, we concur with Lomas' [58] comment that decision-making is a complex social process, not a technical task. The reasons why economic evaluation has a role, or not, in the decision-making process of FPs are complex and individual, professional, contextual, environmental and organizational factors are closely entwined. But above all, by understanding that primary care family practices are complex systems, the patterns of relationships between agents and structures may be the strongest factors of influence [59].

Therefore, it is important to explore and understand the social processes influencing FPs' knowledge, perceptions, attitudes, behaviours and views related to the role of economic evaluation evidence in clinical decision-making. Qualitative research may offer a richer and deeper

understanding of this complex social phenomenon [60]. There is a need to enhance our understanding of the role of economic evaluation in the decision-making process of FPs from a disciplinary perspective different than health economics [56].

## **Purpose and objectives of the research**

The project is an intervention research study designed to understand the role of economic evaluation in the decision-making process of FPs. A qualitative case study strategy is proposed. The contributions of the project will be from the perspective of Pierre Bourdieu's sociological theory. Bourdieu's theory of practice provides a powerful framework for understanding the practices of individuals and groups in the social world [61]. His foundational concepts suggest a different conceptualization of the agent, as socially embedded, as embodied dispositions shaped by one's position within social fields [62-64]. As a theoretical research framework, Bourdieu's theory of practice offers the possibility of exploring FPs' relationships and interactions with the structures and agents within the field.

The empirical objectives of the research are to develop a deep understanding of: 1) the social processes that influence FPs' schemes of perception, thought, appreciation and action with respect to the role of economic evaluation evidence in clinical decision-making; 2) the FPs' willingness to contribute to efficient, fair and legitimate resource allocation; and 3) the potential influence of economic evaluation evidence on everyday clinical decision-making. The theoretical objectives will include: 1) a conceptual model specific to the micro level of decision-making highlighting complex relationships between various agents and structures, and economic evaluations; and 2) a better understanding of the theory and practice of knowledge translation.

## **Theoretical framework**

### **Bourdieu's theory of practice**

French scholar Pierre Bourdieu is one of the most influential social scientists of the twentieth century [65]. Despite his impressive life work and academic influence, Bourdieu has had

limited attention in both the health care and health economics literature. Previous uses of Bourdieu's work in health care research include, among other things, analyses and studies of: health-related behaviour [66,67]; psychiatric survivors' voice [68]; sickness absence [69]; and older people's use of medication [70]. It has recently been proposed as a theoretical framework for future nursing research [61].

In his book "The social structures of the economy", Bourdieu [71] is very critical of the intellectualist bias in economics. According to him, economists develop increasingly abstract theories and econometric models, with no concern for reality. By taking for granted assumptions about actors' interests and interactions, economists leave out a very important part of social reality. Because of their socially constructed nature, understanding preferences, behaviours and markets requires serious attention to social reality [71]. The studies of this social scientist have revealed the structuring effects of social fields on their members' beliefs, dispositions, and practices [61,72]. He believed that practices were not the mechanical results of social conditions; neither that individuals were fully-free and independent of social conditions [73,74]. As such, he rejected the idea that practices could simply be explained in terms of individual decision-making [67].

Bourdieu's theory of practice illustrates how the context-sensitive nature of practice must be understood as a socially constituted practical knowledge (i.e., a 'feel for the game') [62,75]. His foundational concepts are habitus, capital, and field. Habitus interacts directly with capital as agents struggle for capital resources but are predisposed by their habitus [61]. However, the habitus and capital are intertwined with a specific field [76]. The influence of the field is crucial, as the action is both informed and constrained by the actual context conditions of the social field an agent is situated in [61,74,76]. Structures and habitus are both *opus operatum* (result of practices) and *modus operandi* (mode of production of practices) [73,74,77]. All three concepts are relational, that is, their definition can only be understood in relation to one another [64].

### ***Concept of field***

A field is presented as a structured system of social positions, struggle and power relations [61,64,67,78]. "A field may be defined as a network, or a configuration, of objective relations

*between positions. These positions are objectively defined, in their existence and in the determinations they impose upon their occupants, agents or institutions, by their present power (or capital) whose possession commands access to the specific profits that are at stake in the field, as well as by their objective relations to other positions (domination, subordination, homology, etc.)."* [64] It is a social arena in which agents and institutions are concerned with access to, control over and struggle for capital [78]. Practices are both informed and constrained by the context of the field [61,74,76].

### ***Concept of capital***

Bourdieu conceptualizes the resources available to agents in all fields as capital (economic, cultural, social, symbolic), which yields power [61,73,77-79]. "*Capital is accumulated labor (in its materialized form or its 'incorporated', embodied form) which, when appropriated on a private, i.e., exclusive, basis by agents or groups of agents, enables them to appropriate social energy in the form of reified or living labor.*" [79] For Bourdieu, the dominant fields are a result of the distribution of the four types of capital. Within each field, there is again a different distribution of the four types of capital and this results in a hierarchy of positions [74].

### ***Concept of habitus***

For Bourdieu, conditions of existence both generate and shape practices and representations through habitus (systems of dispositions) [61,73,76-78]. "*The conditionings associated with a particular class of conditions of existence produce habitus, systems of durable, transposable dispositions, structured structures predisposed to function as structuring structures, that is, as principles which generate and organise practices and representations that can be objectively adapted to their outcomes without presupposing a conscious aiming at ends or express mastery of the operations necessary in order to attain them. Objectively 'regulated' and 'regular' without being in any way the product of obedience to rules, they can be collectively orchestrated without being the product of the organising action of a conductor.*" [77]. The habitus enables agents to construct individual and collective practices. These practices are themselves constitutive of the dispositions of the habitus [76].

## Research questions

1. How does economic evaluation evidence affect FPs' clinical decision-making?
2. What are the FPs' dispositions with respect to the influence of economic evaluation evidence in decision-making? And, how have these dispositions been shaped by their life histories?
3. What is the particular capital at stake in the field of family medicine? And, what are the strategies that FPs use to maintain and improve their social position in the field with respect to the particular capital at stake?
4. How do the wider social relationships in which FPs are involved influence their willingness to contribute to optimal health care resource allocation?
5. How do the concepts of field, capital and habitus contribute to the development of a conceptual framework which enhances our understanding of knowledge translation?

## Methods/design

### Strategic framework

#### Research strategy and researchers' epistemological position

A qualitative research strategy is proposed. With its emphasis on context and holism and due attention to system and situation dynamics, qualitative research may offer a richer and deeper understanding of a complex social phenomenon [60,80-84]. For the purpose of this research, we will adopt a transcendental realism position, which involves the belief that “*social phenomena exist not only in the mind but also in the objective world-and that some lawful and reasonable stable relationships are to be found among them.*” [80] Human meanings and intentions are worked out within structures, institutions, practices and conventions that create regularities and patterns [80]. According to Miles and Huberman [80], the transcendental realist approach to qualitative research incorporates an interpretive element: “*We agree with interpretivists who point out that knowledge is a social and historical product and that ‘facts’ come to us laden with theory. We affirm the existence and importance of the subjective, the phenomenological, the meaning-making at the*



*center of social life. Our aim is to register and 'transcend' these processes by building theories to account for a real world that is both bounded and perceptually laden, and to test these theories in our various disciplines."*

## **Research design**

We propose to conduct an embedded multiple-case study design. Case study is an appropriate research design to document a contemporary phenomenon within its real-life context, particularly when the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident; and in which multiple sources of evidence are used [60,84]. It allows the study of the particularity and the complexity of the case [83]. Furthermore, the case study design is advantageous when "how" and "why" questions are being posed [60]. The multiple-case design that we propose will draw on the following steps developed by Yin [85]: 1) formulating explicit research questions; 2) developing a formal research design; 3) developing hypotheses based on theory and previous research; 4) collecting data to test these hypotheses; 5) creating a case study database (available for inspection by third parties); and 6) conducting qualitative analysis. Our multiple-case design will follow a replication logic. The replication of findings, over multiple cases, may increase confidence in the robustness of the findings [80,85,86]. One or two formative pilot case studies will be conducted to help refine methodological and procedural issues [60,86]. Pilot case report(s) will be written about the lessons learned [60]. Ten case studies will be performed. The FPs will be the unit of analysis. The design will be emergent. This means that facets of the design can be revised or modified as a result of discoveries arising during the course of the research [60,81].

There will be two embedded units of analysis: the FPs (micro-level of analysis) and the field of family medicine (macro-level of analysis). For the micro-level of analysis: It will be important to examine the habitus of FPs as it influences their perceptions, norms, habits and practices. It is the concept of habitus that provides the explanatory link between individual behaviour and social structures [66]. It will be also important to examine the capital they possess as FPs use strategies to maintain or improve their social position in the field with respect to the particular type of capital at stake [61,67,78]. Lastly, it will be important to examine the relationships and interactions between the structures and agents within the field. FPs' perceptions,

norms, habits and practices are shaped and reshaped in relation to the perceived individual (physicians, patients) and social contexts (organizational, environmental, professional and political) [87].

For the macro-level of analysis: The concept of habitus always exists in dialectical relationship to the concept of field; in this case, the field of family medicine. This medical professional system has its own history and culture. The family medicine field can be considered to be a separate field but viewed from another angle; it is a subfield within the field of medicine. The field of medicine is itself a subfield within the field of power. It will be important to understand how the specialty of family medicine has evolved (history and culture), and to explore the field of family medicine in relation to the fields of medicine and power, and the discernable forms of capital at stake in the field of family medicine.

### **Quality of the research**

Four issues are important for judging the quality of any qualitative work, including case study: objectivity/confirmability, internal validity/credibility, external validity/transferability, and reliability/dependability [80]. The several strategies to be used in dealing with these issues are outlined in Table 1 (p.85).

These strategies will be applied throughout the subsequent conduct of the study [60]. In particular, reflexivity and triangulation will be two of the main strategies to enhance the rigor and the quality. Different types of triangulation will be used, including: methodological triangulation; data source triangulation; investigator/analyst triangulation; and theory/perspective triangulation [82-84,86]. Furthermore, three other approaches to analytical triangulation will also be used: member checking (presenting the researcher's analysis to research participants); audience review (presenting the researcher's analysis to primary intended users of the report); and expert review (presenting the final report (thesis) to doctoral committee and submitting publications and presentations to peer-reviewed scientific journals) [81-83].

**Table 1 Strategies to improve the quality of the research**

<b>Issues*</b>	<b>Strategies**</b>
<b>Objectivity/confirmability</b>	Reflexivity/participant objectivation (researcher's biography, values, <i>a priori</i> assumptions, perspectives, theoretical biases, etc.) Particularity (doing justice to the integrity of each case) Case study protocol (detailed description of methods and procedures) Project logbook (decisions, procedures, communications, meetings, etc.) Case study database (including case study notes, case study documents, tabular materials, analyses, etc.) Chain of evidence (explicit links between the questions asked, the evidence, and the conclusions drawn) Consideration of competing hypotheses or rival conclusions
<b>Internal validity/credibility</b>	Methodological triangulation Data source triangulation Investigator/analyst triangulation Theory/perspective triangulation Specification of the unit of analysis Rich and thick description of context (settings, participants, procedures, etc.) Rigorous and systematic fieldwork procedures Reliability of coding and pattern analyses (using multiple coders) Establish a chain of evidence Integrity in analysis (search for and analysis of alternative themes, divergent patterns, rival explanations and negative cases) Member checking (respondent validation)
<b>External validity/transferability</b>	Rich and thick description of context Rich description of findings Keeping methods and data in context (when communicating findings) Use replication logic Audience review (primary intended users of the report) Generation of theoretical statements
<b>Reliability/dependability</b>	Strategic design congruent with research questions Paradigm specified Case study protocol, case study database, chain of evidence and project logbook available for review Final coding cross-checked and verified with a second analyst (researcher) Standardized data collection Expert audit review (doctoral committee, peer reviewers for scientific publications and presentations)

\*[80]; \*\*[60,80-82,84,86]

## **Methodological framework**

### **Participants**

Qualitative research typically focuses on in-depth understanding on relatively small samples, selected purposefully [80;82]. Our samples will be selected using a combination of purposeful sampling approaches. The sampling strategies will be directed towards theoretical generalization (analytic generalization), and not empirical generalization (statistical generalization)

[60,80,81]. The sampling logic will follow the one proposed by Yin [60]: *Each case must be carefully selected so that it either (a) predicts similar results... or (b) predicts contrasting results but for predictable reasons...*

In general, the samples will consist of a minimum of 1 pilot case and 10 case studies. The samples will be selected using three purposeful sampling approaches. First, convenience sampling will be employed for the pilot case(s). The main criteria for selecting the pilot case(s) will be access and geographic proximity [60]. Second, maximum variation (heterogeneity) sampling will be used to select a minimum of eight cases [82]. According to Patton [82], this approach could document the uniqueness of each case, and identify important shared patterns that cut across variations. To keep the research manageable, the cases will consist of FPs in primary care settings and practicing in two areas of the Province of Quebec: Metropolitan Montreal, and Saguenay-Lac-St-Jean. The complexity and uncertainty inherent in medical decision-making are unlikely to vary from one place to another.

A diverse group of FPs will be needed. Based on literature sources, we identified six relevant characteristics for constructing the sample. In addition to the practicing area, diversity will be sought in sex, environmental setting (rural or urban), practice setting (Local Community Services Centre, Family Medicine Group, private group or private solo), training (Quebec Faculties of Medicine: University of Montreal, University of Sherbrooke, University Laval or McGill University) and experience (<5, 5-15, 16-25 or > 25 years). This means that each of the eight cases will be a unique combination of characteristics, but one sharing some characteristics with one or more cases [80]. Lastly, snowball sampling will be used to identify a minimum of two cases (FPs) who are valuable opinion leaders in Quebec's field of family medicine. The candidate cases will be nominated by a number of key informants and by the eight cases selected with the previous approach.

All candidate cases will be screened beforehand [85]. In particular, the first stage of the maximum variation sampling approach will consist of obtaining archival data from professional associations on the pool of FPs currently practicing in the Province of Quebec. The six relevant characteristics mentioned above will serve as selection criteria. For all sampling approaches, all candidate cases will be solicited by telephone and by mail. Due to time and access constraints, one

of the principal selection criteria will be to maximize what can be learned. It will be extremely important to select cases which are not only receptive and willing to participate, but, above all, information-rich [82,83,86]. Information-rich cases are those whose study will offer the opportunity to learn about issues of central importance to the purpose of the research [82]. In the event where a case does not offer potential for learning (for example, because it is not accessible or we cannot spend enough time with it), it shall be dropped and another shall be selected [83].

The 10 selected cases will be intended to reflect a diversity of FPs, and not to be representative. The sampling will be terminated when saturation is reached, i.e., when additional data or information would not contribute to a better understanding of the phenomena in question [82]. This means that one or more cases (pilot, FPs and/or opinion leaders) could be considered.

### **Data collection**

A number of different sources of evidence will be used, including interviews, documentation, archival records, and direct non-participant observations (see Table 2, p.88). This will allow us to address a broader range of behavioural, attitudinal, and historical issues [60]. Furthermore, by using a combination of methods and data, we will be able to validate and cross-check findings [60,82]. These approaches will provide methodological and data source triangulations [82-84,86].

Qualitative, in-depth interviews are one of the most important sources of case study information [60,84,86]. A life history interview approach will be employed as the primary source of data collection for the micro-level analysis (FPs). This approach has become very popular in social sciences, and professional studies [88]. According to Cándida Smith [89], *“Disjunction between discursive and pragmatic behaviour may be quite widespread and could provide insight into discrepancies in the political, economic, social, and cultural actions of social groups. The disjunction between subjective and objective factors in social relationships is an area for which oral history documents provide ideal sources of evidence.”* Life history interviewing serves as an excellent means for understanding

relationships, group interactions and memberships [90,91]. They can illuminate individual and collective actions, meanings, and modes of knowledge [89,91]. A life history narrative highlights the important influences, themes, issues, events, circumstances, feelings, and lessons of a lifetime [90,92]. It provides valuable perspective and understanding of the past and the present [90]. In the words of Atkinson [90], “*Telling a life story makes the implicit explicit, the hidden seen, the unformed formed, and the confusing clear.*”

**Table 2** Sources of evidence

Embedded unit of analysis	Sources of evidence				
	Life history interviews (case studies)	Semi-structured interviews (key informants)	Documentation	Archival records	Direct non-participant observation
<b>Field of family medicine</b>					
History and culture of family medicine		x	√		
In relation to the fields of medicine and power		x	√		
Capital at stake	x	x	√		
<b>Family physicians</b>					
Habitus	√				
Capital possessed	√		x	x	x
Individual and social contexts	√		x	x	x

√=primary source of evidence; x=source of evidence to corroborate and augment evidence from other sources.

A minimum of 10 life history interviews (case studies) will be performed. A life history interview guide approach will be used. This approach involves predetermining a set of issues to be explored with each interviewee [82]. The life history interviews will mainly focus on the working life of the respondents. Interviewees will provide accounts of their reasoning and motivation for practicing family medicine, and details of their education and training. Interviewees will also provide detailed information about the following: family and key life events, professional trajectory, practice, field of family medicine (medical professional system, including social and professional networks), contexts (organizational, environmental and political), sources of information/scientific

evidence, and economic evaluation in health care. Two interview sessions, of 90-120 minutes in length each, will be scheduled over a few days.

Documentation (study reports, administrative documents, or any other relevant documents) will play an important role in the data collection process [60,84,86]. In particular, documents will be the primary sources of evidence for the macro-level of analysis (field of family medicine). Documents will be provided by Departments of Family Medicine of the four Quebec Faculties of Medicine, professional associations, and the *Conseil québécois de développement continu professionnel des médecins* (CQDPCM; Quebec consultative coordinating organization for physicians' continuous professional development).

This historical document analysis will be enhanced by interviews of key individuals so as to acquire information that might not have become available through the documentation [84]. Key informants will be people who are particularly knowledgeable about the history of family medicine as a specialty in Canada and Quebec, and articulate about their knowledge. Key informants will also be particularly helpful in identifying both other relevant sources of evidence and key opinion leaders in Quebec's field of family medicine [60,82]. A open-ended, focused interview approach will be used. A focused interview, in which a respondent is interviewed for a short period of time, usually follows a certain set of questions [60,84,86]. An interview guide will only be created after the specific document analysis. Open-ended, semi-structured interviews, of 60-90 minutes in length each, will be undertaken with a minimum of one key informant from each of the following organizations (n=9): Quebec College of Physicians (CMQ), College of Family Physicians of Canada (CFPC), Quebec College of Family Physicians (QCMF), Quebec Federation of General Practitioners (FMOQ), Departments of Family Medicine of the four Quebec Faculties of Medicine, and CQDPCM.

The use of various documents will also be used to corroborate and augment evidence from the life history interviews [60]. When relevant and available, various administrative documents and archival records will be used, including: organizational records of the clinic (type of organization, organization chart, organization design, history, culture, etc.), documents on the organization and availability of health and social services, at the local and regional territory levels (documents

available on the web sites of the Ministry of Health and Social Services (MSSS), Health and Social Services Agencies (ASSS) and Health and Social Services Centres (CSSS)), documents on the population characteristics (sociodemographic and socioeconomic data, health status), at the local and regional territory levels (documents available on the web sites of the MSSS, ASSS and CSSS), survey data (such as census records), and other such records [60,84,86]. In particular, these sources of evidence will serve to check and enrich our understanding of the context (both individual and social) of the case and the capital (economic, cultural, social, symbolic) possessed [60,83].

Direct non-participant observation will serve as another source of evidence [60]. The observations will consist of casual data collection activities during each case study “site” visit [60,84,86]. Observational evidence (such as observations of environmental and organizational settings, health care resources available, relevant behaviours during the interview, and other relevant observations) will serve to check and enrich our understanding of the context of the case and the capital possessed [60,83].

Descriptive field notes will be written promptly after each observation and interview. These will be dated and include, among other things, quotations from the interviewee, the researcher’s feelings, experiences and reactions (reflections, insights, ideas, inspirations, etc.), and field-generated insights and interpretations [82]

Interviews will be conducted according to the participant’s or key informant’s schedule and availability [84]. All interviews will be tape-recorded, with the written consent of the interviewees. All interviews and field notes will be transcribed into electronic format by the principal researcher, thoroughly immersing herself in the data [82]. This shall be completed within one week after each interview. If necessary, the interviewee shall be contacted for clarification [82]. The transcription of the interview will be sent to the interviewee for review.

Three principles will be followed to make the data collection process accessible and transparent for review. First, the data collected for each case study (such as field notes, documents, tabular materials, and narratives) will be compiled into a formal database [60,84,85]. Second, a chain of evidence shall be maintained so as to show clearly the links between the initial research



questions asked, the data collected, and the ultimate case study conclusions [60,84]. Lastly, we will use a traditional paper logbook to track and record research activities (meeting notes, decisions, procedures, communications, calendar, telephone numbers, expenses, etc.).

### **Qualitative data analysis**

Overall, it will be a two-step data analysis process. The macro-level of analysis will be conducted during the first months of the project. This first step will most probably generate hypotheses that will be tested in the second step, the micro-level of analysis.

The analytic induction approach to data analysis will be used [80;82]. In brief, this method involves formulating initial theoretical propositions (or hypotheses), examining the case study evidence, revising the propositions, and examining the evidence once again from a new perspective [60,80,82,84]. Therefore, data collection and analysis will be an iterative process, particularly at the beginning when the first interviews may help define new data collection and analysis needs, and adjust initial theoretical propositions [60,80,82].

We plan to use Miles and Huberman's [80] qualitative data analysis framework. These authors suggested helpful analytic techniques such as using arrays to display the data, creating displays (matrices and networks), tabulating the frequency of different events, ordering the information, using cross tabulations to examine the relationships between variables, and other such techniques to facilitate analysis [60,80,84,86]. The early step of data analysis will involve coding data, finding patterns, labelling themes, developing categories, and classifying [80;82]. A list of codes will be generated based on both the original framework and new themes introduced by the respondents. This means that codes will change and develop as fieldwork progresses [80]. This will produce a framework for organizing and describing the data collected during fieldwork [80;82].

We will conduct within-case and cross-case analyses of the data. For the within-case analysis, both variable-oriented and process-oriented (story-like) approaches will be combined for careful description and explanation. For each case, we will initially develop a series of exploratory, descriptive within-case displays for drawing coherent conclusions about the phenomena in a

bounded context. We will then develop a series of explanatory, causal within-case displays, with the purpose of explaining and predicting the phenomena. We will employ, as mentioned above, an analytic induction approach to build explanations [80]. For the cross-case analysis, we will use Miles and Huberman's [80] mixed strategy called 'stacking comparable cases', which combines both variable-oriented and case-oriented approaches for careful description and explanation. Once each case will be well understood, we will initially 'stacked' the case-level displays in meta-matrices, which will be further partitioned and clustered, permitting systematic comparison. Three types of exploratory, descriptive cross-case displays will be developed to deepen our understanding: conceptually-, case-, and time-ordered displays. We will then develop a series of explanatory, causal cross-case displays, with the purpose of explaining [80].

A computer-assisted qualitative analysis software (QSR NVivo 7) will be used. The software program facilitates the processes of data storage, data coding and categorizing, data retrieval, data comparing, and data linking [60,82].

## **Ethical framework**

For the macro-level analysis, the principal researcher (CL) will contact the Departments of Family Medicine of the four Quebec Faculties of Medicine, professional associations (CMQ, QCME, CFPC, FMOQ), and CQDPCM to explain the objectives of the research project and invite them to participate. In particular, they will be invited to provide documents and suggest one individual within their organization who is particularly knowledgeable about the history of family medicine as a specialty in Canada and Quebec (key informant). Each key informant will receive an invitation letter explaining the objectives of the research project, along with a copy of the consent form.

For the micro-level analysis, each FP will receive an invitation letter explaining the objectives of the research project, along with a copy of the consent form. In both levels of analysis, the invitation letters will be signed by the principal researcher who has no relationship with the potential study participants. This procedure will prevent undue pressure to participate to the

research project, and give adequate time to potential participants to consider their decision to volunteer.

Prior to giving consent, each participant will be fully informed by the researcher, who will conduct the interview, of the following: 1) background, purpose and objectives of the research; 2) research methodology; 3) foreseeable risks and potential benefits to the participant; 4) participant's participation is voluntary and that he/she has the right to withdraw from the study at any time; 5) how much time each participant is expected to give; 6) what use will be made of the information he/she provides; 7) participant's anonymity and confidentiality shall be fully protected; 8) data storage and protection; and 9) contact information.

In particular, each key informant will be informed that no financial compensation shall be received for their participation. However, each FP will be informed that he/she will receive a financial compensation of \$150 (representing \$75 per interview session). Each participant will be informed that their participation to the project does not entail any risk, and that it will contribute to a deeper understanding of the role of economic evaluation in the decision-making process of FPs as well as of the theory and practice of knowledge translation. Each participant will be informed that the final research report will be submitted as a thesis, and that manuscripts describing the results will be submitted for publication in scientific journals and for presentation at scientific meetings. He/she will be informed that no names will be re-transcribed and no explicit references to individual interviews will be made in these documents, and that results will be presented in an aggregated manner to avoid recognition of individuals, and settings. Strict measures will be taken to assure that only the research team has access to the research material, documents and databases. The participant will then be invited to sign two copies of the consent form before the interview begins. He/she will keep one copy for personal records, and give the other to the research team.

The research protocol, invitation letters and consent forms have received ethical approval from the *Comité d'éthique sur la recherche chez les êtres humains de la Faculté de médecine* (CERFM; Ethics Committee for Human Research of the Faculty of Medicine) of the University of Montreal on July 10, 2007 (Reference Number: CERFM- 84 (07) 4#246).

## Discussion

To date, there is little evidence on the role of economic evaluation in the health care decision-making process taking place at the micro level. It is at that particular level that most decision-making occurs, and thus, where economic evaluation evidence should have the most extensive influence. First, our research could contribute to a deeper understanding of the social processes that influence FPs' schemes of perception, thought, appreciation and action with respect to the role of economic evaluation evidence in clinical decision-making, and the potential influence of economic evaluation evidence on everyday clinical decision-making. It could also contribute to a deeper understanding of the FPs' willingness to contribute to efficient, fair and legitimate resource allocation. These are essential first steps in making suggestions for improvements in the future. Second, our research could contribute to an increased role and applicability of economic evaluation on clinical decision-making, for example by enhancing methods and approaches, report presentation and diffusion of economic evaluations, or by proposing interventions centred on physicians which would enhance the perception, attitudes, understanding and influence of economic evaluation evidence by these decision-makers.

One of the most important challenges facing the world of research today is to develop effective knowledge translation strategies specific to the primary care sector [21]. It is also a highly important issue for health care systems in Canada, Quebec and elsewhere in the world. Our research could contribute to a deeper understanding of the theory and practice of knowledge translation, and the development of a conceptual model specific to the micro level of decision-making highlighting complex relationships between various agents and structures, and economic evaluations. This could allow economic evaluation researchers to develop effective knowledge translation strategies specific to the primary care sector. Lastly, these potential theoretical outcomes of our research will provide valuable lessons for the research and scientific community, particularly for those who are active in health technology assessment (HTA), health economics and pharmacoeconomics, health policy, health services, and health care organization research.

The final research report will be submitted as a thesis. In particular, a minimum of three manuscripts will be submitted for publication in peer-reviewed scientific journals. Presentations at provincial, national and international scientific meetings will be made. Lastly, the involvement of

provincial and national professional organizations in the research process will foster an effective two-way knowledge transfer between the researchers and the organizations. Research results will be presented to representatives of the four Quebec Faculties of Medicine, professional associations (CMQ, QCMF, CFPC, FMOQ), CQDPCM and other interested organizations (provincial and national HTA Agencies, etc).

## **Competing interests**

The authors declare that they have no competing interests.

## **Authors' contributions**

CL is the principal and coordinating investigator for the research study. She was responsible for the conception, design and methods of the study, obtained research funding, wrote the draft manuscripts, responded to authors' comments and completed the final manuscript. APC and MDB provided supervision and guidance, contributed to the conception, design and methods of the study and critically commented on draft manuscripts. All authors read and approved the final manuscript.

## **Acknowledgements**

This research study is a Canadian Institutes for Health Research (CIHR) funded research (Funding Reference Number: KSF - 81718). Chantale Lessard is supported by a CIHR Institute of Health Services and Policy Research & Knowledge Translation (IHSPR & KT) Fellowship, and a Complementary Doctoral Award from the CIHR Strategic Interdisciplinary Training Program on Analysis and Evaluation of Health Interventions (AnÉIS). Marie-Dominique Beaulieu holds the Doctor Sadok Besrouer Chair in Family Medicine. The views expressed are not necessarily those of the funders.

## References

1. Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW: *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 1997.
2. Heyland DK, Gafni A, Kernerman P, Keenan S, Chalfin D: **How to use the results of an economic evaluation**. *Crit Care Med* 1999, **27(6)**:1195-1202.
3. Davies L, Coyle D, Drummond M, and the EC Network on the Methodology of Economic Appraisal of Health Technology: **Current status of economic appraisal of health technology in the European community: report of the network**. *Soc Sci Med* 1994, **38(12)**:1601-1607.
4. Morgan S, Hurley J: **Influences on the "Health care technology cost-driver"**. In *Selected Discussion Papers from the Commission on the Future of Health Care in Canada*. Edited by Forest PG, McIntosh T, Marchildon G. Toronto: University of Toronto Press; 2004:27-50.
5. Romanow RJ: *Building on values: the future of health care in Canada – Final report*. Saskatoon; Commission on the future of health care in Canada; 2002.
6. Sossa O, Lehoux P: **L'évaluation des technologies de la santé : comment l'introduire dans les hôpitaux universitaires du Québec ?** *Can J Program Eval* 2004, **19(2)**:75-98.
7. Drummond M, Brown R, Fendrick AM, Fullerton P, Neumann P, Taylor R, Barbieri M: **Use of pharmacoeconomics information-Report of the ISPOR Task Force on Use of Pharmacoeconomic/Health Economic Information in Health-Care Decision Making**. *Value Health* 2003, **6(4)**:407-416.
8. Zwart-van Rijkom JEF, Leufkens HGM, Busschbach JJV, Broekmans AW, Rutten FFH: **Differences in attitudes, knowledge and use of economic evaluations in decision-making in the Netherlands. The Dutch results from the EUROMET project**. *Pharmacoeconomics* 2000, **18(2)**:149-160.
9. van Velden ME, Severens JL, Novak A: **Economic evaluations of health care programmes and decision making: the influence of economic evaluations on different healthcare decision-making levels**. *Pharmacoeconomics* 2005, **23(11)**:1075-1082.
10. Drummond MF: **The future of pharmacoeconomics: bridging science and practice**. *Clin Ther* 1996, **18(5)**:969-978.

11. Kanavos P, Trueman P, Bosilevac A: **Can economic evaluation guidelines improve efficiency in resource allocation? The cases of Portugal, the Netherlands, Finland, and the United Kingdom.** *Int J Technol Assess Health Care* 2000, **16(4)**:1179-1192.
12. Health Canada: **2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal.** [<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/index-eng.php>].
13. Health Canada: **Primary Health Care Transition Fund.** [<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/index-eng.php>].
14. Wilson R, Shortt SED, Dorland J: *Implementing primary care reform: barriers and facilitators.* Montreal: McGill-Queen's University Press; 2004.
15. Carlsen B, Norheim OF: **"Saying no is no easy matter". A qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice.** *BMC Health Serv Res* 2005, **5**:70.
16. Eisenberg JM: **Physician utilization: the state of research about physicians' practice patterns.** *Med Care* 2002, **40(11)**:1016-1035.
17. Jones IR, Berney L, Kelly M, Doyal L, Griffiths C, Feder G, Hillier S, Rowlands G, Curtis S: **Is patient involvement possible when decision involve scarce resources? A qualitative study of decision-making in primary care.** *Soc Sci Med* 2004, **59(1)**:93-102.
18. Lomas J, Contandriopoulos AP: **Regulating limits to medicine: towards harmony in public- and self-regulation.** In *Why are some people healthy and others are not? The determinants of health of populations.* Edited by Evans RG, Barer ML, Marmor TR. New York: Aldine de Gruyter; 1994:253-283.
19. Weinstein MC: **Should physicians be gatekeepers of medical resources?** *J Med Ethics* 2001, **27(4)**:268-274.
20. Avorn J: **Balancing the cost and value of medications: the dilemma facing clinicians.** *Pharmacoeconomics* 2002, **20(suppl 3)**:67-72.
21. Beaulieu MD, Proulx M, Jobin G, Kugler M, Gossard F, Denis JL, Larouche D: *Evidence-based medicine for primary care: the key to shared knowledge.* Montreal: Doctor Sadok Besrouer Chair in Family Medicine of University of Montreal; 2004. [[http://www.medfam.umontreal.ca/chaire\\_sadok\\_besrouer/ressource/PDF/Rapport\\_oct\\_2004\\_en.pdf](http://www.medfam.umontreal.ca/chaire_sadok_besrouer/ressource/PDF/Rapport_oct_2004_en.pdf)]

22. Gabbay J, le May A: **Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines?" Ethnographic study of knowledge management in primary care.** *BMJ* 2004, **329(7473)**:1013.
23. Grimshaw JM, Eccles MP, Walker AE, Thomas RE: **Changing physicians' behavior: what works and thoughts on getting more things to work.** *J Contin Educ Health Prof* 2002, **22(4)**:237-243.
24. Hutchinson AM, Johnston L: **Beyond the BARRIERS Scale: commonly reported barriers to research use.** *J Nurs Adm* 2006, **36(4)**:189-199.
25. Dopson S, FitzGerald L, Ferlie E, Gabbay J, Locock L: **No magic targets! Changing clinical practice to become more evidence based.** *Health Care Manage Rev* 2002, **27(3)**:35-47.
26. Oswald N, Bateman H: **Treating individuals according to evidence: why do primary care practitioners do what they do?** *J Eval Clin Pract* 2000, **6(2)**:139-148.
27. Rycroft-Malone J, Harvey G, Seers K, Kitson A, McCormack B, Titchen A: **An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice.** *J Clin Nurs* 2004, **13(8)**:913-924.
28. West E, Barron DN, Dowsett J, Newton JN: **Hierarchies and cliques in the social networks of health care professionals: implications for the design of dissemination strategies.** *Soc Sci Med* 1999, **48(5)**:633-646.
29. Crabtree BF, Miller WL, Stange KC: **Understanding practice from the ground up.** *J Fam Pract* 2001, **50(10)**:881-887.
30. Dobbins M, Cockerill R, Barnsley J: **Factors affecting the utilization of systematic reviews. A study of public health decision makers.** *Int J Technol Assess Health Care* 2001, **17(2)**:203-214.
31. Chinburapa V, Larson LN, Brucks M, Draugalis J, Bootman JL, Puto CP: **Physician prescribing decisions: the effects of situational involvement and task complexity on information acquisition and decision making.** *Soc Sci Med* 1993, **36(11)**:1473-1482.
32. Clark JA, Potter DA, McKinlay JB: **Bringing social structures back into clinical decision making.** *Soc Sci Med* 1991, **32(8)**:853-866.



33. Lipman T, Murtagh MJ, Thomson R: **How research-conscious GPs make decisions about anticoagulation in patients with atrial fibrillation: a qualitative study.** *Fam Pract* 2004, **21(3)**:290-298.
34. Tracy CS, Dantas GC, Upshur REG: **Evidence-based medicine in primary care: qualitative study of family physicians.** *BMC Fam Pract* 2003, **4**:6.
35. van der Kloot Meijburg HH: **The hospital: battleground or meeting place? Ethical considerations regarding a fair distribution of new medical technologies.** *J Intern Med* 1995, **238(6)**:539-549.
36. Lorenz KA, Ryan GW, Morton SC, Chan KS, Wang S, Shekelle PG: **A qualitative examination of primary care providers' and physician managers' uses and views of research evidence.** *Int J Qual Health Care* 2005, **17(5)**:409-414.
37. Plsek PE, Greenhalgh T: **Complexity science: the challenge of complexity in health care.** *BMJ* 2001, **323(7313)**:625-628.
38. Hoffmann C, Graf von der Schulenburg JM, on behalf of the EUROMET group: **The influence of economic evaluation studies on decision making: a European survey.** *Health Policy* 2000, **52(3)**:179-192.
39. Späth HM, Allenet B, Carrère MO: **L'utilisation de l'information économique dans le secteur de la santé : le choix des médicaments à inclure dans les livrets thérapeutiques hospitaliers.** *J Econ Med* 2000, **18(3-4)**:147-161.
40. Rousseau L: **Le rôle des études pharmacoéconomiques dans le processus de décision.** *PhD thesis.* University of Montreal, Department of Health Administration; 1999.
41. Lee RC, Donaldson C, Cook LS: **The need for evolution in healthcare decision modeling.** *Med Care* 2003, **41(9)**:1024-1033.
42. Richard DM: **L'important c'est les lunettes.** *Cult Stud* 2003, **17(3-4)**:349-366.
43. Duthie T, Trueman P, Chancellor J, Diez L: **Research into the use of health economics in decision making in the United Kingdom-Phase II. Is health economics 'for good or evil'?** *Health Policy* 1999, **46(2)**:143-157.
44. Camidge R, Walker A, Oliver JJ, Nussey F, Maxwell S, Jodrell D, Webb DJ: **Prognosis without treatment as a modifier in health economic assessments.** *BMJ* 2005, **330(7504)**:1382-1384.

45. Coast J: **Is economic evaluation in touch with society's health values?** *BMJ* 2004, **329(7476)**:1233-1236.
46. Coast J, McDonald R, Baker R: **Issues arising from the use of qualitative methods in health economics.** *J Health Serv Res Policy* 2004, **9(3)**:171-176.
47. Neumann PJ: **Why don't Americans use cost-effectiveness analysis?** *Am J Manag Care* 2004, **10(5)**:308-312.
48. Anell A: **Priority setting for pharmaceuticals. The use of health economic evidence by reimbursement and clinical guidance committees.** *Eur J Health Econom* 2004, **5(1)**:28-35.
49. Drummond MF: **A reappraisal of economic evaluation of pharmaceuticals. Science of marketing?** *Pharmacoeconomics* 1998, **14(1)**:1-9.
50. Elsinga E, Rutten FFH: **Economic evaluation in support of national health policy: the case of the Netherlands.** *Soc Sci Med* 1997, **45(4)**:605-620.
51. Hailey D: **Australian economic evaluation and government decisions on pharmaceuticals, compared to assessment of other health technologies.** *Soc Sci Med* 1997, **45(4)**:563-581.
52. Hutton J, Brown RE: **Use of economic evaluation in decision making: what needs to change?** *Value Health* 2002, **5(2)**:65-6.
53. Johannesson M: **Economic evaluation of health care and policymaking.** *Health Policy* 1995, **33(3)**:179-190.
54. Mullins CD, Wang J: **Pharmacy benefit management. Enhancing the applicability of pharmacoeconomics for optimal decision making.** *Pharmacoeconomics* 2002, **20(1)**:9-21.
55. Späth HM, Charavel M, Morelle M, Carrere MO: **A qualitative approach to the use of economic data in the selection of medicines for hospital formularies: a French survey.** *Pharm World Sci* 2003, **25(6)**:269-275.
56. Jan S: **Why does economic analysis in health care not get implemented more? Towards a greater understanding of the rules of the game and the costs of decision making.** *Appl Health Econ Health Policy* 2003, **2(1)**:17-24.
57. McCormack B, Kitson A, Harvey G, Rycroft-Malone J, Titchen A, Seers K: **Getting evidence into practice: the meaning of 'context'.** *J Adv Nurs* 2002, **38(1)**:94-104.
58. Lomas J: **Postscript: understanding evidence-based decision-making – or, why keyboards are irrational.** In *Using knowledge and evidence in health care: multidisciplinary*

- perspectives*. Edited by Lemieux-Charles L, Champagne F. Toronto: University of Toronto Press; 2004:281-289.
59. Crabtree BF: **Primary care practices are full of surprises!** *Health Care Manag Rev* 2003, **28(3)**:279-283.
  60. Yin RK: *Case study research: design and methods*. 3<sup>rd</sup> ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2002.
  61. Rhynas SJ: **Bourdieu's theory of practice and its potential in nursing research.** *J Adv Nurs* 2005, **50(2)**:179-186.
  62. Bourdieu P: *Le sens pratique*. Paris: Les éditions de minuit; 1980.
  63. Kenway J, McLeod J: **Bourdieu's reflexive sociology and 'spaces of points of view': whose reflexivity, which perspective?** *Br J Sociol Educ* 2004, **25(4)**:525-544.
  64. Bourdieu P, Wacquant LJD: *An invitation to reflexive sociology*. Chicago: The University of Chicago Press; 1992.
  65. Wacquant L: *Pierre Bourdieu and democratic politics: the mystery of ministry*. Cambridge: Polity Press; 2005.
  66. Lindbladh E, Lyttkens CH, Hanson BS, Östergren P, Isacson SO, Lindgren B: **An economic and sociological interpretation of social differences in health-related behaviour: an encounter as a guide to social epidemiology.** *Soc Sci Med* 1996, **43(12)**:1817-1827.
  67. Williams SJ: **Theorising class, health and lifestyles: can Bourdieu help us?** *Sociol Health Illn* 1995, **17(5)**:577-604.
  68. Crossley ML, Crossley N: **'Patient' voices, social movements and the habitus; how psychiatric survivors 'speak out'.** *Soc Sci Med* 2001, **52(10)**:1477-1489.
  69. Virtanen P, Nakari R, Ahonen H, Vahtera J, Pentti J: **Locality and habitus: the origins of sickness absence practices.** *Soc Sci Med* 2000, **50(1)**:27-39.
  70. Lumme-Sandt K, Virtanen P: **Older people in the field of medication.** *Sociol Health Illn* 2002, **24(3)**:285-304.
  71. Bourdieu P: *The Social Structures of the Economy*. Oxford: Polity Press; 2005.
  72. Maton K: **Pierre Bourdieu and the epistemic conditions of social scientific knowledge.** *Space Cult* 2003, **6(1)**:52-65.
  73. Bourdieu P: *Outline of a theory of practice*. Cambridge: Cambridge University Press; 1977.

74. Fuchs C: **Some implications of Pierre Bourdieu's works for a theory of social self-organization.** *Eur J Soc Theory* 2003, **6(4)**:387-408.
75. Lewandowski JD: **Thematizing embeddedness: reflexive sociology as interpretation.** *Philos Soc Sci* 2000, **30(1)**:49-66.
76. Adkins L: **Reflexivity: freedom or habit of gender?** *Theor Cult Soc* 2003, **20(6)**:21-42.
77. Bourdieu P: *The logic of practice*. Stanford: Stanford University Press; 1990.
78. Peillon M: **Bourdieu's field and the sociology of welfare.** *J Soc Policy* 1998, **27(2)**:213-229.
79. Bourdieu, P: **The Forms of Capital.** In *Handbook of theory and research for the sociology of education*. Edited by Richardson JG. Westport: Greenwood Press; 1986:241-258.
80. Miles MB, Huberman AM: *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. 2<sup>nd</sup> ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.
81. Murphy E, Dingwall R, Greatbatch D, Parker S, Watson P: **Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature.** *Health Technol Assess* 1998, **2(16)**:iii-ix, 1-274.
82. Patton, MQ: *Qualitative research and evaluation methods*. 3<sup>rd</sup> ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2002.
83. Stake RE: *The art of case research research*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1995.
84. Tellis W: **Application of a case study methodology.** *Qual Rep* 1997, **3(3)**.
85. Yin RK: *Applications of case study research*. 2<sup>nd</sup> ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2003.
86. Tellis W: **Introduction to case study.** *Qual Rep* 1997, **3(2)**.
87. Özbilgin M, Tatli A: **Book review essay: understanding Bourdieu's contribution to organization and management studies.** *Acad Manage Rev* 2005, **30(4)**:855-877.
88. Platt J: **The history of the interview.** In *Handbook of interview research: context and method*. Edited by Gubrium JF, Holstein JA. Thousand Oaks: Sage Publications; 2002:33-58.
89. Cándida Smith R: **Analytic strategies for oral history interviews.** In *Handbook of interview research: context and method*. Edited by Gubrium JF, Holstein JA. Thousand Oaks: Sage Publications; 2002:711-731.

90. Atkinson R: **The life story interview.** In *Handbook or interview research: context and method.* Edited by Gubrium JF, Holstein JA. Thousand Oaks: Sage Publications, 2002;121-140.
91. Kohler Riessman C: **Analysis of personal narratives.** In *Handbook or interview research: context and method.* Edited by Gubrium JF, Holstein JA. Thousand Oaks: Sage Publications, 2002;695-710.
92. Gubrium JF, Holstein JA: **From the individual interview to the interview society.** In *Handbook or interview research: context and method.* Edited by Gubrium JF, Holstein JA. Thousand Oaks: Sage Publications, 2002;3-32.

## **Chapitre 5 Article empirique**

### **Re-thinking the role of health economic evaluation in family physicians' practices: insights from Bourdieu's sociological theory and qualitative research.**

Chantale Lessard, BPharm, MSc, PhD (Cand)\*<sup>1</sup>, André-Pierre Contandriopoulos, PhD<sup>1</sup>, Marie-Dominique Beaulieu, MD, MSc<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Health Administration, Public Health Sector, Faculty of Medicine, University of Montreal, Montreal, Quebec, Canada

<sup>2</sup>Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, University of Montreal, Montreal, Quebec, Canada

**\*Corresponding author address:**

Chantale Lessard

University of Montreal

Faculty of Medicine, Public Health Sector

Department of Health Administration

Montreal, Quebec, Canada, [REDACTED]

Tel: [REDACTED]

Email: [REDACTED]

**Article ou chapitre de livre à être soumis pour publication**

**Keywords**

Health economics, economic evaluation, decision-making, Bourdieu's theory of practice, physician practice, family physicians, general practitioners, evidence-based medicine, knowledge translation, primary care

## Introduction

In view of ever-growing demands for health care (and hence rising costs) in resource-constrained environments, evidence-based decision-making and health economics offer explicit frameworks to inform resource allocation decisions, promoting the effectiveness and efficiency of resource use. These rational approaches increasingly form the basis for decision-making at all health system levels: macro (policy), meso (administrative) and micro (clinical). The micro level is where health providers make individual patient care decisions. A vast amount of resource allocation decisions are undertaken at the clinical-encounter level; especially in primary care, where a large part of patient contacts with health providers take place (Lessard, Contandriopoulos, & Beaulieu 2010). Primary care is the first level of care and, for most people (including Canadians), it constitutes the first (and often primary) point of contact with the health system, often through family physicians/general practitioners (FPs) (HCC, 2010; Rakel, 2007). The decisions made by FPs open the door to a variety of health resources (e.g., drugs, diagnostic tests, referrals to other health professionals). As a result, their decisions affect not only patients' treatments and health outcomes, but also overall health system use and costs (HCC, 2010). It is thus where economic evaluation (EE) may play an important role in practices. Every health decision has an opportunity cost, i.e., the (potentially greater) health benefits achievable in some other patients which are forgone by using scarce resources for a particular decision (Carlsen & Norhein, 2005; Drummond, O'Brien, Stoddart, & Torrance, 1997; Lessard et al., 2010). Therefore, ignoring EE information in individual decisions made by FPs may have a broad impact on the efficiency of the wider health system (Kanavos, Trueman, & Bosilevac, 2000). An important question, then, is whether EE has a role in FPs' practices.

Physicians function as gatekeepers to scarce resources in many health systems. For example, FPs are frequently referred to as gatekeepers to Canada's health system (HCC, 2010). As such, Kluge (2007) argued that, from a process perspective, they play a central role in allocation, being the '*choke point*', so to speak, in the access and distribution of resources. That is why how physicians conceptualize the role and nature of their profession in this process will greatly influence and shape the resource allocation issue (Kluge, 2007). Already in 1991, the World Organisation of Family Doctors (WONCA) clearly recognized that FPs are expected to act in the patient's best



interests while being responsible stewards of society's scarce health resources. Moreover, the organization argued that the FP has to negotiate the management plan with the patient with due regard to cost-effectiveness (WONCA, 1991). The 'manager' and 'decision maker' are two of the five attributes of the ideal frontline doctors of tomorrow described as the 'Five-Star Doctor' by the World Health Organisation (WHO): "*Decision maker, who chooses which technologies to apply ethically and cost-effectively while enhancing the care that he or she provides*" (Boelen, 1994; WHO/WONCA, 1995, p.43). According to the 1995 WHO and WONCA joint report, "*the family doctor (general practitioner/family physician) should have a central role in the achievement of quality, cost-effectiveness, and equity in health care systems*" (WHO/WONCA, 1995, p.3). Nevertheless, FPs experience tensions between their dual responsibility of promoting the interests of their patients and managing society's health resources (Arnesen & Fredriksen, 1995; Ayres, 1996; Berney et al., 2005; Carlsen & Norheim, 2005).

In Canada, unlike the United Kingdom and United States for example, there is no single national body with official responsibility for the development, knowledge translation and/or promotion of clinical practice guidelines (CPGs) (HCC, 2010). The development of CPGs is not part of cost-containment efforts within the health system, but still remains within the professional sphere. Although the principles of evidence-based medicine (EBM) are rapidly gaining acceptance in medical communities, health services researchers consistently found discrepancies between clinical practice and research-based best clinical practice (Grimshaw, Eccles, Walker, & Thomas, 2002). The evidence-based decision-making paradigm has been criticized for being too top-down and authority-based, and for failing to sufficiently consider the complexity of clinical practice (Tonelli, 1998). The development of an evidence-based approach to clinical practice is a complex process that may be challenged by many factors affecting practice, including factors related to physicians, patients, local and wider contexts (i.e., the organizational, social and environmental settings in which practice occurs), structures of the health system, professional social networks, and commercial organizations (Lessard et al., 2010).

Findings from systematic reviews and recent qualitative research on the use of EE in health decision-making showed both limited use and limited knowledge about the formal methodology, despite the fact that decision-makers generally considered EEs useful and recognized their potential

role in decision-making (Chen, Ashcroft, & Elliott, 2007; Drummond et al., 2003; Eddama & Coast, 2008; Eddama & Coast, 2009; Galani & Rutten, 2008; Rousseau, 2000; Späth, 2001; Teerawattananon & Russell, 2008; van Velden, Severens, & Novak, 2005; Walkom, Robertson, Newby, & Pillay, 2006; Williams, McIver, Moore, & Bryan, 2008). For example, the results of a recent research show that three Canadian provinces (Quebec, Ontario, Alberta) are very active in terms of health technology assessment (HTA) activities, although less than 25% of the reports included an EE (Tarride et al., 2008). Nevertheless, the past 20 years have witnessed an increasing interest in, and use of, EE, particularly at the government policy-making level. Yet, the trend of increasing use at the organizational and clinical levels remains questionable (Eddama & Coast, 2008; Galani & Rutten, 2008; van Grol et al., 2007; Williams et al., 2008). Many important barriers to the use of EE were identified and appear to be international, including factors related to the decision-maker, the decision-making context, and the EE research itself (Lessard et al., 2010).

Although making valuable contributions, from the perspective of the present study, the research on the role of EE in decision-making carried out to date is deficient in important respects. Most of the empirical studies were from the UK and the US, used a survey approach, and investigated decision-making at the policy and organizational levels. In particular, a consistent finding has been the discrepancies between decision-makers' beliefs and practices concerning the role of EE in decision-making. This echoes evidence from research on EBM. Implementation of research-based information is not independent of the context. The discrepancies between beliefs and behaviors may thus relate to social determinants and constraints on clinical practice. Unfortunately, the predominant research method (i.e., survey) adopted in the empirical work does not provide insight into discrepancies in the actions of social groups. The research so far has generally been empirical-descriptive and lacks a theoretical basis or conceptual framework to explain the processes underlying the relationships between factors (Lessard et al., 2010). The research has also neither addressed all of the factors influencing decision-makers (and more particularly FPs) nor taken into account the complexity and embeddedness of decision-making (Lessard et al., 2010). Evidence-based decision-making and health economics often assume rational models of choice and action. These implicit, taken-for-granted assumptions about actors' interests and interactions are providing an ahistorical, acontextual, apolitical and asocial view of decision-making by ignoring the complexity of social reality. In fact, the knowledge translation of research-based information

(including EE) is a complex, contested and uncertain social process. Thus, there is a need to explore the research problem using a more holistic and in-depth approach (Eddama & Coast, 2008; Williams et al., 2008). Above all, there is also the need for a theoretical understanding of the relationship between the perceptions, thoughts, appreciations and actions of decision-makers and the social structures in which they live and work. This raises associated issues of agency and structure for which the sociological perspective has much to offer.

## **The study**

The originality of this study lay, in part, in its being approached from the perspective of Pierre Bourdieu's sociological theory of practice. Bourdieu's approach embraces complexity (Bourdieu & Wacquant, 1992). Moving away from individualist, rational models of choice and action, it can contribute to a more complete and complex understanding of social phenomena by revealing the structuring effects of social fields on the individual's dispositions and practices. Bourdieu's perspective is relational in that it gives primacy to relations rather than to individuals or structures. A thorough justification and rationale for the research, with reference to the current state of knowledge on EE, EBM and FP, and the theoretical framework are outlined elsewhere (Lessard et al., 2010).

A qualitative case study strategy was used to explore and understand the role of EE (and other considerations of economics such as concepts of health economics/pharmacoeconomics/EE, efficiency, optimality, costs and resource allocation/management/utilization) in the practices of FPs. The empirical objectives were to develop a deep understanding of: 1) the social processes that influence FPs' schemes of perception, thought, appreciation and action with respect to the role of EE in their practices; and 2) the FPs' willingness to contribute to efficient, fair and legitimate allocation of health resources. A detailed description of and rationale for research strategy, design and methods have also been published elsewhere (Lessard et al., 2009).

## Theoretical framework

Bourdieu's theory of practice is condensed in three fundamental concepts – habitus, capital, field – and posits that practices of individuals, and of social groups of similar individuals, result of interrelationships between these concepts (Bourdieu, 1977).

Bourdieu uses the notion of **field** to articulate how contexts shape and are shaped by the habitus and practices (Topper, 2001). He views society as composed of a number of differentiated, semi-autonomous fields (e.g., economy, health care, medicine), within which social activities take place. A field consists of a network, or a configuration, of objective relations between social positions, structured internally in terms of power relationships (Bourdieu, 1977, 1990b; Bourdieu & Wacquant, 1992). In other words, a field refers to a social space encompassing both the production, circulation and appropriation of material, cultural, social and symbolic resources (i.e., capital), as well as the conflictual and competitive relations between social positions held by social agents (individuals, groups or institutions) in their struggles to accumulate and control these resources (Albert, Hodges, & Regehr, 2007; Laberge & Kay, 2002). Field is a relational concept in that, rather than treating agents and positions as autonomous, isolated elements, it defines them in terms of their objective relations (e.g., domination, subordination, homology) with other agents and positions (Topper, 2001). Each field is characterized by its own particular history, boundaries, habitus, logic and institutionalized hierarchies, and has its unique sets of ideals, values and norms which it imposes on all those who enter it. These regulative principles delimit an arena of social practices in which agents vie to establish a monopoly over the types of capital at stake. The establishment of 'legitimate' forms of social authority is the most important stake in fields (Bourdieu & Wacquant, 1992). Agents have the power to engage in the struggles defining the field only because they can mobilise the capital which is at stake. They occupy various social positions in various fields, as determined by the types and volume of capital to which they have access in a given field. Agents struggle not only to maintain or improve their social position with respect to the particular types of capital effective in the field, but also to change the definition of which types of capital is most valued (Bourdieu, 1977, 1990b; Bourdieu & Wacquant, 1992). That is, they have a propensity to orient themselves either toward the preservation (strategies of reproduction) or toward the transformation (strategies of subversion) of the structure of the distribution of the specific capital

(Bourdieu & Wacquant, 1992). Therefore, the field is not static but dynamic and evolving. Its nature and boundaries are constantly challenged by regulative principles, power dynamics and practices within the field, whereas the hierarchies and dynamics of other fields can affect its internal dynamics (Laberge & Kay, 2002; Rhynas, 2005). Each field is thus a space of play characterized by its own 'social game', which exists as such only to the extent that 'players' (social agents) who enter into it, although having specific interests, share a common belief in it and actively pursue the rewards it offers (Bourdieu & Wacquant, 1992).

Bourdieu's second major concept is **capital**, which represents the resources, goods and values to which individuals have access. For Bourdieu, access to and use of capital confers power. He identifies four types of capital: economic, which refers to money and assets; cultural which can exist in three forms: in the 'embodied' state, i.e., in the form of cultural habitus (e.g., way of thinking, personal character), in the 'objectified' state, i.e., in the form of cultural goods (e.g., possession of books, technology) and in the 'institutionalized' state, i.e., in the form of educational qualifications and credentials (e.g., degrees, skills, knowledge); social, which refers to relationships, networks and group membership; and symbolic, which refers to reputation, honour and prestige. Symbolic capital is the form taken by the other three types of capital when their possession is socially acknowledged and recognized as legitimate within a particular field (Bourdieu, 1977, 1986, 1990b; Bourdieu & Wacquant, 1992). Capital is a context-specific concept, as it relates to the field within which it is used. Each field has its own specific hierarchy of the four types of capital and follows its own specific logic of capital accumulation. According to Bourdieu, the dominant fields result from the unequal distribution of the types of capital, contributing to the shaping of society. Within each field, there is again an unequal possession and distribution of relevant types of capital, resulting in a hierarchy of positions (Bourdieu, 1977, 1986, 1990b; Bourdieu & Wacquant, 1992; Fuchs, 2003; Peillon, 1998).

Bourdieu has developed the notion of **habitus** to capture the internalization of the objective structures of society into the individual's body (in the form of corporeal and mental schemes) while recognizing the subjective role of social agents within it (Bourdieu, 2000). As such, habitus functions as a mediating concept between structures (field, capital) and agency (practices) (Swartz, 1997). Habitus refers to a socially acquired and embodied set of durable, transposable dispositions

(i.e., schemes of perception, thought and action) predisposed to function as principles which generate and shape practices and representations (Bourdieu, 1977, 1990b; Bourdieu & Wacquant, 1992). Bourdieu describes habitus as a ‘structured and structuring structure’, that is, through socialization and education, one acquires a habitus shaped by his/her past experiences and present circumstances, and which influences present and future practices, leading to ways of perceiving, thinking and acting proper to his/her social class (or group) (Bourdieu, 1977, 1990b; Bourdieu & Wacquant, 1992; Laberge & Kay, 2002). Habitus is an embodied reality with an inherent nature. It is produced and reproduced by imitation as individuals unconsciously incorporate various behaviours into their day-to-day lives, both being influenced by and influencing other social agents within the field through an iterative learning process (Crawshaw & Bunton, 2009). Members of a social group (e.g., women, FPs) by definition share structurally similar social positions within society that produce structurally similar experiences of social structures (Maton, 2008). This does not necessarily mean that all members of a group perceive, think and act the same way, but suggests instead that they would, to a certain extent, show similar patterns (i.e., social regularities) of perceiving, thinking and acting in many situations (Fuchs, 2003; Lindbladh et al., 1996). Habitus yields a context-sensitive ‘practical sense’ (also referred to as a ‘feel for the game’), i.e., a practical mastery that functions below the level of consciousness and language (Bourdieu, 1977, 1990b; Bourdieu & Wacquant, 1992). It is “*what enables an infinite number of ‘moves’ to be made, adapted to the infinite number of possible situations which no rule, however complex, can foresee*” (Bourdieu, 1990a, p.9). That is, social agents take recourse to strategies (or position-takings) and choose the most appropriate course of action to achieve their goals in a given situation, but not one necessarily based on conscious thought and rational calculation (Adkins, 2003; Bourdieu, 1977, 1990b; Bourdieu & Wacquant, 1992; Fuchs, 2003; Peillon, 1998).

## **Design and methods**

A qualitative case study strategy was adopted using an embedded multiple-case design (Yin, 2003). Eight case studies were conducted using the FP as the unit of analysis. There were two embedded units of analysis: the FPs (micro-individual level) and the field of family medicine (FM) (macro-structural level). In keeping with the qualitative case study tradition, the design was

emergent in that it allowed for changes to be made as a result of the iterative process of data collection and analysis (Murphy et al., 1998; Yin, 2002).

## **Participants and data collection**

### ***Family physicians ('cases') – micro-level of analysis***

A purposive, theoretical sampling approach was deployed to facilitate theoretical generalization. Maximum variation sampling was used to select a heterogeneous sample of eight FPs ('cases'). The cases consisted of FPs principally working in primary care settings and practicing in two regions of Canada's province of Quebec: Montreal and Saguenay-Lac-Saint-Jean. Diversity was also sought in sex (female or male), environmental setting (rural or urban), primary practice setting (Local Community Services Centre [CLSC], Family Medicine Group [GMF], private clinic-group or private clinic-solo), FM training (Quebec Faculties of Medicine: University of Montreal [UofM], University of Sherbrooke [UofS], University Laval [UL] or McGill University [McGU]) and years of experience (<5, 5-15, 16-25 or > 25). The selection process was iterative in nature. To identify candidate cases, the principal researcher (CL) purchased a dataset from the Quebec College of Physicians (CMQ), which contains information on FPs practicing in the two identified regions. An invitation letter that explained the objectives of the research project, along with a copy of the consent form, was sent to the identified potential cases. The principal researcher contacted by phone each FP who agreed to participate in order to select cases which were information-rich (Patton, 2002; Stake, 1995; Tellis, 1997). The selection of cases continued until theoretical saturation was achieved. Ultimately, eight FPs (cases) with a unique combination of characteristics were selected (Table 1, p.115-116).

A life history interview approach was employed as the primary source of data collection. Eight life history interviews were conducted with FPs (case studies), using a broad interview guide approach covering seven main areas: professional trajectory; personal history and key life events; professional practices and social networks; contexts of practice (including allocation of health resources); field of FM; knowledge and information (including EBM); and EE in health care. The interviews lasted between 3 h 17 min and 4 h 08 min (average 3 h 45 min), and were conducted

during one session (4 FPs) or spread over two sessions (4 FPs). In addition, documentation, archival records, and direct non-participant observation (casual data collection activities during each case study 'site' visit) served to corroborate data collected through life history interviews and enrich our understanding of the contexts of the case and capital possessed (Stake, 1995; Yin, 2002). Information was recorded on a documentation summary form and an observation summary form, respectively.

### ***Field of family medicine – macro-level of analysis***

Nine academic or professional medical organizations were selected for the study:

- Departments of FM of the four Quebec Faculties of Medicine;
- College of Family Physicians of Canada (CFPC), the professional organization and legal certifying body for FM in Canada;
- Quebec College of Family Physicians (CQMF), the provincial chapter of the CFPC;
- CMQ, both the medical regulatory authority and the certifying body for practicing medicine in Quebec;
- Quebec Federation of General Practitioners (FMOQ), the professional union representing Quebec FPs/GPs; and
- Quebec consultative coordinating organization for physicians' continuous professional development (CQDPCM).

Purposeful sampling was also used to identify one key informant (KI) from each of the nine organizations. One key individual from each of these organizations was identified and received an invitation letter explaining the objectives of the research project, along with a copy of the consent form. They were invited as KIs with good knowledge of the field of FM and of its history as a discipline in Canada and Quebec. Five accepted our invitation, whereas three nominated a colleague within their organization. In the case of the ninth organization, invitation letters were eventually sent out to three potential KIs over a three month period; one declined the invitation to participate, whereas the other two neither responded nor returned a follow-up phone call. Eight KIs from eight different organizations finally agreed to participate (Table 2, p.117). KIs were primarily male (75%), and all but one had more than 25 years of experience in FM.



**Table 1** Summary of characteristics of the cases

Cases	Sex	Contexts		Cultural capital (Institutionalized state)				Economic capital
		Region (Environment)	Practice <sup>1</sup>	Education and training <sup>2</sup> (University)	Special interest <sup>3</sup>	Years of experience	Academic appointment <sup>4</sup>	Remuneration <sup>5</sup>
<b>Case01</b>	M	Montreal (Urban)	Private clinic-solo (4 days per week)	M.D. (McGU) Rotating internship (UofM) 2 ½ years of residency in a medical specialty (McGU) MCFP	No <sup>6</sup>	24	No	FFS
<b>Case02</b>	M	Saguenay-Lac-Saint-Jean (Rural)	CLSC (5 days per week)	M.D. (UofM) Rotating internship (UofM)	... Medicine	20	No	HR
<b>Case03</b>	M	Saguenay-Lac-Saint-Jean (Rural)	Private clinic-group (co-founder, joint partner)(5 days per week)	M.D. (UL) Residency in FM (UL)	Home Care ... Medicine ... Medicine	26	No <sup>7</sup>	FFS
<b>Case04</b>	F	Saguenay-Lac-Saint-Jean (Urban)	√Private clinic-group (joint partner)(6 half days per week) HC – Hospitalization (1 week out of 6 weeks) HC – Delivering babies	M.D. (UofS) Residency in FM (UofS)	FM Obstetrics	2	No	FFS
<b>Case05</b>	F	Montreal (Urban)	√GMF (tenant)(4 days per week) HC – Delivering babies Private clinic-group (tenant)(half a day every week or second week)	M.D. (UofM) Residency in FM (UofM) CCFP, FCFP	FM Obstetrics ... Medicine	27	No	FFS
<b>Case06</b>	F	Montreal (Urban)	√CLSC-GMF (5 half days per week) Private clinic-group (tenant)(2 half days per week)	B.Sc. (...U) M.Sc. (...U) M.D. (Uof...-Outside of Quebec) 4 ½ years of residency in a medical specialty (McGU) Residency in FM (McGU) Fellowship in a medical field (McGU) CCFP	... Medicine	< 1	Yes	*HR (CLSC-GMF) FFS (private clinic)

<b>Case07</b>	M	Montreal (Urban)	<sup>√</sup> CLSC-GMF (2 days per week) Secondary care centre, dedicated for individuals with specific health issues (2 days per week) Private clinic-group (tenant)(1 day per week) Rural FM locum (3 or 4 weeks per year)	B.Sc. (...U) M.D. (McGU) Residency in FM (McGU) CCFP Certification, ... Certification Council Certification, American Society of ... Member, Canadian Society of ...	... Medicine	4	Yes	*HR (CLSC-GMF, secondary care centre) FFS (private clinic) Flate rate (rural FM locum)
<b>Case08</b>	F	Saguenay-Lac-Saint-Jean (Urban)	<sup>√</sup> GMF (tenant)(3 to 4 half days per week) HC, Hospitalization (1 week out of 5 weeks) HC, Unit dedicated for individuals with specific health issues (2 consecutive weeks out of 10 weeks)	Diploma of College Studies in a creative field Fellowship in a creative field M.D. (UofM) Residency in FM (UofM)	... Medicine	12	Yes	*FFS (GMF, HC-hospitalization) HR (HC-Unit )

<sup>1</sup>√ = Primary practice site; HC = Hospital Centre

<sup>2</sup>MCFP = Member of the CFPC; CCFP = Certification in the CFPC; FFCP = Fellowship in the CFPC

<sup>3</sup>Special interests include: Addiction Medicine, Genetic Medicine, Geriatric Medicine, Men's Medicine, Palliative Medicine, and Sports Medicine.

<sup>4</sup>Include involvement in medical education: undergraduate, postgraduate and/or CPD.

<sup>5</sup>\* = Primary mode of remuneration; FFS = fee-for-service; HR = hourly rate

<sup>6</sup>Case01 had a special interest in obstetrics from the beginning of his medical practice up until the beginning of the 1990s.

<sup>7</sup>Case03 had an academic appointment and was involved in medical education for 8 or 9 years, before stopping in the mid-1990s.

**Table 2** Summary of characteristics of the key informants

<b>Key informants</b>	<b>Position/title in the professional organization</b>	<b>Practice setting<sup>1</sup></b>	<b>Academic appointment</b>	<b>Involvement in medical education<sup>2</sup></b>	<b>Involvement in research</b>
<b>KI01</b>	Chair	GMF-FPU	Yes	Yes	Yes
<b>KI02</b>	... Director	GMF-FPU	Yes	Yes	Yes
<b>KI03</b>	President	No	No	Yes	No
<b>KI04</b>	Chair	CLSC-GMF-FPU	Yes	Yes	Yes
<b>KI05</b>	Director, ...	FPU HC <sup>3</sup>	Yes	Yes	No
<b>KI06</b>	... Director	No	No	No	No
<b>KI07</b>	Associate Executive Director, ...	FPU	No	No	No
<b>KI08</b>	President	CLSC-GMF-FPU	Yes	Yes	No

<sup>1</sup> KIs who combine administrative, academic and educational roles with continuing to practice FM

<sup>2</sup> Undergraduate, postgraduate and/or CPD

<sup>3</sup> Ki05 practice in the unit dedicated to FM, and has a role in hospitalization and in a unit dedicated for individuals with specific health issues

Documentation was employed as the primary source of data collection. The data was drawn from the websites of the above-mentioned nine organizations. As each website was examined, all publicly accessible web pages were saved, printed, read and relevant information extracted from them. A document summary form was used to summarize information gleaned from each webpage/document: organization; name, type, date, and purpose of the document; brief summary of the content; information on key issues or themes addressed; key information pertinent to each research theme or question; other interesting or important information; and personal comments. In addition, eight semi-structured interviews were conducted with KIs from the organizations, using an interview guide approach covering four main areas: evolution of FM; specialization; perspectives and challenges (including allocation of health resources); and knowledge and information (including EBM and EE in health care). The interviews lasted between 1 h 09 min and 1 h 56 min (average 1 h 36 min). Although interviews with KIs were primarily planned to corroborate and supplement data collected through documentation for the macro-level of analysis, as most of them combine administrative, academic and educational roles with continuing to practice FM, their views also served to corroborate and augment evidence from the life history interviews for the micro-level of analysis (FPs).

Data collection activities took place between September 2007 and December 2008. All of the data were collected by the principal researcher, who is fluent in French and English. Descriptive field notes were recorded on a contact summary form after each observation and interview. The three principles of data collection were the use of a triangulation (multi-method and multi-source) approach, the creation of a formal case study database, and the maintenance of a chain of evidence (Yin, 2002). The interviews were conducted face-to-face in the participants' preferred languages (French or English) and at locations and times most convenient for them. Each interview had its own dynamic, being much more of a conversational nature rather than a formal 'question-and-answer' session. Although the researcher was closely familiar with both the life history and semi-structured interview guides, she approached each interview with a congenial style, adapting themes and questions to individuals and situations. Each interview was digitally recorded and transcribed verbatim by a professional transcriber no later than one week after the interview was conducted. The researcher carefully reviewed each interview transcript while simultaneously listening to the corresponding digital recording to ensure the accuracy and completeness of the transcription. A copy of the interview transcript was then sent by email to each participant. They were invited to review its content and accuracy and request corrections, additions or deletions. All requested changes were incorporated by the researcher into a final interview transcript. Lastly, the researcher used a paper-based logbook to track and record research activities.

### **Data analysis**

Interview transcripts, document summary forms, observation summary forms and contact summary forms were all uploaded into computer-assisted qualitative analysis software (QSR NVivo 7) to facilitate organization and analysis of the data.

The analytic induction approach to data analysis was used (Miles & Huberman, 1994; Patton, 2002). The content analysis process was guided by the use of Miles & Huberman's (1994) qualitative data analysis framework, which consists of three current flows of activity: data reduction; data display; and conclusion drawing/verification. One researcher (CL) performed line-by-line coding and analysis of all the data (in each of the original languages). The first stream of analysis activity involved close reading, coding, annotating, pattern coding and memoing. This

allowed researchers to systematically analyze the significant amount of data collected over the course of the research. A comprehensive list of codes was developed from four sources: 1) the theoretical framework; 2) review of the literature on EE in health care, EBM in health care and FP in health care; 3) life history and semi-structured interview guides; and 4) new themes identified in the data. The second stream of analysis activity involved within-case and cross-case analyses, in both cases taking advantage of a variable-oriented (conceptual) and a process-oriented (story-like) approach for careful description and explanation (Miles & Huberman, 1994). A case study report was written for each FP. Miles & Huberman's (1994) mixed strategy called 'stacking comparable cases' was used for the cross-case analysis. The third stream of analysis activity involved drawing conclusions from the displayed data and, among other things, frequent in-person research team meetings as well as presentations of interim results to experts and peers (international scientific conference, academic seminar) and careful consideration of their feedback on our interpretations.

## Findings and interpretations

In this subsection, it is our intention to present but a few examples of how concepts of health economics/pharmacoeconomics/EE, costs, efficiency, optimality and resource allocation/utilization/management appear entrenched in the official discourse of the field of FM, and then to weigh them against the perceptions, thoughts, appreciations and practices of participant FPs (cases and KIs), in order to explore the possible discrepancy between discourse and practice. But before doing so, we first explore the field of FM, its principles, values, stakes and struggles. Using Bourdieu's model, one can examine it as a distinct field of study and professional practice within the wider fields of medicine, health care and power, and yet explore its relations to other fields in the social space and its position within these wider fields.

*“The notion of field reminds us that the true object of social science is not the individual. It is the field, which is primary and must be the focus of the research operations. Individuals exist as agents who are socially constituted as active and acting in the field under consideration by the fact that they possess the necessary properties to be effective, to produce effects, in this field. And it is knowledge of the field itself in which they evolve that allows us best to grasp the roots of their singularity, their point of view or position (in a field) from which their particular vision of the world (and of the field itself) is constructed.”* (Bourdieu & Wacquant, 1992, p.107).

A brief and pertinent life history information on each case will be presented later in the paper, under the habitus section. Presenting the analysis this way will help expose the habitus of each case and understand their practices regarding considerations of economics and resource allocation.

## **The field of family medicine**

### **Brief history of family medicine, medicine, and health system in Quebec and Canada**

The relentless evolution of medicine is characterized by processes of progressive (1) professionalization and monopolization; (2) scientification of thought and practice; (3) complexification of technology and knowledge, and (4) specialization, division of labour and hierarchy of positions. These processes are not separate but rather some interdependent aspects of the evolution of society. The professionalism movement marked the evolution of medicine in the province of Quebec and throughout the western world (Goulet, 2004). Licensure to practice medicine and surgery in Quebec dates from 1788. The nineteenth century was the “*age of the general practitioner*”, an historic time when most physicians were general practitioners (McWhinney, 1997, p.6). In 1847, an act was passed for the incorporation of a medical professional corporation, the CMQ, with “*the power to regulate its studies, control the admission to practice, oversee the practice of medicine and suppress its illegal practice*” (CMQ, 2006, p.53). This granted the medical profession a monopoly over the practice of medicine – a monopoly granted and enforced by the state. The profession has been able to convince Quebec society’s social and governmental elites of the legitimacy of its claim to professional expertise based on exclusive possession of specialized knowledge and skills not readily available to the rest of society (Goulet, 2004). Society, through political and legal means, has granted the profession the privileges of professional autonomy and self-regulation, linked to a broad professional responsibility, on the understanding that it would be committed to service, set and maintain standards of competence, and demonstrate ethicality, trustworthiness and altruism (Freidson, 1970a). This constitutes the basis of medicine’s social contract with society (Cruess & Cruess, 2000). The authority of the profession has thus clearly a specific social, cultural and political history (Denny, 1999; Freidson, 1970b).

The major medical specialties began to emerge toward the end of the nineteenth century. Woods (1975) commented that the biggest rift in the general practitioner-specialist relationship probably came with the Flexner report in 1910. This resulted in medical education being placed under the university's control in the milieu of the teaching hospital (Woods, 1975). Medical education became increasingly scientifically and technologically oriented. Thus, Flexner's reforms paved the way for "*the age of specialization*" (McWhinney, 1997, p.6). In the period up to 1960, medicine became more advanced and complex, and required more specialized knowledge and skills. The medical profession gained more credibility, powers and autonomy (CMQ, 2006). However, the number of general practitioners declined steadily, whereas the major specialties began to fragment (McWhinney, 1997). The 30-years period from 1940 to 1970 was characterized by a transition from the concept and practice of 'liberal medicine' to 'organized medicine' (Dussault, 1975). From the 1960s onward, the government would play an expanding role in the field of health, proportionately weakening the medical profession (CMQ, 2006). To protect their interests, physicians established 'professional unions': the FMOQ in 1962 and the Federation of Medical Specialists of Quebec (FMSQ) in 1965. These organizations were "*capable of opposing governments through collective action including the credible threat of strike. In summary, they came to perform an overtly political function*" (Marchildon & Schrijvers, 2011, p.204). Still today, the FMOQ and FMSQ negotiate terms of practice, participation in different plans and remuneration schemes on behalf of FPs and medical specialists (MS), respectively.

Quebec's health and social services system was established in 1970. The belief in social equity and justice is an integral part of the Canadian society's world view (Kluge, 1999). This is particularly true in Quebec, a province well known for its historically stronger commitment to social welfare and a more collectivist political culture (Stevenson, Williams, & Vayda, 1988). The Canadian health system is 'socialized' to the extent that the state exerts control over bureaucratic decisions (Globerman, 1990). Everywhere in Canada, access to medical services and hospital services, and the general organization of services must respect the following five principles: accessibility; universality; comprehensiveness; portability; and public administration (CMQ, 2006). At the same time the Canadian health system has managed to conserve and endorse some principles and values of 'liberal medicine' (Marchildon & Schrijvers, 2011). This is also the case in Quebec's public system:

*“Physicians are therefore independent professionals, and the agreements concluded between the ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) [Ministry of Health and Social Services] and the Quebec Federation of General Practitioners reaffirm this independence, notably by ensuring the freedom to provide therapy and freedom to choose their place of practice, as well as respecting the personal and private nature of the physician-patient relationship, an important aspect of which is professional secrecy.”* (CMQ, 2006, p.22-23)

Thus, physicians are not government employees, but rather private practitioners paid by the government. Globerman (1990, p.14) argued that *“this premise of collective control over bureaucratic decisions wherein the rights of citizenship prevail is in contradiction to a model of delivery wherein the medical profession has control over medical decisions.”* Because health is an area of provincial rather than federal jurisdiction, there has been provincial variation within a broadly similar stream of development (Coburn, 1988). The Quebec’s public system has two distinctive peculiarities (CMQ, 2006). Since its creation, it is the only one in the country which has integrated health services and social services under one administration. Quebec is also the only province to have established a general drug insurance plan to provide basic coverage for individuals not insured by other plans. Practice in institutions (e.g., HC, CLSC) and private practice (e.g., clinic, GMF) are the two main types of professional practice in Quebec. The former is an independent type of practice, but it is linked in many ways to the structure and operation of public organizations, whereas the latter refers to practice not connected to the public system (i.e., outside of these organizations) (CMQ, 2006).

The relatively new discipline of FM evolved from an older branch of medicine-general practice (McWhinney, 1997). The CFPC was founded in 1954 and was granted Letters Patent by the Parliament of Canada in 1968. It introduced certification in FM in 1969, and by late 1974, all 16 medical schools in Canada had established departments of FM and postgraduate residency training programs (Solomon, 2004). In 1988, the government of Quebec abolished rotating internship and was the first to make mandatory the completion of a formal two-year residency training program in FM (as the exclusive route to family/general practice) and of a comprehensive examination for licensure (Levitt & Klein, 1991). The field of FM is endowed with its own history, culture and distinctive ideology, its own education training and certification programs, and its own professional and scientific organizations and journals. On the one hand, it has a distinct identity as a separate field of medical care and research, but on the other hand, it is a subfield within the field of medicine. The field of medicine is itself a distinct subfield within the wider field of health care



(Lessard, Contandriopoulos, & Beaulieu, 2009, 2010). FM was officially recognized as a specialty by the CFPC in 2008 (Gutkin, 2008) – although it was not recognized as such by the licensing body in Quebec (CMQ) at the time of this research project.

In medicine (as in most walks of life and societies), there is increasing value and prestige accorded to advanced knowledge, special expertise and research skills (Beaulieu, Rioux, Rocher, Samson, & Boucher, 2008; McWhinney, 1997; Miettinen & Flegel, 2003). Those who possess the most of this cultural capital are advantaged both economically and socially. Looking at a subset of the Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD) countries, Fujisawa and Lafortune (2008) found that medical doctors earn much higher remuneration than the average worker, whereas the remuneration of MS is generally higher than that of FPs. For instance, in comparison with the average wage in the economy, the remuneration of FPs and MS is more than three times higher and almost five times greater, respectively, in Canada (Fujisawa & Lafortune, 2008). Socially, the medical discourse has become a dominant form of cultural and symbolic power imbued with value and status. The use of symbolic power tends to reinforce the (re)production of systems of classification and principles of hierarchization that structure practices and which generate and perpetuate unequal social relations (Bourdieu & Wacquant, 1992), such as those found between health professionals and patients, physicians and other health professionals, MS and FPs. Thus, within the fields of medicine, health care and power, MS enjoy more prestige, status and social authority than FPs, and thus more power to exert influence on discourses and practices. For instance, MS are one of the most important sources of information and knowledge for FPs through medical education and training, continuing professional development (CPD) activities, presentations, scientific articles, referral reports, verbal communications, etc.

### **The distinctiveness of the field of family medicine**

The field of FM defines itself through its particular types of capital. It shares many core values with other medical and health fields, yet it also has distinct and differentiating principles and values. In 1985, the CFPC produced the four Principles of Family Medicine in order to provide a distinctive definition of the discipline of FM within the broader field of medicine:

*“The patient-physician relationship is central to the role of the family physician”;*

*“The family physician is a skilled clinician”;*  
*“Family medicine is a community-based medicine”;* and  
*“The family physician is a resource to a defined practice population”.* This requires, amongst other things, that: *“Family physicians accept their responsibility in the health care system for wise stewardship of scarce resources. They consider the needs of both the individual and the community”* (CFPC, 1995, p.8-10).

Relationship-centred care is the fundamental philosophical tenet of the discipline of FM, while the core values focus on accessible, continuous, comprehensive, coordinated, family- and community-oriented, and holistic patient-centred care. FPs are primarily responsible for providing care to individuals with undifferentiated problems, regardless of age, gender, social class, race, culture, disease or organ system, methods used, or complexity. They are skilled at dealing with ambiguity and uncertainty, and managing acute and chronic problems simultaneously. The humanization of care is valued. The provision of comprehensive continuing care allows FPs to develop trusting and intimate relationships with their patients, enabling them to connect in a human way with patients and families (CFPC, 1995; McWhinney, 1997; Rakel, 2007; WONCA, 1991; WONCA Europe, 2002; WONCA/WHO, 2002). In a context where health care is fragmented, depersonalized and disease-oriented, FPs have a generalist and holistic (bio-psycho-social) approach to care, and treat the whole person (Future of Family Medicine Project Leadership Committee, 2004; McWhinney, 1996; Woods, 1996). As professionals, FPs are committed to providing quality, personal care based on the best scientific evidence available, and to maintaining clinical competence. They also have a professional responsibility to society and their profession. Their social-professional responsibilities are guided by ethical practice, and by adherence to ethical, professional and legal codes of practice, and to high professional standards of attitudes and behaviours (i.e., truth, respect, integrity, altruism, patient well-being, societal orientation, and other such values) (CFPC, 2009).

In the field of FM, all the aforementioned principles and values constitute a form of cultural and symbolic capital. Although not unique to FM, these taken as a whole represent a coherent ethos – a distinctive ideology from that of other medical specialities, and with which the discipline defends its position in the field of medicine (and also in the field of health care) (Beaulieu et al., 2008; McWhinney, 1997; Stein, 2006; WONCA Europe, 2002; WONCA/WHO, 2002). As such, it seems to carry symbolic capital as parts of the strategies of differentiation in the FM struggles for distinction and power. The field of FM is also influenced by economic (e.g. entrepreneurial, financial, remuneration) and professional (e.g., autonomy, clinical independence, self-regulation,

quality of care) concerns. FM has developed “*a distinct voice as a generalist discipline rooted in a keen social conscience*” (Stein, 2006, p.455). Thus, FM’s discourse simultaneously espouses individual-based (patient-centred) medicine, while emphasizing its commitment to the collective through its social/community-based health care orientation. Unlike other specialized medicine, then, this discourse seems ripe to foster socially conscious practice, and eventually lead to understanding the need for efficiency and cost-consciousness/awareness (i.e., taking economics into consideration when making decisions about patient care practices).

### **The social forces shaping the field of family medicine**

FPs’ practices do not take place in a social vacuum, indeed the field of FM does not function in isolation from the rest of society. Physicians, patients, decision- and policy-makers, stakeholders and citizens are all embedded in various fields which have an impact on their perceptions, thoughts, appreciations and actions. It has been argued that the notion of professionalization as a strategy of control over the content and terms of work, which includes the key features of professional autonomy, self-regulation and ethicality (i.e., ethics of service), implies continuous struggles over such control (Coburn, 2004). This means that FM’s (and medicine in general) responsibilities, autonomy, status, prestige and power remain under constant challenges. For instance, the ‘wise stewardship of scarce resources’ is part of one of the four Principles of FM (CFPC, 1995). Our empirical findings identified a whole set of social forces (or relations) to which the field of FM is subject and which, among other things, may have a considerable impact on the issue of allocation of health resources. FM is facing many issues and challenges and FPs are subjected to many influences, pressures, conflicting demands and expectations – both from within and without the field. The interplay of internal and external social forces shapes the field and its occupants, exerting influence on (collective and individual) habitus and practices, and more particularly for the purpose of this study, on the willingness to contribute to efficient, fair and legitimate allocation of health resources.

Several participant FPs, KIs and cases alike, made a point of saying that the responsibility to society in regards to allocation (or utilization) of scarce resources does not only rest with the FPs. In their eyes, there was a lack of responsibility and accountability exhibited at all stakeholder levels

(political, administrative, professional, individual [patient], population, societal). Although important to raise awareness and promote accountability among physicians, they thought it would be as important to do the same at all levels.

*“Moi je pense que ce qui me fascine le plus c'est l'absence de responsabilisation de tout le monde. Du patient: c'est pas lui qui paye. Pense t-il. Pour certains c'est vrai, mais disons que pour ceux qui payent des taxes et des impôts c'est moins vrai. Les administrateurs non plus, ne sont vraiment pas imputables de grand-chose. Les politiciens le sont, mais perdus dans tellement d'autres affaires que ça n'a vraiment pas rapport. Et les médecins jusqu'à un certain point aussi n'ont pas de responsabilité économique en lien avec tout ça. Moi je pense que eux seraient d'excellents gestionnaires s'ils avaient une carotte au bout, pas juste le bâton. Alors si les gens devenaient imputables et conscients, ça serait bien. Mais ça ressemble presque à un vœu.” (KI03)*

*“Bien la première chose, comme je disais tantôt, c'est le fait que personne n'est vraiment au courant de ce que ça coûte; ni les patients, ni les médecins. Il n'y a pas de conséquence non plus directe de leurs choix.” (KI05)*

*“Ou que des gens se déresponsabilisent face à leur santé, à un moment donné, c'est sûr, peut-être que si la meilleure chose c'est de perdre du poids, c'est peut-être mieux ça que d'être obligé à un moment donné de prendre un médicament pour l'hypertension, un autre médicament pour le diabète et ainsi de suite. Si on avait perdu du poids peut-être qu'on n'en serait pas là. Alors il y a ça aussi.” (Case05)*

*“C'est une responsabilité des patients, une responsabilité des médecins, une responsabilité du ministère, une responsabilité des spécialistes, une responsabilité qui doit être répartie sur plusieurs épaules pour que ce ne soit pas trop lourd, si c'est pris sur une seule épaule c'est trop lourd.” (Case08)*

### ***The internal social forces (relations)***

Economic and social factors, such as the higher prestige, status, social authority and income levels of medical specialties, have been shown to be associated with the steadily declining interest in FM as a career among medical students, and the subsequent increasing shortage of physician workforce in Canada and other developed countries (CFPC, 2004; Future of Family Medicine Project Leadership Committee, 2004; Gorman & Brooks, 2009; Moore & Showstack, 2003; Wright et al., 2004).

Several other changes are reshaping the nature of the FP supply, including the aging and feminization of the physician workforce, increasing sub-specialization among MS and FPs, and changes in the practice patterns and scope of practice (CMQ, 2007; Paré & Ricard, 2008; Simoens & Hurst, 2006; Tepper, 2004).

In Quebec, medical practice in institutions (mainly in hospital settings) represents a considerable and increasing portion of the clinical activity of FPs (CMQ, 2006, 2007; Paré & Ricard, 2008). FPs may have a role in responding to MS shortage, such as providing inpatient care and health services that require advanced knowledge and procedural skills encompassed by specialty clinical areas (e.g., obstetrical care) (Simoens & Hurst, 2006; Tepper, 2004).

Young FPs may struggle to cope with the uncertainty inherent in FM. People frequently present to FPs with symptoms of ambiguous or uncertain significance. This may give rise to feelings of insecurity and uncertainty, and eventually to a fear of the risk of medical errors and litigation (Petursson, 2005). FPs believed that this may be conducive to an increased utilization of health services.

The individualism of FPs poses a threat to the ethics of service (Conseil medical du Québec, 2003). FPs face conflicts between professional and personal goals and self-interests (e.g., self-fulfilment, private materialism, family life). There are trends to work fewer hours per week than previous generations of physicians, reduced working hours or part-time clinical work, and limited willingness to work evenings and weekends (CMQ, 2007; Sarma, Thind, & Chu, 2011). They may also be a feeling that the primary concern of the FMOQ is to protect and promote the economic interests of FPs.

The appropriate use of professional autonomy is also an issue for the profession (Conseil medical du Québec, 2003; Williams, 2001). The feeling of belonging to an elite social class may amplify FPs' sense of clinical autonomy and freedom. This may hinder the development of interdisciplinary practices.

Professional self-regulation poses a great challenge (Conseil medical du Québec, 2003; Williams, 2001). Members of the public, and even of the profession itself, may feel that the medical profession and its collegial processes for competence, discipline and malpractice are more interested in protecting members of the profession than in ensuring the protection of the public (Williams, 2001). Two participants went as far as to mention a form of 'omerta' (code of silence) among medical professionals.

## ***The external social forces (relations)***

### **Patient field**

The interaction between the physician and the patient is definitely one of the most important factors affecting FP's clinical choices and decisions. The physician-patient relationship nowadays emphasizes patient autonomy and shared decision-making, and is increasingly acknowledged as essential for quality care (Carlsen & Norheim, 2005). This means that the decision-making process is significantly impacted by the particular circumstances of the patient such as age, gender, race/ethnicity, religious beliefs and socioeconomic status, as well as other individual features such as values, attitudes, lifestyles, lifetime experiences, perspectives and social contexts (Putnam et al., 2002; Tracy, Dantas, Moineddin, et al., 2003; Watkins et al., 2003). The ways in which individual patients, and their families, respond to concepts of health and illness are unpredictable (Putnam *et al.*, 2002; Wilson and Holt, 2001). Furthermore, FPs struggle to manage the increasing complexity of care and ongoing needs of many patients in primary care (Rich, 2008). Patients are being discharged from hospitals earlier than before with increasingly complex care needs. The patient population is ageing, whereas a growing number of elderly patients are frail, dependent and vulnerable, and require complex care (Rich, 2008). Many FPs talked about the management of patients with multiple chronic diseases or conditions who are taking multiple medications.

Patients are more educated and more informed than ever before, and thus have higher expectations of physicians and of health services. They demand more from their FPs, want a high level of care and are often less prepared to wait for access to a health service.

Some patients may be inappropriately anxious about their health and seek unnecessary medical and other health services to relieve their worries.

Within a public health system such as Quebec's system, patients have no (or little) financial incentives not to seek all the services that have expected benefits, no matter how costly or small. As taxpayers, some may claim their rights to services. All these situations may lead to an unnecessary, inappropriate or over-allocation of health resources.

### **Other health profession fields**

Physicians' dominance of the clinical arena is challenged by an increase in the variety of health providers, which increases the potential for competition for primary care and specialty niches. For Abbott (1988), the professions are organized into an interdependent system, within which there are competitive struggles between professions over jurisdictional boundaries. Nonphysician clinicians are contending for increased (e.g. pharmacists, optometrists, nurses) or new (e.g. nurse practitioners) clinical roles within the health system, whereas complementary, allied and alternative practitioners (e.g. chiropractors, acupuncturists, naturopaths, osteopaths) are rapidly growing in popularity in western countries (CFPC, 2004; CMQ, 2001; Cooper, 2001; Ernst, 2000; Moore & Showstack, 2003; RCGP, 2007b). As the competition increases, particularly for primary care, FPs are clearly at a disadvantage compared with MS (Moore & Showstack, 2003). Yet, the medical profession still dominates the health division of labour through its hegemony over the field of health care, despite increasing policy commitment by government and medical organizations to develop interprofessional working practices (Hudon, Martin, & Perreault, 2009; OIIQ & CMQ, 2008). The profession has been using the sole privilege of diagnosis and its unique expertise to make a judgement of appropriateness or necessity of indication (cultural resources of medicine) as resources of symbolic power (Hudon et al., 2009). For example, in Quebec, the current implementation of new nursing roles has been shown to be largely dependent on the power held by doctors in all decision-making bodies of the health system (D'Amour, Tremblay, & Proulx, 2009).

### **Public health system field**

Quebec's health and social system provides universal coverage for the population. This public policy for health and social services is grounded in both social philosophy and the ethics of medicine. This brings a certain set of political and economic parameters (Tauber, 2002). Quebec's public policy is grounded in the liberal political tradition which focuses on the norms of personal well-being and individual freedom. It is concerned with protecting individual rights, and its underlying distributive paradigm. Rights are those to which an individual can justly claim (Aday, 2000). Quebec's system changes contributed to a working environment with significant effects on physician workforce and practice. Many of these changes have been viewed as impositions on the

clinical autonomy and freedom of FPs, or as treats to the integrity of the physician-patient relationship. Both the medical profession and physicians lament about the bureaucratization of health care and see it as an important challenge to their professionalism and influence (Conseil médical du Québec, 2003; Williams, 2001). The collective funding of health and social services has necessitated the creation of a large government bureaucracy for the organization and delivery of services, with its hierarchical structure, regulations, rules, directives, procedures and paperwork—without mentioning its costs.

FPs are usually not involved in organizational budgeting and decision-making processes. And even when there are involved in medico-administrative activities, they may be under the impression that the results of their collaborative work are not taken into consideration. Some participants perceived that the government bureaucrats at the meso and macro levels were out of touch with the realities at the micro level.

Concerns have been repeatedly voiced by medical organizations and professionals regarding the issues of funding, organization, governance, availability and accessibility of services. These issues are related to scarcity of resources (financial, material or human). Many participants saw accessibility constraints as the most important conflict of values between the professional ethics of the FP and the government.

Quebec, like most Canadian provinces and territories, underwent a process of regionalization, amalgamation and changes in hospital setting and care (including the role of FPs), introduced new models of primary care delivery (e.g., GMF), and implemented measures to encourage FPs to serve in geographical areas with needs (Regional medical staffing plans [PREMs]) and to take on medical activities that are essential but less popular among FPs (Special medical activities [AMPs]) (Tepper, 2004). Many FPs believe that these measures are partly responsible for the increasing number of FPs working mainly in secondary care and the resulting workforce shortage in primary care.

The structures of remuneration and incentives exert a strong influence on FPs' choices and practices (Bolduc, Fortin, & Fournier, 1996; Sarma, Devlin, Belhadji, & Thind, 2010). FPs self-



select into different remuneration schemes based, among other things, on their personal preferences (Devlin & Sarma, 2008). Financial incentives may also influence FPs' choices of practice setting.

The economic forces may also intervene between the FP and the patient (Tauber, 2002). The health and social system pays for all services covered under the public plan that a physician decides is necessary for a patient, even if he chooses the most expensive of two or more alternative services or if evidence of effectiveness is limited. Physicians, faithful to the Hippocratic Oath and practising in such an environment, can do whatever may benefit their patients, without regard to the economic repercussions of their decisions or to the criterion of efficiency (Lomas & Contandriopoulos, 1994; Kälble, 2005). The development of a potential conflict between medical and economic orientation regarding FPs' choices and practices is ruled out by the public insurance system (Kälble, 2005). As KI05 put it: "*The sky is the limit*" when it comes to the use of resources for a particular patient.

### **Private health system field**

There is an increasing intrusion of the private sector into health care across Canada. Private insurance (often provided by employers as a benefit) have been available for many years to cover services not covered by Quebec's public health plan, such as dental care, eye care, psychological services, physical therapy, chiropractic. Private insurance have also been available for prescription drugs. The presence (or not) of private insurance coverage may influence FPs' and patients' choices and decisions.

So far, the privatization of medical services has mainly been limited to specialized diagnostic tests and some types of surgeries. This may impinge on the clinical autonomy and influence of FPs at the level of the physician-patient relationship. Yet, an increasing privatization of FM services has emerged in recent years as a major preoccupation in Quebec. While the number of FPs going private is still small, this number has nearly doubled between 2007 and 2009, passing from 61 to 113 (Chung, 2009). This, however, may pose a threat to professional ethics and altruism

**Medico-legal field**

Quebec, as everywhere in the country, has introduced many laws which have a bearing on the practice of medicine – “*those that impose special obligations on physicians and those that frame “medical civil liability”*” (CMQ, 2006, p.8). Physicians owe an ethical, deontological and legal duty of care to their patients, whereas patients’ autonomy is one of the key ethical, deontological and legal principles of medical practice. Physicians’ understanding of these duties reinforces their responsibility to the patient first and last. The responsibility to society always comes second. The prevalence of malpractice suits and the fear of litigation may exert a powerful influence on FPs’ resource allocation practices, and may even encourage the practice of defensive medicine in some situations (McWhinney, 1997).

**Evidence-based field**

The movement of EBM pursues strengthening scientification of contemporary medical thought and practice. FPs experience tensions between the way EBM is currently understood and practiced and the complexity of disease presentation and management in primary care. There is an implicit conflict between the population focus of EBM and the duties that doctors have to individual patients. Furthermore, patients often have more than one health problem. Evidence from clinical trials conducted in specialty and secondary or tertiary care can be invalid or irrelevant for primary care. Some FPs fear that using evidence-based CPGs might limit their clinical autonomy, and comprise respect for patient autonomy and informed choice. EBM’s emphasis on scientific evidence is perceived by some FPs as a devaluation of non-propositional knowledge (e.g., experience, clinical judgment, knowledge of patient and family, intuition) and therefore, a threat to the art of medicine. Similar findings have been reported in the literature worldwide (Godwin et al., 1999; Rogers, 2002; Slowther, Ford, & Schofield, 2004; Tracey, Dantas, & Upshur, 2003).

**Commercial/Industry field**

Relations between FM and industry create conflicts of interest that pose a threat to the professional independence of both the individual FPs and the profession as a whole (Conseil

medical du Québec, 2003; Williams, 2001). The literature reports that relationships between medicine and industry are prevalent in medical education, clinical practice and research, as well as in professional institutions (De Vries & Lemmens, 2006; Raad & Appelbaum, 2012). In Quebec, like in most western countries, commercial entities (such as medical device, pharmaceutical, biotechnology and natural products companies) may exert considerable influence on perceptions, thoughts, appreciations and actions through their substantial investments in professional, political and public relations activities, such as promotion, marketing, education (particularly CPD), lobbying, research and publishing. For instance, the pharmaceutical companies are one of the most important sources of information and knowledge for FPs. These relations include promotion of drugs, drug samples, free meals, sponsored lunch or dinner conferences, provision of scientific articles, payments for consulting, paid travel to conferences and other benefits. Evidence suggests that frequent interactions between FPs and the industry result in higher unnecessary prescribing and prescription expenditures (Watkins et al., 2003; Wazana, 2000). Brody & Light (2011) identified six basic pharmaceutical marketing strategies: exaggerating safety claims, exaggerating efficacy claims, encouraging unapproved uses, creating new diseases, relying on surrogate endpoints, and reducing thresholds for diagnosing disease. They further argued that the last two strategies often operate via CPGs. In fact, the pharmaceutical and biomedicine industries have a role in redefining diseases themselves (Whitehouse & Fishman, 2004).

### **Information and communication field**

The information age and the information revolution are contemporary social phenomena with the potential to alter the social authority of medical professionals, both individually and collectively (Blumenthal, 2002; McKinlay & Marceau, 2002). Physicians, patients, and the general population, are exposed to an ever-increasing proliferation of health information from commercial organizations, patient/consumer organizations, advertising, the media/Internet and other forms of communications and information technologies (e.g., World Wide Web, electronic social networks, films), which may affect thoughts, attitudes, beliefs and practices (Frosch, Krueger, Hornik, Cronholm, & Barg, 2007; Jones, Greenfield, & Bradley, 2001; Morgan & Hurley, 2004; Tracy, Danta, Moineddin, et al., 2003). Some patients may consult various sources of information for reassurance and advice instead of their FPs. Increasingly widespread use of the Internet has the

potential to lessen the asymmetry of information and power between patients and physicians (Blumenthal, 2002; McKinlay & Marceau, 2002). The computer and other information technologies have made it easier to collect, analyze and share objective data about physicians' practices by various bureaucratic organizations. Such activities have the potential to pose a threat to professional self-regulation as the only means to monitor and assure competence and quality of care (Blumenthal, 2002).

### **Society field**

Several broader social changes emerged from our data analysis. They generally occurred in the last 20 or 30 years and had an impact on the norms, values, lifestyles and ways to work of all members of the society. These social forces may not only play a role in challenging or reinforcing medicine's authority and power, but may also be regarded as challenging professionalism and professional practice. They can have a significant impact on the resource allocation issue. Societal changes, such as the growing and aging of the Canadian population, are impacting the physician supply and their practice patterns (Tepper, 2004). The social environment has been particularly affected by the continuous growth in consumerism (Williams, 2001; Willis, 2006) along with the related development of a culture of healthism (excessive attention to your own health) and the progressive medicalization of everyday life (Crawford, 1980; Greenhalgh & Wessely, 2004; Jouannet, 1999). A person's life and health are of primacy concern, with difficulties accepting pain, suffering and death.

Society is increasingly marked by the development and growth of a culture which values science, technology, expertise and specialized knowledge. Some FPs even talked of the glorification or deification of technology and the search for a miracle solution to every health need or problem.

Some participants also mentioned the emergence of a 'zero-risk society'. There appears to be a growing tendency to be constantly preoccupied with risks – to avoid taking risks, to not accept any risk, to be protected as much as possible from all risks, etc. (Fugelli, 2006). For instance, this may result in some physicians practicing defensive medicine and may also have significant effects on the development of CPGs and on the allocation of scarce resources.

### **Wider political field**

(the focus here is on the government, i.e., states agencies and elected bodies) Since the 1970s, there has been a worldwide rise of neoliberalism, a broad social phenomenon, in economic and social policy. The neoliberal political-economic rationality draws upon principles from neoclassical economics (Harvey, 2005). Reforms (including health sector reforms) in Canada and other countries have been increasingly reshaped based on the neoliberal world view and principles: individualism, free market deregulation and privatization, and decentralization (McGregor, 2001). Governments have introduced policies to control public spending (including spending towards health) and increase efficiency. Costs, health economics and resource allocation have become increasingly important issues.

### **The ‘economization’ of the official discourse of family medicine**

The economization of society has had a strong effect on health systems and, eventually, the medical profession. Recent decades have witnessed the global phenomena of increasing economization of health and medicine arenas (Greener & Powell, 2003; Kälble, 2005; Porzolt, 2010; Russel & Greenhalgh, 2009; Sjögren & Helgesson, 2007), and FM is no exception. Economics, and particularly health economics, has contributed substantially to these phenomena. There is increasing integration of economics concepts (other than compensation and incentives), such as scarcity, choice, costs, opportunity cost, resource allocation/utilization/management, optimality, cost-benefit, cost-effectiveness and efficiency, into the official discourse of FM organizations throughout the world (AAFP, 2008; ACGME, 2007; CFPC, 2004; Future of Family Medicine Project Leadership Committee, 2004; Heyrman, 2005; RCGP, 2007a, 2007b; WHO/WONCA, 1995; WONCA, 1991; WONCA Europe, 2002).

In Canada, the professional roles of FPs and MS embodied by competent physicians are set out in the Four Principles of Family Medicine from the CFPC and the CanMEDS Physician Competency Framework from the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC). In a complementary way, these specify the attributes that ought to be taught, evaluated and integrated into practice attitudes. The CFPC’s postgraduate FM curriculum in effect at the time of

data collection did not include any economic considerations nor provided details on the specific knowledge, skills, and attitudes needed by FPs to be competent and wise stewards of scarce health care resources (CFPC, 1995). However, using clinical cases and references, the Family Medicine Bioethics Curriculum has integrated ethical issues relating to economic constraints, resource allocation and the FP's role as gatekeeper (CFPC, 2005). More recently in 2005, the CFPC set out national undergraduate medical education learning goals and objectives from a FM perspective. This document provided a set of guidelines from which undergraduate FM programmes could choose and adapt to reach their own goals. Two goals and their objectives included economic considerations such as costs, opportunity cost and burden on the health care system.

*“The learner will show a basic understanding of a pharmacotherapeutic treatment approach to primary care conditions, considering, at an appropriate level, pharmacodynamics, pharmacokinetics, side effects, important drug interactions, dosages, and costs.”*

*“The learner will be able to describe some of the methodological and ethical issues related to screening healthy and at-risk populations: Ethical issues including, for example, cost, benefit versus harm, opportunity cost, burden on the health care system.”* (Scott, MacLean, & Freeman, 2005, p.7,9)

First adopted in 1996, the RCPSC's CanMEDS framework outlines seven essential roles and their accompanying key and enabling competencies expected of physicians responsive to societal needs: Medical Expert/Clinical Decision-Maker, Communicator, Collaborator, Manager, Health Advocate, Scholar and Professional (Frank, 2005; Frank & Langer 2003; Frank et al., 1996). The 'Medical Expert' is the central, integrative physician role in the framework. According to the role description, physicians demonstrate a commitment to professional attitudes, expertise (i.e., knowledge and skills) and a patient-centred approach to care *“characterized by up-to-date, ethical, and resource-efficient clinical practice”* (Frank, 2005, p.9; Frank et al., 1996, p.4). Being 'Manager' is also one of the seven roles that physicians have to demonstrate in their practice. One of the key competencies is being able to *“allocate finite healthcare resources appropriately”*, which is further outlined into two enabling competencies:

*“Recognize the importance of just allocation of healthcare resources, balancing effectiveness, efficiency and access with optimal patient care”*; and *“Apply evidence and management processes for cost-appropriate care”* (Frank, 2005, p.18).

In Canada's province of Quebec, where the present research took place, the Code of Ethics of Physicians of the CMQ (CMQ, 2002) clearly states that Quebec physicians have general

obligations to the public as well as to the individual, including the practice of medicine based on scientific principles:

*“3. A physician's paramount duty is to protect and promote the health and well-being of the persons he attends to, both individually and collectively.”;*

*“6. A physician must practise his profession with scientific principles.”;*

*“12. A physician must be judicious in his use of the resources dedicated to health care.”*

(p.3)

Quebec physicians also have duties and obligations toward the patient, the public and the profession to assure the quality of practice. Amongst other things, they must practise in accordance with the highest possible current medical standards, and only provide medically appropriate and necessary care. These seem to be the main criteria to judge the quality of medical care.

*“44. A physician must practise his profession in accordance with the highest possible current medical standards; to this end, he must, in particular, develop, perfect and keep his knowledge and skills up to date.”;*

*“46. A physician must make his diagnosis with the greatest care, using the most appropriate scientific methods and, if necessary, consulting knowledgeable sources.”;*

*“50. A physician must only provide care or issue a prescription when these are medically necessary.” (p.5).*

Provincial medical organizations have published reports over the last couple of years in which economic considerations in medical practice were issues of concerns. Interestingly, however, these organizations usually made it very clear that the primary objective must be to improve the quality of care, not to generate savings. Thus, medical considerations (e.g., clinical and therapeutic factors, human values, etc.) always have precedence over economic considerations. For instance, the CQMF published a report in the mid-1990s regarding a better utilization and rationalization of medication (CQMF, 1996). While acknowledging that the ultimate goal is the benefit to the patient, the CQMF stated that the dilemmas between personal and professional freedom and the choice of the right medication and its cost in relation to its expected health benefits (i.e., its cost-effectiveness) were inevitable constraints in clinical practice. The CQMF also noted that pharmacoeconomics teaching and learning was poorly integrated into the medical curriculum, and recommended that training in pharmacoeconomics and in judicious prescribing practice become essential components of undergraduate and postgraduate education and CPD, including faculty development. Pharmacoeconomics was the subject of an article in the December 1998 issue of *Le Médecin du Québec*, the magazine of the FMOQ (Gadbois, 1998). The title and conclusion of the article suggest that pharmacoeconomics is a tool for the clinical decision-maker. This article aimed

to educate FPs about some practical and validity aspects of economic evaluation and how pharmacoeconomic information can help them choose the most efficient treatments.

*“Although economic evaluation is an imperfect tool, pharmacoeconomic analyses can help clinicians choose the most efficient drug treatments among the multitude of new drugs added to the therapeutic arsenal.”* (p.78; free translation by first author)

The 1998 report of the Commission on the Practice of Medicine in the 21st Century (created by the CMQ) devoted a chapter to the impact of technology on medicine, where, amongst other things, the subject of health technology assessment (HTA) is explored and recommendations made in this regard (Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000, 1998). The report recognized that HTA has implications on clinical practice by guiding either health policy and resource allocation or the development of clinical practice guidelines (CPGs). This was considered good reason to encourage physicians to familiarize themselves with, and actively participate in, HTA. One recommendation in particular showed the Commission's concerns for economic evaluation information and the judicious use of technology:

*“that the Collège des médecins du Québec ensure that, in using technology, physicians consider ethical principles, apply criteria for their judicious use and show a concern for the cost-effectiveness ratio.”* (p.65)

More recently, the CMQ and the FMOQ both presented a brief on the (then proposed) Pharmaceutical Policy to the Quebec Parliamentary Commission of Social Affairs (CMQ, 2005; FMOQ, 2005). The draft policy presents proposals for strategies and actions to promote optimal drug use. The Conseil du médicament (Medication Council) is the government agency mandated to review all drug submissions from manufacturers and to provide advice and recommendations to the Quebec Minister of Health and Social Services concerning the therapeutic value, fairness of price and cost-effectiveness of the drugs. It assists the Minister in updating the provincial public drug formulary and in promoting optimal use of medication. As such, the draft policy proposes to adopt the Medication Council's definition of optimal drug use as a common vision:

*“Use that maximizes benefits for and minimizes (or reduces) risks to the health of the population, taking into account alternative options, costs, available resources, and values of the patient and of society.”* (Conseil du Médicament, 2004, p.9; free translation by first author).

Without rejecting outright the proposed definition, the CMQ expressed concerns over its *“population-based perspective that does not take into account the particular interests of individual patients”* (CMQ, 2005, p.6, free translation by first author), whereas the FMOQ proposed a simpler



definition: “*The best medication for a given patient in a given situation at the best cost.*” (FMOQ, 2005, p.10; free translation by first author). Recognizing that the prescribing physician must be concerned with not only the health of his patient but also the health of the population in general, the CMQ identified the notion of optimal drug use of as the only way forward, and one which should achieve the difficult balance between individual and collective interests (CMQ, 2005). Both the CMQ and the FMOQ confirmed their full support to the drug policy’s proposal to promote the integration of the concept of optimal drug use in the university education and training of physicians, pharmacists and other affected health professionals. For the FMOQ, however, CPD seemed to be the cornerstone of all optimal drug use measures (FMOQ, 2005). Nine years after the CQMF (1996) first noted the limited integration of pharmacoeconomics in medical curricula and recommended training at all medical education levels, the FMOQ highlighted that physicians and other health professionals had very little knowledge and understanding of pharmacoeconomic principles and their practical application due to lack of ad-hoc training. The Federation recommended improving pharmacoeconomics training and learning at all education levels. Also, physicians should have an easier access to information on drug costs at the time of prescribing, particularly through an electronic pharmaceutical guide.

A concern for economic considerations in family practice is also evident in some of the four Quebec FM programs. Both the McGill University and the University of Montreal FM residency programs include educational objectives based on the four Principles of Family Medicine and CanMEDS Roles (McGill University Department of Family Medicine, 2003, 2008; University of Montreal Department of Family Medicine, 2007, 2008). At the completion of training, as a FM expert, the resident will have acquired the knowledge, skills and attitudes relevant for the appropriate and efficient use of resources. As a community-based physician, a manager and a resource to a practice, the resident will demonstrate an awareness of costs, exercise cost-conscious practices, and make rational use of resources based on the costs of the alternative options in relation to their expected health benefits (that is, their cost-effectiveness).

University of Montreal Department of Family Medicine, 2007, 2008:

*“Le département a la mission première de former les futurs médecins de famille pour qu'ils soient en mesure de soigner de façon efficace et efficiente des individus dans leur contexte familial et social.” (p.9)*

*“À la fin de sa résidence, en tant qu’érudit et promoteur de la santé, le résident : ... 2) Choisit des stratégies d’investigation efficaces et rationnelles qui tiennent compte de la disponibilité et du coût des ressources pour établir ses diagnostics. 3) Recherche les données probantes et utilise la meilleure information scientifique disponible pour élaborer ses diagnostics et ses traitements.” (p.59)*

*“À la fin de sa résidence, en tant que collaborateur et gestionnaire, le résident : ... 3) Gère les épisodes de soins de façon rationnelle en utilisant judicieusement les ressources, humaines et matérielles, du milieu et du réseau, en tenant compte de leur disponibilité et de leur coût.” (p.68).*

*“Utilisation appropriée des ressources – Maîtrise conforme aux attentes: Utilise de façon rationnelle tests et examen après analyse adéquate du rapport coût/bénéfice. S’inquiète du coût des examens qu’il prescrit. Coordonne efficacement les investigations. Réfère judicieusement en spécialité.” (p.103).*

McGill University Department of Family Medicine, 2003, 2008:

*“Drug prescribing: ... cost of drugs ...” (p.14)*

*“To understand the role of the physician in the community: ... to be aware of the impact of physicians on health care costs, ... .” (p.21)*

*“The practice: ... the appropriate use and cost effectiveness of investigations ...” (p.22)*

McGill University’s educational objectives go further and specifically include that the resident will have acquired a basic knowledge of the principles of health economics and their application to the economic evaluation of health interventions (McGill University Department of Family Medicine, 2003, 2008).

*“Residents shall evaluate the significance of the findings of research studies and demonstrate knowledge of the criteria which determine: ... the efficacy and effectiveness of a treatment and the cost-effectiveness of medical interventions, ... .” (p.18)*

*“To have a basic knowledge of the science of community medicine: epidemiology, biostatics, ..., principles of health economics.” (p.20)*

The University Laval FM residency program, for its part, includes educational objectives based solely on the four Principles of Family Medicine (University Laval Department of Family Medicine, 2006). At the completion of training, the resident will demonstrate the ability to develop an appropriate and efficient clinical approach to patient care. However, there seems to be little concern (if any) about the integration of economic considerations into the training of residents. Unfortunately, for the University of Sherbrooke FM residency program, the detailed educational objectives were not publicly accessible on the website and thus, it was not possible to determine whether economic considerations were integrated into the training of residents.

**‘Playing the field’: Linking family medicine’s strategies and struggles in the wider fields of medicine, health care and power to its ‘economized’ discourse**

The above examples are by no means exhaustive. However, our empirical findings contradict claims in official discourse about the role and place of economics as criteria for practice. When thoroughly examining the entire contents of the websites of the nine organizations (University Departments of FM of the four Quebec Faculties of Medicine; CMQ; CFPC; QCMF; FMOQ; and CQDPCM), we found a seemingly general neglect of economics in academic FM research and in documents specifically produced to transfer knowledge to physicians. For instance, there was no evidence of considerations of economics in the title and description of the various CPD activities set up by the organizations, nor in the content and reference list of the position statements, guidance documents and CPGs produced by the CMQ and the CFPC. Finally, between January 2000 and December 2008, there was very little evidence of considerations of economics in the official journals/magazines of the FMOQ, the CMQ and the CFPC. Interestingly, ‘Optimal drug use’ was the subject of a feature CPD section (eight articles in all) in the December 2008 issue of *Le Médecin du Québec*, the magazine of the FMOQ. The Medication Council’s definition of optimal drug use is presented in the first article. Even though the definition includes the notion of cost, none of the feature articles include evidence of considerations of economics in their content and reference list. Thus, on a day-to-day basis, FPs may be little exposed to concepts of health economics, pharmacoeconomics or economic evaluation, efficiency, costs, and so on. Furthermore, at the level of practice, the discourse may not ring true (to be discussed in the next section).

Nevertheless the analysis provides a window into how the ‘economization process’ hints at a change of status for economics concepts in FM discourse, giving rise to new forms of cultural and symbolic capital. The integration of economics in the FM discourse can be seen as an act of social positioning. Economics concepts appear to be used (or implied) to draw distinctions between FPs and MS, and in positioning the field of FM in relation to the wider fields of medicine, health care and power. As such, they seem to carry symbolic capital as parts of the strategies of subversion in the FM struggles for legitimacy, recognition and status, and for affirming its contribution to health system efficiency.

For example, as early as 1987, the then President of the CFPC, Dr W. Donald Watt, identified working relationships with governments to establish a gatekeeper role for FPs as the only way they, as physicians, can survive the changing health system environment “*with any sense of autonomy.*” (Watt, 1987, p.1102). He suggested the adoption of cost-effective practices as a strategic tool for convincing governments that FPs can and should play a role in shaping the Canada’s health system of the future.

*“If we are to convince governments that we can and should help them to shape Canada's health-care system of the future, we must show the bureaucracy that we can practise in a cost-effective manner.”* (Watt, 1987, p.1102)

More recently, in its report “Family Medicine in Canada: Vision for the future”, the CFPC (2004) states:

*“From quality-of-care and cost-effectiveness perspectives, the continuity of care provided by family physicians can help avoid the cost of repeat investigations or consultations.”* (p.13)

*“Although the cost-effectiveness of family physician services and the high value Canadians place on their family doctors have been widely acknowledged both nationally and internationally, Canada’s family physicians remain relatively undervalued and underpaid by our system.”* (p.23-24)

*“As family doctors, we are educated and trained to deliver and coordinate the medical care needed by any person for any health concern. We are not defined by a body part or a specific disease. Unlike other specialists, we are prepared to deal with undifferentiated problems, to manage uncertainty, and to help decrease inappropriate use of other health system resources.”* (p.26)

*“Family physicians are the entry point to medical care for most Canadians and are also on the front line for ensuring new discoveries become part of patient care. ... Without family physicians, patients’ ability to understand new approaches and advances in medicine is severely impeded. Without family physicians to triage and determine whether, when, and how new technologies should be used, costs in the health care system could become unmanageable.”* (p.33)

In its 2005-2010 Action Plan, the CQMF (2005) recognizes the work that remains to be done to gain recognition of FM as the cornerstone of a cost-effective health system.

*“Nous sommes conscients du travail qu’il nous reste à accomplir pour obtenir la reconnaissance de la médecine familiale comme pierre angulaire d’un système de soins de santé rentable.”* (p.2)

Similar strategies are also used in documents on FM around the world (Future of Family Medicine Project Leadership Committee, 2004; RCGP, 2007b; Starfield, 1994; WONCA, 1991; WHO/WONCA, 1995; WONCA Europe, 2002). A systematic review showed that attributes of FM, such as continuity of care, longer consultation time, preventive health activities and good doctor-patient relationship, were associated with reduction in resource utilization and judged cost-effective

in the primary care setting (Sans-Corrales et al., 2006). Others have found that FPs can provide high quality health care that is often at considerably lower costs than MS provided primary care (Engström, Foldevi, & Borgquist, 2001).

Furthermore, it seems that the organizations fear that considerations of economics in clinical practice may jeopardize the autonomy of the profession. They fear they may lose their professional autonomy, their therapeutic freedom, their control over the way medical care and health care are delivered, and eventually their power. In this situation, the organizations are seeking the power to ‘control’ the ‘economic message’ in their professional favor, and in favor of their vision of what should define ‘quality of care’ (and the role or not of economics in this definition). For instance, and very interestingly, the Commission of the Practice of Medicine in the 21<sup>st</sup> Century (1998) argued that:

*“The active participation of physicians in HTA and CPGs development is a way for the profession to reinforce the scientific basis and utility of technologies, in a world where knowledge is growing and evolving quickly.”* (p.207-208, free translation by first author)

With this comment, the Commission seems to implicitly imply that physicians are the professionals with the medical knowledge and scientific expertise to fully understand the evolution of knowledge and technology in health care, and that without their inputs HTA and CPGs may be of lower quality. Clearly, the concept of expertise is used here in order to justify an increasing participation of physicians in activities for which the profession fears for losing professional autonomy and freedom. Furthermore, the Commission predicted that the central elements of professional autonomy and clinical freedom would be more and more undermined by the principles of ethics and equity, not to mention efficiency. Therefore, in the eyes of the Commission, the medical community had to come together and form a strong consensus on CPGs, and above all respect their recommendations, in order to guard against increasingly intense economic pressures (p.199). From this point of view, CPGs produced by the medical profession can be seen and used as tools of professional self-improvement – primarily as devices for promoting quality of care rather than instruments for containing costs (Day, Klein, & Miller, 1998). It has been argued that the medical profession has used, and is still using, the EBM and CPGs movements as strategies to protect its own self-interest from managerial infringement on professional autonomy (Armstrong, 2002; Day et al., 1998; Denny, 1999).

*« This is that the medical profession has demonstrated its continued dominance by maintaining control over the production and implementation of guidelines that while the autonomy of individual clinicians may be diminishing, the collective autonomy of the medical profession as a whole remains virtually undented. From this alternative perspective, the guidelines movement can be seen as a successful strategy by the medical profession which, in its own self-interest, has sought to control the outliers within its own ranks in order to fend off managerial pressure. » (Day et al., 1998, p.12-13)*

The CQMF, FMOQ and CMQ generally recognized the need for a better management of the health system and agreed with the establishment of a provincial public drug formulary. However, they strongly argued for an expert committee, including medical clinicians, mandated to review drug submissions and to provide advice and recommendations to the Quebec Minister of Health and Social Services concerning the therapeutic value of the drugs after reviewing the best available knowledge. It was further argued that the decision to include drugs on the formulary cannot be based on their costs or on the financial constraints of the system.

*“Les médicaments assurés doivent être ceux d'un formulaire de base, tel que la liste des médicaments. Ce formulaire doit être établi par une équipe d'experts en fonction des connaissances sur le sujet et non en fonction des contraintes financières du système. ... Les médicaments doivent être inclus en fonction de leur pertinence et non de leur coût, sauf s'il existe des équivalents comparables.” (CQMF, 1996)*

*“Par ailleurs, la FMOQ demande, en ce qui a trait à la proposition ministérielle n° 2, indiquant que le choix des médicaments inscrits à la Liste des médicaments devra notamment s'effectuer sur la base des données probantes démontrant la valeur thérapeutique, que l'intégration de ces données probantes se fasse au plan clinique. C'est pourquoi elle insiste sur la nécessité qu'il y ait une participation accrue de cliniciens au sein du Conseil du médicament.” (FMOQ, 2005, p.5)*

*“[Le CMQ] recommande d'impliquer davantage les médecins prescripteurs dans l'établissement de la Liste de médicaments du point de vue de l'utilisation optimale de ceux-ci.” (CMQ, 2005, p.17)*

In particular, both the CQMF and FMOQ called for an increased participation of FPs in the expert committee with the objective to strengthen the link with everyday practical realities of clinical work. The FMOQ went further and asked to be consulted in the selection process of the FPs.

*“Le seul point commun aux systèmes les moins coûteux est la force de leur système de soins primaires. De plus, il y a autant de médecins de famille que de spécialistes au Québec. Si on reconnaît que la globalité et la continuité des soins peuvent aider à améliorer la qualité du système et à sauver des coûts, si on veut supporter un effort de coordination dans les soins, il semblerait approprié de reconnaître la place de la médecine familiale au sein du conseil.” (CQMF, 1996)*

*“Sans nier la compétence des membres siégeant actuellement au Conseil, la FMOQ juge toutefois essentiel que, pour bien mener à terme sa mission, le Conseil doit favoriser une*

*participation accrue de médecins cliniciens. L'expertise de ces derniers renforcerait le lien indispensable avec les réalités du terrain. La FMOQ demande également à être consultée dans la sélection des omnipraticiens siégeant au Conseil du médicament.” (FMOQ, 2005, p.10)*

In addition to a better management of the health system, the organizations identified the promotion of quality of care as the primary goal to achieve better cost control. The goal cannot be cost saving.

*“Le Collège québécois des médecins de famille, entend continuer à promouvoir des soins de qualité, ce qui, outre une meilleure gestion du système, est l'autre moyen de parvenir à un meilleur contrôle des coûts.” (CQMF, 1996)*

*“Cependant, il convient de préciser que l'objectif premier doit demeurer celui d'améliorer la qualité de la prescription et des soins et non pas d'engendrer des économies.” (FMOQ, 2005, p.4)*

*“Certes, les coûts doivent être pris en compte, car la survie du régime en dépend. Mais c'est d'abord sous l'angle de la qualité des soins et du facteur humain, et non uniquement de la réduction de coûts, que nous devons établir une politique du médicament.” (FMOQ, 2005, p.22)*

*“[Le CMQ] recommande que l'objectif principal de la politique du médicament soit l'utilisation optimale du médicament et que les autres objectifs poursuivis d'accessibilité, de contrôle des coûts et de maintien d'une industrie pharmaceutique dynamique y soient assujettis.” (CMQ, 2005, p.17)*

Finally, the CMQ argued that if there is room for improvement in the quality of professional practices relating to optimal drug use, this responsibility primarily rests with the Professional Orders, such as the CMQ. The responsibility for optimal drug use cannot be entrusted solely to government organizations or agencies (such as the Medication Council). The College feared that the government would adopt some rules and regulations to control the professional practice of physicians.

*“S'il y a place pour l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles pour favoriser l'utilisation optimale des médicaments, ce sont d'abord aux ordres professionnels, dont le Collège des médecins du Québec, qu'incombe cette responsabilité.” (CMQ, 2005, p.4)*

*“Selon nous, la responsabilité de l'utilisation optimale du médicament ne peut être confiée au Conseil du médicament puisqu'elle relève aussi d'autres acteurs dont, au premier titre, les ordres professionnels. Le Conseil du médicament doit bien sûr s'en préoccuper, particulièrement dans l'établissement de la Liste de médicaments, mais il ne peut certainement pas le faire seul, surtout que la politique propose de lui confier certains mécanismes de contrôle professionnels.” (CMQ, 2005, p.6)*

Some of the work of sociologists of the professions show that the contemporary 'economization' (some would say 'economic rationalism') of health care has weakened the links between scientific knowledge and medical professional authority both regarding control over

medical work and health systems (Coburn, 2004; Gabe, Kelleher, & Williams, 1994; Hafferty & McKinlay, 1993). Managers, policy analysts, health economists and other health services researchers claim more expertise in health policy than physicians, whereas CPGs and other types of guidance documents increasingly shape clinical practice (Coburn, 2004). Yet, a study of the relationship between research evidence and clinical behaviour change confirmed a professional dominance model (Ferlie, Fitzgerald, & Wood, 2000). Professional dominance implies that key medical professionals have significant influence on policy and decisions within health organizations, based on power emanating from positional and personal authority (Ferlie et al., 2000; Lewis, 2006). Medical professionals have been reported to be unwilling to accept ideas, opinions and knowledge from those outside the profession, and in consequence are often unwilling to subordinate themselves to others or to support organizational initiatives that may conflict with their professional interests (Carpenter, Proenca, & Nash, 1998).

### **The ‘non-(or not quite)-economization’ of practice**

However, at the level of practice, the economization of FM discourse does not seem to be a true depiction of reality. Though concepts of health economics/pharmacoeconomics/EE, efficiency, optimality, costs, resource allocation/utilization/management and so on appear to be elements (cultural and symbolic forms of capital) of the FM’s associated professional and academic discourse, they appear to be of far less value in practice as the very great majority of the 16 participant FPs (8 cases and 8 KIs) do not embody this ‘economized’ discourse. Interestingly, the researchers found marked differences between the ‘economized’ discourse of the organisations and KIs who are actively involved in these organisations. All in all, the participants appeared to have internalized the fiscal and budgetary constraints of the health care environment to various degrees and in different ways; and consequently, there was variability when it came to opinions regarding considerations of EE and other economics concepts, including considerations of costs of health services in their practices.



### **Economic evaluation and other considerations of economics in clinical practice**

With the exception of case05, and possibly KI02 and (although probably not) case03 (to be discussed in detail below), the information gathered suggests that economic evaluation, and considerations of economics in general, do not have a role in the individual practices of FPs. At first glance, all the KIs (except KI02) and all the cases admitted to not knowing economic evaluation (or for that matter, health economics or pharmacoeconomics), or at least not being familiar with the use of this term, although case03 and case05 were also exceptions as they were somewhat more familiar with the term ‘pharmacoeconomics’. The interviewer then gave an explanation of economic evaluation, to which they all listened attentively and with interest. In fact, some cases were somewhat familiar with, or had heard or read other economic terms such as ‘cost-to-society’ (case01), ‘cost-effective’, ‘cost-benefit’ or ‘cost per year of life saved’ (case04, case07, KI05, KI08). Case07 even reported that cost analyses were often used in his special interest area in order to demonstrate the value of dedicated programs. Instead, all the participants, cases and KIs alike, were more familiar with some epidemiological concepts, such as, for example, number needed to treat, number needed to harm, risk, relative risk and risk reduction.

Lack of knowledge of health economics concepts may be responsible for its current lack of a role in FPs’ practices. With the exception of KI02, all the participants admitted either no or very minimal training, knowledge and understanding of health economics concepts. Thus, undergraduate and postgraduate medical education and CPD (including faculty development) seem not to provide an awareness and understanding of the principles of health economics and their application. This appears to be the case even for recently trained FPs. For instance, cases 04 and 06, with two years and less than one year of experience respectively, remembered having probably read little economic evaluation information during their FM residency.

*“Mais c’est vrai que je ne pense pas que c’est enseigné vraiment... comme mettons on en parle un petit peu ici et là, parce que bon il y a certains médecins qui vont y croire, pas y croire mais en parler plus que d’autres, mettons quand on travaille un à un avec un patron, mais globalement dans nos cours de médecine on n’a pas vraiment ça. (...) Non, c’est pas franchement enseigné. ... Et les études, comme je dis je ne lis pas beaucoup d’études anyway, mais j’ai pas lu beaucoup d’études à ce niveau-là, quelques-unes quand même dans le temps que j’étais plus résidente. Mais pas tant que ça.” (Case04)*

*“Yes... I guess during my training... yes, it’s never been a specific... I mean a lot of the evidence-based so called guidelines also have an economic piece to it. Well some of them*

*do anyway. So I don't know, you just kind of pick it up as you go along, I don't know... probably in residency... I don't know... yes probably in residency, journal clubs, that kind of context.” (Case06)*

Interestingly, all the cases reported minimal or limited training, knowledge and understanding in basic epidemiology and biostatistics. Cases with more years of experience were very minimally exposed to epidemiological and biostatistical concepts during their medical education, whereas cases with less than five years of experience received more training in these concepts, yet it still remained more or less minimal. For instance, case06 and case07 both felt that their previous science background provided them with more useful knowledge and understanding of epidemiology and biostatistics. All the cases claimed to have gained (and still gaining) some knowledge and understanding of epidemiological and biostatistical concepts through reading, presentations and CPD activities. Furthermore, FPs, just like case04, with a predominant interest in clinical practice, particularly the practical and relational aspects of medicine, may have limited (or no) interest in research. Although they may have learned basic epidemiology and biostatistics in medical school, the concepts may also be perceived as difficult to understand or use. These findings concur with a report from the Association of Faculties of Medicine of Canada (AFMC, 2006) which highlighted that medical students, residents, practicing physicians and faculty members may be, or may have been, little exposed to public health, epidemiology and biostatistics, and health economics during medical education and training and professional development.

From their comments, KI02, case03 and case05 stand out as exceptions. Nevertheless, it is important to point out that at no time during their interviews did KI02 and case03 say or allude to considerations of costs, economic evaluation and other health economics concepts playing a role (directly or indirectly) in their own individual practices. Case05, on the other hand, asserted that considerations of economics play a role in her practices. Of all the participants, KI02 was the only one who is familiar with and knowledgeable about economic evaluation. This specific knowledge had been gained through postgraduate education in a medical field (MSc) and career experience. Yet he admitted having difficulties understanding the theory and practice of economic evaluation. KI02 quickly made a point of saying that his work experience has convinced him that there is simply very little or no concern on the part of all physicians about economics (e.g., costs, cost-effectiveness, QALYs) in clinical practice, and that this is not only caused by a general lack of knowledge, but also of care about (health resources and societal) costs and health economics.

*“Il n’y a pratiquement aucune préoccupation de la part des médecins – en général – pas uniquement les médecins de famille, mais tous les médecins, par rapport aux coûts d’acquisition, aux coûts-bénéfices ou même aux QALYs, la plupart des médecins n’ont aucune notion, et non seulement aucune notion, mais "s’en contrefoutent". Je vais encore me faire lancer des tomates, mais j’ai trop d’années d’expérience pour avoir présenté des analyses critiques sur les nouveaux médicaments, qui avaient une valeur thérapeutique, un "me too" finalement, un médicament qui était semblable à ce qui existait, mais à un coût beaucoup plus élevé et avoir observé chez tous les résidents à qui j’enseignais, et même chez tous les collègues, en disant "so what". Aucune préoccupation ou quasi aucune préoccupation par rapport aux coûts des médicaments ou aux coûts sociétaux. Pratiquement aucune. Vraiment.” (KI02)*

Case03 and case05 both alluded to being familiar with pharmacoeconomics. They received no specific training, but became somewhat familiar with the terminology and concepts of this type of knowledge through personal reading. Case05 commented that comprehending economic evaluation research is difficult for someone who is not familiar with the subject, thus making it not easily accessible to FPs. Following the interviewer’s explanation of economic evaluation, case05, the participant with a highly developed awareness of society, affirmed her interest in reading information from economic analyses, particularly when feeling reticent to use a service. High-quality research evidence of efficacy and safety is necessary, but may not be necessarily sufficient. For instance, she voiced her interest for evidence of pharmacoeconomics in addition to the clinical value of a treatment. This type of information can inform her decision whether or not to adopt a new service.

*“En fait, moi personnellement, quand je lis des études, s’il y a un volet économique à l’étude ou des fois ça va être juste le sujet... je suis intéressée à lire ça. Surtout quand j’ai des réticences face à un traitement... (...) Puis quand j’ai été... à chaque année il y a un congrès de pharmacologie organisé par l’UdM pour tenir les médecins généralistes au courant des nouveaux médicaments et de leur efficacité. Moi je n’y vais pas à chaque année, mais en tout cas il y a deux ans je suis allée et... bien c’est ça, ils parlaient des nouveaux médicaments, mais ils ne nous disaient jamais combien ça coûtait. Puis... ou s’il y avait un léger progrès, bon, finalement, si ces études-là... c’était aucunement ça pour aucun des médicaments. Et moi dans mes suggestions, je l’avais mis, comme quoi pour certains médicaments, j’aimerais ça avoir une étude pharmacoéconomique parce que je trouve pour aider à décider si je vais l’adopter... même s’il allait un petit peu mieux que l’autre pour soulager le reflux, mais finalement l’autre est générique et il ne coûte rien, et c’est comme... quand bien même qu’une étude evidence-based me dit que tu as 10% de plus de patients qui vont être soulagés... à quel prix. Alors je veux savoir ça.” (Case05)*

Being aware of the rising costs of the health system, case05 said she is cost-conscious in her day-to-day practice choices and, more and more, she wants access to economic evaluation and costs information to guide her decisions. Case05 commented on few occasions during her interview that

she is a different ‘type’ of FP, that her more ‘social’ point of view in medicine, as in most aspects of her life, makes her think differently than the more ‘medical’ doctors (she then held her hands beside her eyes like horse blinders).

*“Je sais comment ça coûte cher et quand on paye nos assurances médicaments comment à quel point ça coûte cher, alors moi quand je signe ma prescription, je suis consciente que je contribue à ça... ou pas. Alors moi c'est sûr que ces renseignements-là, je veux les avoir de plus en plus.”* (Case05)

Case03, the participant with a strong medical entrepreneurship interest and who has developed close ties and relationships with pharmaceutical companies and their representatives, was the only one of all the participants to affirm that economics is present in family practice.

*“Alors ça je pense que ces notion-là, moi dans ma pratique, c'est déjà pas mal présent.”* (Case03)

Surprisingly, he asserted that notions of pharmacoeconomics are frequently an integral part of CPD activities (e.g., presentations, trainings, workshops) in which he participates, and of the scientific literature and professional journals/magazines he reads-although limiting his comments to the independent magazine “The Medical Letter”. Case03 was under the impression that economic evaluation information is more often available for new drugs than for existing services, and that some medical disciplines (e.g. cardiology, hypertension, diabetes) use economic evaluation methods more often than others. For him, this meant that economic evaluation information may be applied in some areas of his clinical work, whereas it is not applicable in others.

*“Bien dans les présentations, ils nous amènent souvent ces choses-là, il y a souvent des études de pharmacoeconomie qui sont faites où ils démontrent que l'utilisation de tel médicament diminue les coûts de santé et au bout de la ligne il est rentable. Statistiquement... en cardio, ils sont bien bien forts de ça; justement pour l'utilisation du Plavix une heure après une dilatation coronarienne ou en angine instable ou ces choses-là. Alors ça, je pense... moi en tout cas j'ai déjà des notions que ces choses-là nous sont présentées, c'est pas moi qui vérifie, mais ils vont dire "bon, l'utilisation de ce médicament-là a démontré son efficacité clinique et au niveau économique il est démontré aussi qu'il pouvait sauver des coûts de santé." Oui, oui, oui. Ils nous démontrent, ce nouveau médicament, ils vont en parler. Par contre, ici je ne pourrais pas vous dire que ça, ça été fait pour le Rasilez, je ne l'ai pas vu encore, mais ils vont faire des études pour le faire. En cardio ils sont bien forts sur ça. Hypertension et diabète aussi. Dépression, je ne pourrais pas vous dire. Ça ils ne feront pas d'étude de pharmacoeconomie, ça prend du monde, ça prend beaucoup de gens pour être capable de faire des études dans ce sens-là. Alors je pense qu'il y a des pans de ma pratique où ça peut bien s'appliquer et il y en a d'autres où ce n'est pas applicable.”* (Case03)

Perhaps more astonishing was his assertion that concepts of economic evaluation are well accepted by FPs, particularly since medical practice includes a reflection on the medical necessity and

appropriateness of care in a context where wasteful practices increase overall costs. Strictly speaking, case03 seemed to make more reference to the notion of cost than to economic evaluation, and to inappropriate or unnecessary actions that waste resources. In this view, economic considerations would be indirectly or implicitly taken into account.

*”C'est bien accepté. Ah oui. C'est quelque chose qui est dans notre pratique. Ne pas demander trop d'examens inutilement, s'assurer que si on fait un suivi, qu'il est adéquat et quel examen on va demander, et il ne faut pas trop en demander parce que ça coûte cher. C'est ça. Ça, c'est déjà inclus dans l'acte médical. Ça, c'est des questions qu'on se pose.”* (Case03)

That being said, his comments focused mainly on the use of economic evaluation at the macro-level of the health system, and very rarely from the perspective of the micro-level. Case03 was generally open to the idea of economic evaluation playing a role in health decision-making, although economics should not be used as the primary basis for guiding decisions. Clinical and therapeutic considerations must be given pre-eminence in macro resource-allocation decisions. He reported always considering the issues of economic evaluation and of resource allocation from a macro-economic perspective. For him, the problem is the government's inability to pay all necessary care for all citizens-it is a health care financing problem. This was the recurring theme of the interview.

*”En fait il faut que les études économiques soient utilisées de façon intelligente, que ça ne pèse pas plus lourd dans la balance que les autres facteurs. Mais moi, je mets toujours ça en perspective, du fait qu'on n'est pas capables de traiter tout le monde. Alors par rapport à ça... c'est pas facile... c'est que dans le débat, c'est que le gouvernement n'a pas le courage et la possibilité politique d'informer les gens que tout le monde ne peut pas être traité.”* (Case03)

However, his major issue of concern was in terms of interference with the physician's autonomy and freedom. Case03 also voiced reservations about the validity and integrity of economic evaluation research. He believed there is often a gap between studies and reality, and that this type of research is employed as a marketing strategy by the pharmaceutical industry.

*”Parce que si vous disiez que dans mon étude de pharmacoeconomie l'utilisation de ce médicament-là peut réduire les coûts de santé de tant et qu'il ne sera pas utilisé chez plus que 15% de la population, ça veut dire qu'au bout de la ligne... (rire) C'est pour ça que la pharmacoeconomie c'est important, mais ça a une limite. (...) Et là les compagnies pharmaceutique, d'après moi elles utilisent ça présentement pour se démarquer par rapport à d'autres médicaments. (rire)”* (case03)

That being said, three cases (04, 06 and 07) and four KIs (KI04, KI05, KI06 and KI07) of the KIs interviewed said they would be generally open to the idea of economic evaluation playing a

role in the practices of family physicians, although economics should not be used as the primary basis for guiding clinical practice. These cases and KIs used a scientific perspective and core values of medical professionalism to justify their comments. On a day-to-day basis, FPs appear to be little exposed to economic evaluation, costs and other (health) economics concepts (other than compensation and incentives), although case03 reported a different experience. Interestingly, the KIs acknowledged the relative absence of considerations of economics in medical education, research, CPGs and knowledge translation activities in the field of FM; clinical and therapeutic considerations being of paramount importance. These statements corroborated with those of the cases. For example, Coyle and Graham (2003) examined the role of economics in 217 Canadian CPGs relating to prescription drugs. They found that these tended to be based on the principles of efficacy and effectiveness, with minimal inclusion of economic considerations. But of particular interest for our study, some of the major findings were that CPGs including economics were less likely to be developed by a national organization or endorsed by a professional organization, and were more likely to be English-language CPGs (rather than bilingual French/English). The findings of a recent study suggest that randomized controlled trials available in high impact journals rarely provided actual drug costs or discussed economic considerations (Allan et al., 2010). Yet, these six KIs and four cases commented that health economics principles should be an integral part of the medical education (pregraduate, postgraduate and CPD) curricula, GPGs development, and documents specifically produced to transfer knowledge to physicians (e.g., official journals/magazines of the FMOQ, the CMQ and the CFPC). It was, however, acknowledged that the independent newsletter “The Medical Letter on Drugs and Therapeutics” always provides information regarding drug costs. Indeed, some cases (04, 06 and 07) thought there could be a potential role for economic evaluation in family practice, but FPs would first need to develop awareness and knowledge in this area, and understand both the science and especially its application to clinical practice. According to case07, by not discussing considerations of economics in FPs’ practices, the issue is simply not addressed. However, information of economic nature, such as cost-effectiveness, must be kept in perspective. It should be considered, but it is not the “be-all and end-all”.

*”Mais bref oui, effectivement, je pense que ça devrait être une donnée qui aurait bien du bon sens à rajouter parce qu'on ne la connaît pas cette donnée-là, et je ne pense pas que... peut-être que certains médecins sont plus au courant que d'autres, mais en tout cas, je ne*

*me rappelle pas dans le cours de médecine qu'on avait une affaire là-dessus effectivement et dans ma formation non plus.” (Case04)*

*”It would, I think, but it hasn't because I don't... like I know that such a thing happens, but I don't know how it applies to my practice at this moment. Like I'm not sure what clinical points those studies are applicable. But if I knew that there was such a thing, it probably would play a piece.” (Case06)*

*”I think it's necessary, but I think that it's always necessary to keep it into perspective. It's not the be all and end all. We're not going to turn doctors into economists; we're not going to let one patient die because it's too expensive to treat them. Is it cost-effective to treat a 50 year old who's just had a haemorrhagic stroke in (...)? Is it cost-effective to take that person, fly them down to Montreal, at 3h in the morning, mobilize emergency services to put them in the ICU for 2 weeks so that they die? No, it's not cost-effective at all. But if that guy was my father, I would do that. So cost-effectiveness isn't the be all and end all. Is it cost-effective to send me up to (...), to be paid 1000\$ a day versus 400\$ a day here in Montreal? No, of course not. It's the same person, it's the same services. It's not cost-effective at all. But it has to be done. So I mean it enters into it. Cost-effectiveness should enter into the equation but it's not the be all and end all. And to not discuss it means that it stays in the periphery and then we don't address the issue.” (Case07)*

Nevertheless, these three cases were sensitive to the risk of medical litigation that can arise if economic considerations dominate clinical decision-making. On a few occasions during their interviews, cases 04, 06 and 07 made implicit or explicit references to the medico-legal context and to lawyers and judges as players in the field of medicine. This was generally used as a strategy to justify their perceptions, thoughts or practices. They mentioned the traditional version of medical ethics, in which the physician's fundamental responsibility is to his/her patient. This is a core value of medical professionalism. They strongly believed that this is the key value on which patients, peers, lawyers and judges base their judgement regarding the quality of care. As such, the interests of the patient take precedence over economics. Concepts of health economics and economic evaluation could be integrated into the medical curricula and play a role in practice, but it would have to be taught and considered under this overlying primary principle.

*”Yes... if what it means is truly what you spoke of, how you defined it, globally, cost in a biggest possible sense... and at the end of the day my responsibility is still to my patient. That's how I was trained, that's how I see it that's how I would be judged legally if ever I am sued, that's how... so I would still make my judgement based on that. That's what patients expect of me and that's what lawyers will expect of me too, so... you know? So as long as it's taught in that as being the overlying principle.” (Case06)*

Case07 was of opinion that it would be necessary for medical organizations to integrate information on economic evaluations, costs and other (health) economics concepts in their knowledge transfer activities (e.g. CPD, journals, meetings). It would be important for economic evaluation evidence to be the subject of articles and of presentations at professional activities (e.g., conferences, scientific

meetings, etc.). This would be important when promoting new services (e.g., drugs), particularly for services shown to offer a limited improvement compared to available alternatives. In this view, economic evaluation understanding and information would be a form of propositional (also referred to as codified or technical) knowledge in the field of FM that FPs would be able to read and make reference to.

*”As an initial I would think in a conference. I think a conference format would be something that I would probably take the most out of. A close second would be written information, to be able to make reference, to be able to read it.” (Case07)*

Following the explanation of EE, three cases (01, 02 and 08) and two KIs (01 and 08) still admitted to not knowing health economics concepts-or more so-showed no interest in considerations of economics in their clinical practices. It is important to note that this part of the interview on economic evaluation and on the considerations of costs in clinical decision-making was particularly short, despite attempts by the interviewer to deepen the understanding about the perceptions, beliefs and attitudes of these five participants. They tended to think that the economic consequences of their resource allocation decisions were not their responsibility. For example, case01 and KI01 were both strongly opposed to the idea of considering economic evaluation or the costs to society in their clinical choices or in the advice they give to their patients. As a FP, their perception was that clinical and therapeutic considerations (e.g., quality of life and survival criteria) based on evidence and patient circumstances ought to have primacy in order to offer patients the best available services.

*”Pour moi en tant que médecine de famille, le critère doit être la qualité de vie du patient et la survie du patient. C’est ça qui doit être le critère. Le coût à la société, c’est pas de mon ressort.” (Case01)*

*”Vous venez me voir, je suis médecin, je suis votre médecin, la meilleure utilisation des ressources c’est celle qui est la meilleure pour vous. (...) Sans prendre en considération les coûts d’aucune façon.” (KI01)*

Therefore, these three cases and two KIs did not believe that health economics principles should be an integral part of the medical education (pregraduate, postgraduate and CPD) curricula, GPGs development, and documents specifically produced to transfer knowledge to physicians (e.g., official journals/magazines of the FMOQ, the CMQ and the CFPC). For example, and very interestingly, case01 strongly opposed the idea of economic evaluation information being considered when drafting CPGs. For him, recommendations of CPGs must only be based on clinical and therapeutic considerations (i.e., quality of life and survival). So much so, he sees



recommendations to withhold services that might benefit patients but at high costs for society as being equivalent to ‘raping’ (his own word) the patients. As a FP, he has an obligation to inform each of his patients of the best available services (obligation of means). The willingness or ability to pay for services is a separate problem, and as such considerations of economics should be left to the patient or the government (as a public insurer). In his comments, case01 seems to construe health resources as ‘commodities’, an economic concept. According to Kluge (2007), when one speaks of ability to pay as a solution for the allocation problem, one is, either explicitly or implicitly, treating the nature of resources as ‘commodities’. This is more in line with the ‘business’ model of medicine, one which portrays physicians as entrepreneurs. When the health resources are construed as ‘social goods’, the allocation problem is then resolved on the basis of notions of competing rights or of maximizing the aggregate good, notions more in line with the ‘hippocratic’ or the ‘social service’ models of medicine, respectively (Kluge, 2007).

*”Une ligne directrice doit nous dire si mon patient s'il prend tel traitement, va avoir une meilleure qualité de vie ou va survivre plus longtemps. Maintenant à savoir si c'est le gouvernement qui va le payer ou pas, ça c'est une autre question. Alors il y a un dilemme ici. Moi en tant qu'omnipraticien, je peux dire aux gens et je pense que j'ai commencé à le dire. Moi je vous décris le moyen. Mais je réalise très bien, avez-vous les moyens de le faire ou pas, ça c'est une autre question. (...) Alors moi si on me donne les guidelines qui me disent on va faire ça, mais ça on ne le fera pas parce que ça coûte trop cher à la société, là je me dis on se trouve à faire un viol – c'est le mot qui me vient – à l'individu.”* (Case01)

Some of them seemed to be under the impression that their practices did not have a significant economic impact on society, since the use of (very) expensive drugs and technologies is not what FPs do in their daily work. Medical specialties, such as oncology and cardiology, were commonly viewed as more complex and more costly fields of clinical medicine.

*”Alors je veux dire, ce que moi je fais, j'ai pas l'impression que ça a un impact sur la société. Des fois, de façon très occasionnelle, oui, ça a un effet, (...). Mais à part de cas anecdotiques comme ça, je ne suis pas au courant si les choses que je fais ont un impact plus que ça dans la société.”* (Case01)

*”Mais c'est pas souvent en médecine familiale. On n'utilise pas beaucoup les techniques et on utilise des médicaments, mais pas les médicaments les plus chers, en tout cas en médecine familiale.”* (KI01)

*” (...) je pense que de toute façon j'utilise moins des ressources dispendieuses dans ma pratique. Alors je me retrouve moins dans cette situation-là.”* (KI08)

Furthermore, these five participants were more concerned about the questionable, debatable or wasteful allocation of resources (e.g. human, material, financial) at the broader government (macro) or regional and institutional (meso) levels of the health system. Interestingly, four of them

expressed opinions based on their long experience of practice in institutional settings (HC, CLSC), which include medico-administrative activities. Their comments were not only targeting policy makers, administrators and managers, but also physicians (mainly MS, but also FPs), particularly those working in hospital setting, and to a lesser extent the population.

*”Sûrement, mais il y a tellement de gaspillage dans le système. (...) Et du gaspillage, j'en vois plein comme ça. En tout cas, j'aurais plein d'autres exemples à vous donner. C'est bien de conscientiser les médecins sur la façon de prescrire, mais ça serait bien aussi de... d'arrêter de gaspiller et en particulier de réviser la politique des budgets fermés. Ça n'a aucun sens. Ici, il n'y a pas une année où ils ne font pas des travaux de peinture, qu'ils n'abattent pas un mur ou qu'ils ne refont pas telle chose...” (Case02)*

*« J'ai l'impression... Par exemple, dans mon hôpital, les nouvelles directions, les nouvelles modes, les nouvelles façons de gérer sont vraiment pour plaire au ministère. Le ministère dit qu'il faut faire ça. Les lignes directrices du ministère c'est bien beau, mais c'est comme si ça passe par-dessus le gros bon sens des fois.” (Case08)*

*”Je pense que ça arrive plus en médecine hospitalière. (...) , je trouve qu'un peu comme je disais, c'est dans les choix, dans la pression de la population et dans les choix de dépense, moi je trouve qu'il y a énormément de re-questionnement, je trouve qu'on dépense trop et pour des mesures curatives, avec l'aura justement que ça va sauver les gens, alors que c'est pas vrai. (...) Si le gouvernement faisait des choix plus serrés que maintenant (...) parce que c'est comme si on vit avec les limites des gens et je trouve que les limites ne sont pas à la bonne place. (...) Donc ce n'est pas qu'il n'en faut pas des résonances magnétiques, mais je trouve qu'il y a beaucoup, beaucoup d'argent qui est mis dans ces technologies-là et dans le curatif encore là plus que dans les... la psychologie, la physiothérapie, c'est quelque part... les gens peuvent devenir autonomes, des exercices en physio, ça s'apprend. (...), je trouve qu'on pourrait rendre les gens plus autonomes et avoir un impact sur leur quotidien, leur qualité de vie plus grand avec de l'argent mis dans ces sphères-là, (...).” (KI08)*

All three cases (01, 02 and 08) recognized, however, the importance of economic evaluation as a decision-making tool, particularly at the macro- and meso-levels of the health care system; omitting to answer from a clinical perspective. They pointed out the interest of this type of information to ensure that all citizens continue to have equity of access to quality care, following the important role of public health care systems in Quebec and Canada and fiscal burden on governments.

*”Alors cette discipline-là, oui c'est une discipline importante parce que... comme les gouvernements ont pris... bien en tout cas, je dis les gouvernements, à travers le monde, la médecine publique a pris une grosse place. (...), étant donné que c'est un gros fardeau maintenant à la société d'avoir à payer tout ça, il faut faire ces études-là pour justement dire "écoute, ça, ça vaut la peine de le faire, ça, ça ne vaut pas la peine de le faire." Maintenant, qu'est-ce qui va faire qu'on va dire ça vaut la peine ou pas, bien là c'est qui va décider des critères et c'est quoi les critères. (...) Alors disons que cette science-là est quelque chose de bien important je pense pour les gouvernements ou n'importe quelle*

*organisation qui a à prendre des décisions sur est-ce qu'on utilise un traitement ou pas.”* (Case01)

*”Bien, moi je pense que c'est important, parce qu'au Québec, au Canada, on va continuer à avoir les gens qui ont besoin de soins de santé. Les besoins vont même connaître une explosion avec les baby-boomers qui s'en viennent tous à la retraite en même temps. Donc si on veut que tout le monde puisse continuer à avoir accès à des soins qui ont du bon sens je pense qu'il faut considérer ces choses-là.”* (Case08)

However, case08 expressed concerns similar to those raised by KIs about the possible enactment of standards of care based on the results of economic evaluation that would eventually constrain the FP's clinical judgement and freedom.

*”Maintenant, tout ne pourrait pas s'assujettir à ça non plus, comme je disais, l'algorithme ne remplace pas le jugement du médecin, donc... et ma crainte serait que ce soit bêtement appliqué.”* (Case08)

Some KIs were of opinion that FPs (and physicians in general) may have a tendency to undervalue, dismiss and otherwise resist economic issues in their practices based on the availability and coverage of services, a lack of information on costs, their beliefs (costs not being the primary or even important criteria for choice) and a lack of sense of responsibility and accountability for the economic impact of their practices.

*”L'impression que j'en ai, c'est que c'est quelque chose de tellement banalisé à quelque part qu'on en tient moins compte qu'on devrait. Et ce qui ne nous incite pas nécessairement à en tenir compte tant que ça, c'est qu'on ne sent pas qu'on a le pouvoir décisionnel là-dessus.”* (KI03)

*“On a tendance à écarter beaucoup la question économique de notre prise de décision dans le domaine des médicaments. Je pense. ... Ce n'est pas uniquement les coûts qui vont nous faire décider. Une autre façon de voir ça, c'est dire pourquoi est-ce que si la technologie est là, pourquoi est-ce que je ne fais pas un usage généralisé de la meilleure technologie pour mon patient, peu importe le coût. (...) Bien la première chose, comme je disais tantôt, c'est le fait que personne n'est vraiment au courant de ce que ça coûte; ni les patients, ni les médecins. Il n'y a pas de conséquence non plus directe de leurs choix .... Là actuellement, honnêtement, the sky is the limit et je pense que le sky n'est même pas the limit, il n'y a pas de sky en réalité..”* (KI05)

Some cases (01, 02, 03, 04, 08) and KIs (01, 08) stated clearly that they focus their practices on clinical and therapeutic issues in the best interest of their patients, while paying minimal, if any, attention neither to fiscal and budgetary constraints of the health care environment nor to economic considerations. The cost of health services was not one of their decision criteria.

*”Donc je pense que le médecin doit prendre sa décision par rapport au patient qui est là, il ne doit pas être contaminé, parce que sinon, quand il traite la société, c'est pas son patient qu'il traite.”* (Case01)

*”Pas beaucoup. Bien oui et non, mais j'avoue que si je pense que mon patient a besoin de tel examen, je vais le demander, point. Mais encore là, je vais essayer de ne pas exagérer, de ne pas demander 46 000 tests juste pour en demander, mais en même temps des fois, peut-être que... j'essaie d'y aller en fonction de l'intérêt du patient plus qu'en fonction des coûts. (...)” (Case04)*

*”C'est-à-dire que ce qu'il faut faire c'est que... le coût n'est jamais trop si c'est la bonne affaire au bon moment, donc si ça prend une résonance magnétique pour faire l'évaluation d'une possible sténose spinale cervicale, on ne commencera pas par passer un Taco avant, on va aller tout de suite à la résonance magnétique. Le Taco n'est pas suffisamment bon pour ça.” (Case08)*

From their comments, case05, case06 and case07 stand out as exceptions, since the cost of services is sometimes used as one of their decision criteria. Although economic considerations should never be the deciding factor. All three asserted that they already tend to choose or recommend to their patients what they know to be a less expensive but equivalent service option, when available.

*”I actually tend to prescribe what I know is less expensive.” (Case06)*

*”Sometimes I will ask... if it's not really that much... it's not going to change a whole lot, I'll usually prescribe the cheaper one, whether we're talking antibiotics, hypertension, depression, whatever.” (Case07)*

These three cases reported not being uncomfortable considering and discussing economics, as long as the decision-making process remains patient-centred. However, they would be uncomfortable giving greater weight to economic, rather than clinical and therapeutic, considerations and then informing patients that a service should not be used simply because it is too expensive. The choice of the appropriate health service should primarily be based on its expected health benefits; these benefits should then be considered in relation to the costs of the service. If the expected benefits for the patient are poor but the costs are high, then it would mean that the use of the resources would not be in the best interest of the patient. This has to be discussed and sometimes argued with the patient. However, in doing so, case06 and case07 consider what is in the best interest of the patients, discuss their choice or recommendation with them, and then respect the patients' autonomy in making decisions.

*”Oui, bien moi je pense que finalement, c'est quand à efficacité... relativement égale... s'il y a une grosse différence, et qu'il y a beaucoup moins d'effets secondaire, à un moment donné, c'est sûr que même si ça coûte bien plus cher je vais lui donner; ça va finir par jouer.” (Case05)*

*”I'm not uncomfortable if it's still patient-centred. Like if it's still about the patient. So if it's for the benefit of the patient, I think that's what we're here for, (...), I don't see why I would be uncomfortable with that. I am uncomfortable telling the patient in simple terms “well that's a very expensive test“, I don't know if I'd want to do that, like that's offensive*

*to patients and I'm not sure how comfortable I am with that, so I don't phrase things that way but I do phrase things in terms of what benefit will the patient have for this test, and if the benefit is poor and the cost is high it's not in the patient's best – I don't think it's in the patient's best interest to have this test « what do you think, patient? » and let them kind of do the balance. But you get a very bad reaction from patients if you say “well, it's a very expensive test”. So I'm not sure we should do that and they don't take kindly to that; you have to finesse...” (Case06)*

*”I might ask myself the question what is the difference of efficacy, and I might say well is it really worth it. If it's a small gap, no. I mean again patient priority comes first. But I don't think you can ignore the dollar figure.” (Case07)*

In keeping with his frugal nature, case07 reported using ‘checks-and-balances’ to govern his life, thoughts, attitudes and actions. The goal is to spend the least amount of money to get the greatest value. His frugal way of thinking and acting was inherited from his parents.

*”I mean again if it's the toss of a coin, I'll pick the cheaper one. (...) That's who I am. It's always the checks and balances. So my parents were. When you stand in line at Steinberg's and the 4 of you are standing in line because there was maximum 4 per customer, and all 4 of you are standing there because you're all holding 4 rolls of toilet paper, you learn, ok, mental calculus. You do your things. (laugh)” (Case07)*

Case06 was sensitive to the costs of health services, and more particularly to the significant costs of certain diagnostic tests. Her several years of specialty training contributed to the development of cost-consciousness. She often questioned the rationale for the use of very expensive diagnostic examinations and procedures which offered a limited potential clinical benefit to the patients as well as to society.

*”I was in a field where I was ordering very expensive things, so diagnostic tests which were thousands\$, that I was having trouble justifying the cost for what the benefit was to the patient as well as to the society at large. (...) if I stopped and asked myself the question what knowing, confirming this diagnosis, would it truly make a difference to the clinical care applied to this patient, would it truly make a difference to that patient, not just knowing but would it make a difference either in terms of their (...) decisions or in terms of their management. And often, after doing that analysis in my head, the answer is: no. I really didn't think or just... for the sake of knowing, so that was probably one of many factors that disillusioned me from that field. In general, I was having trouble justifying the expense for what the benefit was to patients in the context that resources are not... available.” (Case06)*

Case06 and case07 strongly highlighted their ethical and moral obligation to the patient and to disclose information. Respect for patient autonomy is paramount. These are some of the principles and values of medical professionalism (ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, & European Federation of Internal Medicine, 2002). As such, these two cases consider what is in the best

interest of the patients, discuss their choice or recommendation with them, and then respect the patients' autonomy in making decisions.

*"Yes. I think that it has to play a role, I don't think it should be the deciding factor. If I am going to use my monopoly as a physician and say you're going to take this medication and I know damn well there's another medication out there that costs 10 times more but might be slightly effective, I do think that I have an obligation to let the patient know, and bounce it off the patient and say "listen, you know I could give you this drug, but I could also give you this drug, but this drug is a little bit more effective. It's not all that much more effective and that's why I'm giving you this other drug. But it's a heck lot more expensive. So in my opinion, I'd recommend the cheaper one." And if the patient says "I don't care, money is no issue, here, I'll drop the 1000\$ on the table you give me the more expensive pill", I'll say "ok, I'll give you the more expensive pill." But if I'm going to make the decision to give the cheaper medication based on economic issues alone, now based on clinical opinion, like do I treat you on Septra or Cipro, there is no evidence to say one is better than the other, so of course I'm going to choose the cheaper one. But if there is like "well you know I could treat you with Septra for pneumonia, but it's not all that great. I could treat you with Cipro for pneumonia and that's actually a lot more expensive. But because you look poor I'm going to treat you with the Septra"... or "because you know, our budget's coming due and I better treat you with the Septra"... " (Case07)*

These passages above are very interesting and may provide a good example of the possible relationship between the physicians' responsibility to their patients and the role of economic evaluation in FPs' practices. There could be the possibility of considering economics (such as EE, costs or other concepts in economics) in clinical practice, but only within the understanding that the primary focus of FPs' work remains the best benefit for the patient and not the best interest of society. Resource allocation decisions could be informed by information on the expected health consequences of the alternative services options and on their costs made available at the time when decisions are being made. It could then be possible to consider clinical, therapeutic and economic information in light of physicians' and patients' values, preferences, circumstances and constraints. This means that cost-consequences analysis could be the type of economic evaluation information most useful for FPs' practice needs since this analytic approach presents the information and differences between services in a disaggregated form. It has been argued in the literature that information used to generate QALYs, cost-effectiveness ratios and complex decision analytic models can be made more useful to most physicians (and decision-makers) through a cost-consequences approach (Coast, 2004; Detsy & Laupacis, 2007; Kernick, 2000).

Finally, some KIs voiced reservations about the: 1) clinical relevance of economic evaluation outcomes (e.g. costs per QALY); 2) validity, integrity and quality of economic evaluations; 3) non-medical expertise, independence and objectivity of health economic researchers, and potential conflict of interest; and 4) issue of the incremental cost-effectiveness ‘threshold’ in terms of the validity and appropriateness of the value eventually adopted.

*”Alors ça m'apparaît... le premier problème c'est que c'est flou et c'est facilement discutable, facilement contestable et là, si c'est flou, bon, ça pose problème parce que c'est tu un calcul hypothétique ou c'est... il me semble que ça devrait être plus rigoureux. Deuxième problème, c'est qu'on ne semble pas nulle part vouloir adhérer à un genre de seuil. C'est-à-dire qu'on ne veut pas adhérer par exemple en disant qu'en oncologie, par exemple, un QALY supérieur à 50 000\$ apparaît, par année de vie gagnée apparaît excessif. On ne semble pas vouloir adhérer à ce concept-là. On se dit... Et là bon, finalement "quossa donne", "quossa donne" parce que si finalement... (...) Mais s'il n'y a pas de volonté politique... parce que je pense qu'il faut que ce soit politique; ça ne peut pas être sociétal ça. Ça ne peut même pas être éthique. Je pense que c'est une volonté politique. Si t'as pas cette volonté à quelque part de dire il faut comme mettre une limite, bien ça ne sert à rien de le faire.” (KI02)*

*”Bien écoute, je vais être très de base, mais je veux dire, je pense que si dans les choix qu'on a à faire on a à notre disposition une information rapide, sur écran, sur... qu'il y a des choses qui sont plus performantes en termes d'efficacité thérapeutique et qui le sont aussi au point de vue économique, je pense que ça devrait se dire, ça devrait s'inscrire et on devrait avoir l'information. Moi je pense que ça devrait être via la... quand la demande de test ou la prescription que ces choses-là devraient apparaître, mais c'est compliqué faire ça. C'est facile à dire, mais ce n'est pas facile à mettre en route. Est-ce que des mises à jour par des organismes plus neutres comme le Conseil du Médicament, par des collèges, des fédérations, qui produisent, à un moment donné, des mises à jour sur des approches thérapeutiques ou des approches médicamenteuses ou des choix de traitements qui se basent sur l'efficacité thérapeutique et les coûts économiques, je pense que ce serait les meilleures façons de transmettre cette information-là.” (KI04)*

*”Bien regardez, moi je pense que ça fait partie des outils qui devraient être discutés et des connaissances qui devraient être amenées à la formation et par la suite. (...) Moi, ma crainte, c'est qu'on établisse des normes disant on a accepté telle ou telle ou telle médication ou technologie, en sachant que ça coûterait 68 000\$ par année de vie sauvée, on a maintenant un nouveau produit sur le marché, lui ça coûte 67 000\$ par année de vie sauvée, donc si on a accepté l'autre, on peut accepter celui-là. Je trouverais ça tendancieux d'être capable de monnayer des années de vie sauvées et de prendre des décisions uniquement ou en bonne partie sur ce genre de critère-là. Je pense encore qu'il y a moyen des fois de raisonner un petit peu plus que ça.” (KI05)*

*”Moi je pense qu'il est très souhaitable de le faire. Très, très souhaitable de le faire et même je vous dirais qu'à mon avis ça devrait être un incontournable. Mais il faut offrir cette information-là aux médecins pour qu'ils puissent à mon avis prendre une décision beaucoup plus éclairée. Ah oui, je pense que c'est un... et je pense que c'est important... comme on dit toujours, il y a le message et il y a le messenger. Alors moi, à mon avis c'est un*

*message qui est important, c'est comment maintenant on le donne. Comment on va approcher les médecins avec ça, toujours en faisant attention aux facteurs qui vont influencer l'appropriation et le jugement de ça. Alors souvent, quand ça vient des leaders médicaux eux-mêmes, les médecins, experts, c'est toujours plus facile que quand ça viendrait d'une étude du GRIS. (rire) On comprend ça, hein? Tu sais quand par exemple, je vous donne un exemple, quand Dr Dumouchel, il était à l'Hôtel Dieu, qui était un interniste, pharmacien, quand il dit, lui, le coût/bénéfice par rapport à ça, par rapport à ça, c'est ça l'enlignement, les gens l'écoutent. Pour lui, c'est un leader expert qui a une... comment je dirais bien ça... pas une autorité, mais une notion d'évaluateur, d'expert, mais intègre. L'intégrité de l'évaluation est absolument essentielle.” (KI06)*

*”Pas par elle-même, je ne crois pas. Mais oui, c'est quelque chose... définitivement, c'est une donnée probante. La question c'est comment est-ce qu'on l'utilise. ... Mais je pense qu'il faut vraiment que ces données-là, je crois qu'elles sont importantes mais il faut qu'elles retournent ou qu'elles soient liées à ce qu'on appelle en anglais les "patient outcomes".” (KI07)*

But over and above all else, the major issue of concern raised by the majority of KIs was the fear that the use of economic evaluation information in health care decision-making would compromise the physician's highly valued professional autonomy and freedom. For instance, the World Medical Association (WMA) argues that professional autonomy and freedom are not only essential components of high quality care, but also essential principles of medical professionalism (WMA, 2008). The KIs feared that both government and management would enact standards of care based on the results of economic evaluation that would eventually constrain the FP's clinical judgement and freedom to act and make decisions in the care of his patients, and be used to assess the performance of individual FPs. As such, professional autonomy and freedom were cited as the main barriers to the considerations of economics in FPs' practices.

*”Je dirais que le grand facteur limitant pour moi, c'est toujours la personne. Si tu prends 100 personnes, tu peux appliquer des lois, mais peut-être que dans les 100 personnes il y en a quelques-unes que ça ne "fitera" pas, pour toutes sortes de raisons. ... Ce qui fait que si la performance du docteur est jugée par des choses comme ça, il faut tenir en compte qu'il y aura toujours des exceptions. Et le poids des gens qui sont différents, qui ne répondent pas aux normes, on sent toujours qu'il faut répondre aux normes et non pas de dire normalement dans votre clientèle, on devrait s'attendre à ce que tant de pourcentage de vos patients soient comme ça. ... Alors ce qui est dangereux dans ça, c'est quand tu ne réponds pas à cette norme-là, parce qu'on va vouloir savoir pourquoi ou on va qualifier le médecin de non performant. Je dirais que c'est le risque que je vois.” (KI04)*

*”Mais avec les précautions que je mentionnais; je ne voudrais pas que ça devienne l'élément déterminant ou que ce soit pris vraiment en considération si on édicte des normes qui entourent l'utilisation de ces outils-là, que ces normes-là finissent par avoir préséance sur le bon jugement et sur la relation médecin/patient.” (KI05)*



*« Il y aurait toujours de dire bien c'est encore là le fameux drapeau de la liberté professionnelle, l'autonomie professionnelle. Je dirais que c'est les deux principaux par rapport à ça. Mais si on fait attention et qu'on parle du coût/bénéfice, et le facteur économique et comme toujours dire on est quand même responsables, je pense qu'on pourrait réussir. » (KI06)*

*”Alors ça je trouve que là c'est vrai qu'on serait vraiment en conflit, de dire si la gestion des ressources vient influencer la liberté professionnelle, l'autonomie professionnelle et le raisonnement clinique, c'est ça... ça j'aurais beaucoup, beaucoup de misère. Alors j'aimerais mieux sensibiliser et éduquer les médecins à changer un mode de pratique comme je disait tout à l'heure – automatique – et qu'il garde, qu'il puisse garder la liberté de dire, de temps en temps, "il y a des patients que même si ça n'a pas l'air d'entrer dans nos critères habituels, bien ce patient-là je veux qu'il ait ce test-là que je sais qu'il coûte cher," ça je trouve...” (KI08)*

### **Family physicians' role in allocation of scarce resources**

With regard to the allocation of resources, the FP's dual responsibility to patients and society was a sensitive issue, with participants again divided in their opinions. All the more so since some of them perceived that physicians in general have shown (and still show) insensitivity or indifference to the societal (or social) consequences of their own actions. In fact, the general feeling amongst participants, and particularly KIs, was that physicians were generally shirking their responsibility to society.

*”C'est un grand, grand, grand chapitre de la médecine. Pourtant les médecins ne sont pas très sensibles à ça en général. Quand je pose des questions dans des présentations ou des choses comme ça, ça tombe... j'ai toujours l'air d'un martien.” (Case03)*

*”Mais je pense que c'est sûr que si à la base on travaillait... encore là, je reviens à prescrire nos examens et nos médicaments, mais si on le faisait de façon plus judicieuse, ça coûterait moins cher au système dans le fond, parce que c'est nous qui causons ces coûts-là finalement. Pas juste nos salaires, mais nos prescriptions et tout. Et c'est vrai que cliniquement, si tous les médecins disaient bien on fait des tests juste dans le but que ça change quelque chose dans la conduite... mais je ne pense pas que personne le fait de façon vraiment consciente, on s'en fout et on prescrit, et on prescrit.” (Case04)*

At first glance, it appeared that a great majority of participants, cases and KIs alike, have not (at least not explicitly or directly) assumed responsibility for contributing to efficient, fair and legitimate allocation of society's scarce health resources.

*”Alors moi quand je traite le patient, je traite le patient seul. Et ce que ça coûte à la société, ça ne doit pas influencer son traitement à lui. C'est la façon que je fonctionne.” (Case01)*

Their initial response was to recognize that as professionals they have to give priority to the ethical, deontological and legal duties and responsibilities of the medical profession (professional cultural resources). As medical professionals, they have a fundamental responsibility to serve the well-being and interests of the patient. As patient advocates, they strive to provide the best care possible for each patient. Both case06 and case07, for example, illustrated in their comments how the way physicians conceptualize the role and nature of their profession and influences from medico-legal context reinforce FPs' responsibility to their patients. In their second reaction, the vast majority of cases seemed to associate the responsibility to society in regards to resource allocation with rationing and cost containment in health care. They were strongly against the idea of not providing all care expected to be beneficial to all patients (i.e., rationing or painful cost control) (Bodenheimer & Grumbach, 2009). Moreover, in their heads, many seemed to think that rationing is the same as cost containment. According to Bodenheimer and Grumbach (2009), not all cost containment reduces beneficial services. These authors distinguish between painful and painless approaches to cost containment. Painless cost control places no limitation on care expected to be beneficial and, as such, does not adversely affect the quality of care. Examples of painless cost control include eliminating unnecessary and inappropriate care and wasteful practices. Distinguishing between these two approaches to cost containment may help explain the mixed views on the theme of allocation of health resources and responsibility to society, and the strength of feeling it generated.

*"Alors là, à partir de ce moment-là, je ne peux plus répondre, moi, à mon code de déontologie si je commence à choisir qui je vais traiter. Mon code de déontologie me l'interdit; il m'oblige à traiter tout le monde, tous les gens que je rencontre de façon égale, convenablement."* (Case03)

*"If I have a patient in front of me who I think might be having a heart attack, I have an obligation to treat the patient as though he's having a heart attack. I cannot go to the judge and say "Your Honour, I didn't order the following tests, because I was thinking of society as a whole and I wanted to save money and society. And that's why the patient died your Honour, and that's why I missed the diagnosis." That's not going to fly in front of the judge. I'd lose my licence if I say that. I'd get into trouble, I'd get sued."* (Case07)

Three cases (05, 06, 08) declared themselves in agreement with the principle that FPs' have a dual responsibility to patients and society. They even said that these responsibilities were compatible with their practices. For example, case05 asserted that both responsibilities were very much present in her choices of services and resource allocation decisions. There was recognition of

FPs' role in resource allocation and cost containment. In practice, however, it may sometimes prove to be difficult to juggle between the interests of society (social role of physicians) and the interests of the patient (primary medical role of physicians). Case06 was of opinion that society's interests are usually not in conflict with the patient's, but whenever a conflict arose she gave priority to her responsibility to the patient. Case08 thought it would be a hard balance to make because of the clinical uncertainty, deification of technology, and expectations that people have of physicians and public health system. However, in her opinion, the cost is never too high as long as it is the most appropriate service at the right time. For these three cases, it seemed that the FPs' role in resource allocation and cost containment would be more oriented toward preventing unnecessary and inappropriate resource allocation decisions and costs. They sometimes had to challenge patients about the necessity or appropriateness of requested health services. Case05 and case06 made a point of saying that they even sometimes had to talk long and hard. Although for case06, this seemed to be particularly true for more costly health services, and probably less for inexpensive ones.

*”Bien moi je suis d'accord avec ça. Et les deux choses sont présentes quand je fais ma pratique. Oui. Alors moi ça va arriver souvent que les gens vont me demander un examen, un test, et puis je juge que c'est pas nécessaire et des fois je vais m'obstiner longuement avec eux pour leur expliquer que c'est pas nécessaire. Alors que des fois ça serait plus simple de juste signer le papier et de m'en laver les mains. Et dans mon choix aussi d'investigations et de médicaments, c'est très présent aussi.”* (Case05)

*”I agree. It's a hard balance to do. Do I agree... now let me see. My first reaction is yes I agree, my second reaction is I think my responsibility to my patient outweighs my responsibility to society, if ever they are in conflict. Usually they're not. (...) I'm trying to think of one I've been in conflict. I guess I'm finding myself balance between the two the most when I'm not sure how much the patient needs the test, and therefore the expense. And that's where I actually think about the cost the most. And then you go through this complicated... how likely is it that they have a serious illness, how likely is it that that would be found on this test, how likely will the result you get from the test actually change your management. I do ask that question a lot. I don't think I order tests (inaudible) and I'm sure a lot of the reason is the cost and the responsibility to society; I'm sure. So I always ask myself the question, for an expensive test, what answer will it give me and will it change my practice. (...) So I don't go through the same angst if it's inexpensive, but if it's expensive I do.”* (Case06)

*”Bien je pense que c'est vrai, et je pense qu'on doit être sensibilisés à ça. Et comme on parlait tout à l'heure que l'espèce d'incertitude et la déification de la technologie, et tforout ça, peut générer beaucoup d'investigation, donc vraiment y aller avec des critères objectifs, et qu'on les connaisse davantage. (...) Donc effectivement, on a une certaine responsabilité au niveau du contrôle des coûts. Mais ce n'est pas une responsabilité qui serait facile nécessairement à assumer face aux attentes des gens. Les attentes des gens sont plutôt*

*qu'on leur donne un accès libre et gratuit à tout ce qui existe comme technologie.”*  
(Case08)

That being said, case06 clearly stated that the responsibility to the patient is paramount; the responsibility to society being in the background. This fact is reinforced by both how physicians conceptualize the role and nature of their profession, and also by influences from successful medical malpractice lawsuits.

*”But I certainly know that anytime a law suit had been raised where the physician did not to an expensive test on a patient and part of the rationale is because it was an expensive test, that argument has never worked in court. So in your formulation d'être médecin as well as the influences you get for successful law suits, you're always reinforced your responsibility to the patient first and last. In the background there's a responsibility to society.”* (Case06)

One case (04) declared herself a little ambivalent about the principle that FPs' have a dual responsibility to patients and society. She thought there was some truth to the fact that FPs have a role in resource allocation and cost containment. Case04 was in agreement with the principle, but believed it to be hardly practicable. She admitted candidly that she considered neither costs nor her responsibility to society in her resource allocation decisions.

*”Bon, la première phrase, bien c'est certain que oui, on a un certain devoir envers nos patients qui est médicolégal aussi mais qui est aussi éthique et tout. Pour ce qui est du truc sur la responsabilité sociétale, je pense que oui, c'est pas faux, parce que comme je disais tantôt, ça revient un peu au l'utilisation des ressources. (...), donc c'est certain que le coût des bilans, des médicaments et tout ça est effarant, donc c'est certain qu'il faut penser un peu à ça, d'un autre côté je pense que concrètement ça ne se fait pas vraiment. (...) Je suis un peu ambivalente face aux deux. Je suis d'accord avec le principe, mais concrètement c'est dur à mettre en application, je pense.”* (Case04)

Four cases (01, 02, 03, 07) found themselves in disagreement with the principle that FPs' have a dual responsibility to patients and society, although case07's view was nuanced (to be discussed below). They did not believe that FPs have a role in resource allocation and cost containment. For them, FPs only have to work for the best interest of the patients; they do not have to consider the best interest of society.

*”Bien c'est une équation mathématique qui est difficile. C'est de la belle parole, mais comment je peux dire... c'est de vouloir faire de la discussion un point c'est tout. La réalité est que ce que je dois offrir à mon patient, c'est le meilleur traitement possible qui est réaliste.”* (Case01)

In particular, case01 and case02 generally omitted to answer from a clinical perspective. Their comments suggested that they tended to think that the allocation and utilization of resources were

the responsibility of the government and of the patients, respectively. For instance, case01 repeated once more that as a FP, he has an obligation to inform each of his patients of the best available services (obligation of means), but he does not have an obligation of results. The allocation and utilization of resources are two separate issues on which he has little control. The availability and accessibility of the services is the responsibility of the government, whereas the decision to use the recommended services is the responsibility of the patient.

*”Alors la question que vous avez posée, ça l'air d'être une belle question mais dans le fin fond j'ai pas grand contrôle là-dessus. Oui, quand le patient vient me voir, je vais lui dire les moyens qu'on peut faire, mais c'est pas moi qui contrôle les moyens 1) et 2) c'est le patient qui décide s'il veut les prendre ou pas. (...) Il y en a l'autre bord qui contingentent déjà, alors mon travail d'omnipraticien, comme j'ai pas l'obligation de résultat, mais juste de moyens, je peux offrir l'espoir aux patients, mais en essayant de lui trouver quelque chose. Mais s'il va avoir le service en bout de ligne, je ne sais pas.”* (Case01)

*”Disons que quant à l'utilisation responsable des ressources, la population n'a pas vraiment le choix, parce qu'on est en pénurie partout.”* (Case02)

Case03 and case07 perceived the dual responsibility as meaning that the FPs have two roles: to provide care that is in the best interests of their patients (i.e., advocate for the patient), and to save or control health costs in the best interest of society (i.e., advocate for society). In their views, FPs only have to assume the role of advocate for the patient. For case03, there was impossibility between providing the best possible quality care to all patients and saving or controlling costs. He was of opinion that a conscientious FP with judicious resource allocation practices meant higher costs because it implied more patients being treated, more drugs and diagnostic tests being prescribed, more referrals and so on. Again, case03 argued that the government does not have the means to finance high quality care for all its citizens. As such, he did not feel challenged by the discourse of the government or his professional corporation trying to make physicians responsible for health costs. For him, the government was simply trying to shift the responsibility on to others.

*”Alors quand on parle de dispenser des soins et de contrôler les coûts, c'est deux façons bien différentes. Alors quand le gouvernement ou ma corporation essaient de me rendre responsable des coûts de santé, à ce moment-là moi je prends ça avec un grain de sel. (...) Moi je vais être responsable du fait de dispenser des soins convenablement. Mais si je suis un médecin qui est consciencieux et qui dispense les soins convenablement, et que j'essaie de traiter le plus de personnes possible, comme il faut, bien à ce moment-là je ne suis plus dans l'option de contrôler les coûts. Je coûte cher au gouvernement, parce que je vais investiguer, je vais donner des médicaments.”* (Case03)

Case07, however, considered that being a good advocate for the patient by definition also meant being a good advocate for society. In his view, FPs' role of advocate for the patient included

medically necessary and appropriate resource allocation decisions. FPs must be careful not to waste resources and this, he believed, must be done specifically for the responsibility to society.

*"I think that the first statement is... ok, so this is saying that the family doctor has two roles, one to be an advocate for the patient, and to be an advocate for the public because you don't want to waste resources. I disagree with that statement. I think that it is true that the physician has to be an advocate for the patient and as being an advocate for the patient it doesn't mean that I'm going to give every patient a million dollar work up. I'm not going to send you unnecessarily for an MRI of your brain. If you are a good advocate for the patient, by definition, you're a good advocate for society and you are using the resources necessary. (...) And I have to be an advocate for my patient, and that's where it ends. I do not have a responsibility of cost saving for society; because if I am a good advocate for the patient, I will by definition not be wasting resources. And if I'm wasting resources it's because I'm not a good advocate for the patient. That's my view of things."* (Case07)

That being said, all the participants, cases and KIs alike, shared a common conceptualization of responsible, judicious and optimal use of health resources based on the criteria of medical necessity and appropriateness. In fact, this conception seemed twofold. First, an appropriate or wise resource allocation decision was seen as one that was based on the particular circumstances of the patient and that ensured optimal quality care. Medical indication plays a central role in the judgment of the medical necessity of health services (expertise of the medical profession; a professional cultural capital). Only the FP has the expertise to decide which services are medically necessary and/or appropriate. The Code of Ethics of Physicians of the CMQ (2002) reinforces the physician's obligation to provide only medically necessary care to his/her patient:

*"A physician must only provide care or issue a prescription when these are medically necessary."* (p.5).

Therefore, the task of deciding what is medically necessary or not is an important criterion of medical conduct, and an essential part of medical autonomy (Kälble, 2005). The decision to use a service is justified as long as its use is judged medically necessary and appropriate based on the highest possible evidence-based standards of care and on the circumstances of the patient, regardless of its cost. It is then a judicious use of resources in the best interest of the patient. Second, for some participants, an appropriate or wise decision was seen as one that reduced wasteful use of resources. The FP should inform the patient when a service is not medically indicated or appropriate and that he/she would not recommend this option because it is an inappropriate use of health resources. In other words, for some participants in this study, an unnecessary and inappropriate use of resources neither serves the best interest of the patient nor of

society, since it wastes scarce resources. Thus, this suggests that clinical, therapeutic and professional considerations will always take precedence over social and economic considerations. But more interestingly, based on this point of view, it appeared that in the heads of most participants, it goes without saying that the best interest of the patient is also the best interest of society. All this clearly brings attention to the difference between the FP's and the health economist's view of the 'optimum' level of care or resource allocation (Fuchs, 2011). For the physician, the 'optimum' level is the highest possible current medical standards (based on the latest medical evidence and technology) in order to achieve the best possible outcome for an individual patient, regardless of the cost of reaching it. For the economist, the preoccupation is for 'social optimum' which occurs when the value of an additional increment of health equals the cost of the resources required to obtain that increment (Fuchs, 2011). The problem is that the allocation of resources for an individual's care creates negative externalities by reducing the amount of resources available to others. The (opportunity) cost calls attention to the fact that those resources could be used to satisfy other goals (Fuchs, 2011). Thus, the individual (private) 'optimum' level of quality care frequently differs from the 'social optimum'.

*"C'est mon opinion, mais c'est... il reste quand même, quand on prend une décision, on ne fera pas un test pour rien. (...) Mais ce que je dis dans le fond au patient, c'est qu'il n'y a pas d'indication médicale de le faire, alors je ne gaspillerai pas les taxes du payeur de taxes. Alors moi c'est toujours l'indication médicale, l'indication médicale, l'indication médicale. Parce que je suis le seul qui peut donner cette raison-là. Je veux dire le politicien peut dire on va arrêter de faire ça parce que ça coûte trop cher. Mais le patient, quand il a à avoir un conseil sur sa santé, ce qu'il veut savoir, c'est pas la décision du politicien, ce qu'il veut savoir c'est ce qu'il y a de mieux pour lui. Là, qu'il peut se le payer ou pas, lui prendra la décision, le patient. Et le gouvernement prendra sa décision."* (Case01)

*"Bien j'y pense. La pertinence, est-ce que c'est nécessaire, est-ce qu'il y a une alternative moins dispendieuse, est-ce que c'est justifié à son âge."* (Case02)

*"Et dans ma pratique au jour le jour, je me dis que de contrôler les coûts, c'est de traiter uniquement les gens qu'on doit traiter, c'est de poser les bons diagnostics et c'est de m'assurer de demander des examens qui sont pertinents et de faire des investigations pour lesquelles je me pose une question et qui va avoir une implication après. Mais je ne contrôle pas les coûts quand je fais ça, j'en génère. C'est spécial, c'est un débat qui vraiment n'est pas facile."* (Case03)

*"Bien c'est ça, est-ce que c'est utile ou pas, est-ce que c'est nécessaire ou pas. Mais sinon, pourquoi faire un test dans le fond, il faut savoir à quoi il sert, il faut être logique aussi dans notre traitement. Si je fais un test juste pour faire un test et que ça ne change rien à ma conduite, en réalité ça ne donne pas grand-chose de le faire, donc ça aussi, il faut le mettre dans la balance. Pour ce qui est de la médication, bon, est-ce que je choisis toujours la pilule la moins chère, probablement pas. (...) Mais bref, tout ça pour dire qu'il faut un*

*examen, un médicament qui soit utile et prescrit dans un but très précis et non pas juste...”*  
(Case04)

*”Bien la première chose, c'est de savoir si ça va aider le patient, je pense. S'il a des chances d'adhérer au traitement. Si c'est quelque chose de réaliste. (...) Bien parce que pour l'investigation aussi. Est-ce que ça va changer... si on parle d'investigation, parce que ça aussi ça coûte très cher maintenant, avant par exemple de faire passer... moi, même les petits laboratoires, formules sanguines ou je ne sais pas quoi, avant d'en faire passer à tout le monde, j'y pense à deux fois. (...) Parce que moi, ça c'est toujours présent quand je demande des tests; est-ce que ça va aider. Parce que ça peut nuire aussi. (...) Alors même pour le patient, ça peut lui nuire. Donc c'est pas juste une question de coûts.”* (Case05)

*”But so if I think a patient has a particular thing, and I want to confirm it, and I'm trying to decide between one test and another test... the woman that I was wondering about... I'll order the MRI if my question involves a demyelinating lesion like if that question is only answered satisfactorily by an MRI. If a demyelinating lesion is not on my differential and the question is is it a mass? I'll order the CT. I know it's cheaper and it'll answer my question just as well, so I'll order that cheaper test. But I'm not going to order a skull X-Ray to answer the same question just because it's cheap, because it won't answer my question. So I try to formulate my question as precisely as possible, so that I can choose whatever test will answer it the best. And if it's the expensive test, so be it. But I'm not going to order an MRI brain on everybody who I want to do an imaging on if I think it could be answered by a less expensive test like a CT. (...) The same thing for medications. If my patient with hypertension has diabetes, we're taught, evidence-based, for what the evidence is worth, ACE inhibitor and angiotensin receptor blocker first, that's more expensive than hydrochlorothiazide but you're prescribing it not just for lowering blood pressure but also to protect the kidneys so I will prescribe the more expensive medication if there's a reason, but I actually will not start an ACE inhibitor or an ARB if the patient does not have diabetes or heart disease, so there's no specific reason why I'd be prescribing an ACE or an ARB. I actually tend to prescribe what I know is less expensive. So I try to tailor my prescribing as well as my tests that I order as precisely as possible.”* (Case06)

*”When I'm making a decision, my decision is... I have a diagnosis in mind, if we're asking a diagnostic or therapeutic? If we're talking of diagnostic decision, I ask myself, how will the results of this test affect my decision? If it affects my decision, I will order the test. If it doesn't affect my decision, I won't order the test. I just saw a patient today who had an abdominal pain and the nurses said "how come you're not ordering an ultrasound?" I said "it's not going to alter my clinical decision. So we're not going to order it. It changes nothing." That's the end. Now yes, I could order an ultrasound and maybe we'll see all sorts of little bugs running around inside, but you know what? It's not going to change my diagnosis, it's not going to change my management. So from a therapeutic standpoint, I have my diagnosis and I ask myself why am I treating the patient with this treatment and what is my end point and what is my goal. And you must be able to answer that question before you start the treatment, otherwise you don't know where you're going. And you can never say whether or not you had a successful treatment if you don't know what you're looking for to start with.”* (Case07)

*”C'est-à-dire que ce qu'il faut faire c'est que... le coût n'est jamais trop si c'est la bonne affaire au bon moment, donc si ça prend une résonance magnétique pour faire l'évaluation d'une possible sténose spinale cervicale, on ne commencera pas par passer un Taco avant,*



*on va aller tout de suite à la résonance magnétique. Le Taco n'est pas suffisamment bon pour ça. Donc je pense que ça peut être compatible. Le meilleur intérêt du patient c'est de passer des examens pertinents quand c'est pertinent et d'y avoir accès quand il en a besoin. Mais c'est aussi ... on devrait être capable de dire à un patient "vous n'en avez pas besoin de radiographie de la cheville parce qu'il y a eu des critères qui ont été élaborés pour déterminer qui ou non en avait besoin, et dans une bonne utilisation des ressources..."* (Case08)

### **Place and role of evidence-based medicine in clinical practice**

All the cases asserted that (propositional or codified) knowledge from evidence (i.e., scientific research, CPGs) influences their practices. For instance, case03 and case07 mentioned that there are certain areas in their practices where CPGs are useful and make a difference.

*"Oui, c'est des choses qui sont importantes. Des fois je suis content de les voir arriver parce qu'elles confirment quelque chose que je faisais déjà, et qui était déclaré une pratique aberrante (rire), là je dis "ah! C'est super maintenant, regarde... je suis reconnu, je ne suis plus en danger et je n'ai plus peur de voir arriver les méchants de la corpo." Et d'autres fois, c'est super utile, parce que quand c'est dans des domaines que je connais moins, ça me donne une bonne façon d'envisager le traitement."* (Case03)

*"In some cases it does make a difference; the idea that the treatment of sinusitis doesn't change very much whether you treat it with antibiotics or not, so I'd lean towards not. The treatment of otitis media, do you treat it with antibiotics right away or can you wait 48 hours with Tylenol? This is where it makes a big difference. How often should I be doing a Pap test on a person? It's nice to know that there are guidelines out there that I can follow and it turns out that these guidelines are evidence-based and I try to apply it to the patients."* (Case07)

That being said, all the cases admitted to not (or rarely) directly and explicitly using evidence as a basis for daily practice. Instead, they saw the evidence, and more particularly CPGs, playing an important part in the indirect structuring of their practices-much like grammar rules (Case06) or Canada's Food Guide (Case03). It helps them in some way to balance the practice and maybe achieve evidence-based clinical judgment and decision-making.

*"I embrace clinical guidelines, a lot, it's a structure, it's like learning grammar, so to me you can break the rules, but you have to know the rules. So to me your clinical guidelines, you have to know them, but you should feel free to break them or to... but you have to know them first. So that is my attitude. So I can break grammatical errors, but if I know I'm breaking them and I have a reason for changing a word... you know, that's my attitude."* (Case06)

*"In day to day practice, no. In terms of when I'm reading, because that's when it would come up, if I'm reading or if I'm learning more about something, if I'm reviewing what are*

*the new guidelines for hypertension, what are the new guidelines for treatment of CHF, what are the new guidelines for the treatment of depression, evidence-based medicine sort of helps me to balance my decision tree so that I practice medicine hopefully in a more evidence-based way.” (Case07)*

Above all, the cases reported that the evidence was considered alongside the unique circumstances of each patient (e.g., clinical state, preferences, values, perspectives). CPGs are developed by panels of experts comprised principally of MS. As such, they may sometimes be viewed as out of touch with the everyday practical realities of family practice. The recommendations do not necessarily apply to all patients, whereas most primary care patients have one or more comorbidities. They also thought that the therapeutic targets were sometimes hardly achievable in clinical practice.

*”Mais encore là, on y va aussi... en tout cas en général j'essaie d'aller en fonction des recommandations le plus possible, de ce qui se fait entre autre pour l'hypertension, le diabète, d'utiliser les cibles qu'on nous suggère le plus possible, mais encore là, avec les patients, je pense que c'est jamais parfait. Dans les livres, il faudrait atteindre telle valeur, mais on sait très bien que ça ne se fait pas toujours très bien, il faut y aller avec le patient. Et d'un autre côté des fois je me dis est-ce que ça vaut la peine des fois... pas que ça vaut la peine, mais encore là, il faut qu'il meure de quelque chose, mais ils disent mettons qu'il faut viser un cholestérol en bas de 2, mais des fois on est à 2.2, je me dis "bien là, est-ce que je vais lui donner une autre pilule pour ça? Ou lui augmenter encore avec le risque d'effets secondaires que ça donne"... c'est... des fois c'est ça, peut-être que dans mon quotidien je me rends compte peut-être des fois... pas que je traite moins bien mes patients, mais à un moment donné il faut mettre ça aussi dans la balance...” (Case04)*

*”Mais... ça fait qu'il y a beaucoup de choses comme ça qui sont... de directives cliniques, de traitements qui sont décidés, surtout avec des spécialistes ou avec... des fois ils vont demander l'avis d'un généraliste, mais qui a un intérêt particulier pour cette pratique-là, qui en fait comme une semi-spécialité, la moitié de ses patients, c'est ça. Alors là ils vont nous mettre des directives cliniques mais qui n'ont aucun rapport avec nous, ce qu'on peut maîtriser dans la vie de tous les jours. Ils vont changer des critères pour traiter... je ne sais pas, le cholestérol ou l'hypertension ou... les critères, ils changent ça aux deux ans. Et là ils font des petits petits changements, ils changent un chiffre de 2.5 pour 2 et la pression c'est plus 85, c'est 80 pour décider de le traiter... puis en tout cas. Et nous, il faudrait qu'on se rappelle de tout ça? Bien voyons donc, on n'a pas rien que ça à penser, nous. Tandis qu'eux autres, les cas d'hypertension, c'est rien que ça qu'ils voient, je ne sais pas trop, le néphrologue, il n'a rien que ça à penser. Mais nous, c'est ça plus d'autres. Alors quand ils font des changements comme ça, il faut que ça vaille la peine... si c'est pour changer aux deux ans... Ça n'a pas de sens, là. Il faut que ça fasse une grosse différence.” (Case05)*

*”And I think many family doctors know the guidelines. But if the patients don't reflect what those guidelines are, it's not necessarily the family doctor's fault; it's not necessarily that the family doctor didn't know it, it's just you can't necessarily apply it to everybody. Nor should you... but whatever.” (Case06)*

*”I'm going to treat the patient in the way that I think is appropriate to treat them. And if I didn't get their cholesterol down to 3 and I don't think that it's a good idea to crank them up with more than 8 medications even though maybe I should throw in a 9<sup>th</sup> one because the*

*guidelines say that I should, you know I think I'm happy to say "listen you're an 85 year old person, you're on 8 medications and your cholesterol is 3, you're doing something good, so maybe you'll keep what you're doing and you'll live to 86." That's not exactly evidence-based, but hey, it works. I think. I hope."* (Case07)

*"Tous les algorithmes et tout ça... C'est sûr qu'on s'en sert et c'est sûr que c'est utile, mais je dirais que ça ne remplace pas l'art non plus. Dites-le pas là! (rire) C'est comme ça vient beaucoup rigidifier, ça ne laisse pas de place à la créativité, ça ne laisse pas de place au discernement. Les patients qui ont juste un problème il n'y en a pas bien bien, puis faut tenir compte de l'ensemble."* (Case08)

Some recommendations may not make sense with the current context of health care. First, there is the reality of the patient and then behind it, there is the EBM approach to practice.

*"Et aussi il y a des directives cliniques qui n'ont comme aucun bon sens! Comme passer des colonoscopies à tout le monde après 50 ans... voyons donc! Une colonoscopie, c'est affreux cet examen-là. À un moment donné, c'est bien beau le cancer de l'intestin, ça n'a aucun bon sens de faire passer ça à tout le monde. Moi j'essaie juste de demander aux gens d'aller aux deux ans pour un test sur leurs selles, déjà ça les dégoûte et la moitié ne le font pas (rire) ça fait qu'une colonoscopie encore moins! (rire)." (Case05)*

*"From the clinical aspect, you'd look at the patient in front of you. You know it's all nice and dandy to say that the colonoscopy is supposed to be done every 10 years unless the colonoscopy... you have a positive family history of two or more first degree relative, therefore it should be every 5 years or whatever. But when you have the patient sitting in front of you who says "doctor, that was the most awful, horrible, god awful test that you ever done to me, and I hope you burn in hell for sending me to this test. I never want to do it again. I have to deal with the reality of the patient who's sitting in front of me, regardless of what the guidelines say. And hey, if I can make that patient go in 15 years, maybe I'm doing a good job. So there's the reality of the patient and then there's the evidence-based that's behind it."* (Case07)

It is not simply a question of reading the evidence (scientific research, CPGs) and of blindly following the recommendations. It is to strike a balance between what the evidence suggests are the best practices and the knowledge and experience of the physician. In fact, the approach to acquisition and maintenance of knowledge is based on triangulating various types and sources of information and knowledge. In a way, this occurs in an integrative way. All the cases acknowledged making use of propositional (codified or technical) and non-propositional (experiential) knowledge. Propositional knowledge is formal and explicit, and acquired from scholarship and research. Non-propositional knowledge is informal and implicit (tacit), and acquired primarily through professional practice, and personal life experiences (McWhinney, 1997; Thornton, 2006). Primary sources included written documents (i.e., reference books, scientific articles, CPGs, medical journals and websites) and CPD activities (i.e., conferences, presentations, workshops, training

sessions). The experiential knowledge of other physicians, colleagues and MS alike, were also useful and valued. The pharmaceutical industry and MS were the two main sources of knowledge and information. In particular, the industry is by far the principal source of knowledge and information for case03. In fact, in the eyes of case03, the training to which he has been subjected by pharmaceutical companies was the best there is. Thus, the eight cases reported that their medical practice was based on their set of theoretical and practical knowledge and skills acquired through formal education and training and professional experience, their CPD activities, their readings, and the experiential knowledge of other physicians. Most cases stressed the importance of tacit experiential knowledge, such as knowledge of the history of the patient and of his/her family. Long-standing relationships lead to the accumulation of this particular knowledge which is valuable when it comes to care. As family doctors, they recognize having their patients and their families entrust them with sensitive information, secrets and confidences is a privilege, and an opportunity to facilitate care.

*”Oui, pour la raison que je vous mentionnais tantôt, moi j'ai toujours été porté à m'intéresser à l'ensemble de l'individu et en (...), on dit toujours qu'on ne traite pas seulement la personne, mais on traite aussi la famille. (...) Alors on ne peut pas faire autrement que de s'intéresser et c'est dans ma nature d'être comme je disais, curieux, fouineur et plus j'ai d'éléments dans ma tête et dans mon dossier et plus je suis content. D'ailleurs mes notes, c'est des romans-fleuves. Par chance, je fais des feuilles sommaires en frontispice de dossiers pour justement que ça soit plus succinct au niveau des problèmes de santé, mais... je donne des détails.”* (Case02)

*”Dans le fond je connais tout le monde, je connais l'histoire, moi... en tant que médecin de famille, c'est fantastique, le travail. On connaît des histoires sombres aussi, et... quand je rencontre les gens, c'est beaucoup plus facile pour moi de faire des diagnostics.”* (Case03)

*”On a peut-être des confidences et des informations qu'eux n'auraient pas aussi quand on traite la famille au complet. Quand je sais que j'ai la mère et la fille et que la mère a ça, bien c'est plus facilitant.”* (Case04)

*”Continuity of care is such a tright expression, but it... it is what makes being a family doctor meaningful to me, but I also think that's how we provide the best medicine and know help the patients to understand what's best for them in the long term, only because you see them over the long term, and your impression of a patient on the first visit can be very different from on the fifth and you're more likely to make a complicated diagnosis, I hope, if you're sensitive to making diagnoses, if you actually see things as they emerge over time.”* (Case06)

In the eyes of case04 and case06, the emphasis on an EBM approach to clinical practice appeared to be more important and pronounced for MS than for FPs. It may be possible that the fear of being judged by MS can exert an influence on FP's willingness to consider and follow CPGs.

This was particularly the situation of case06, where the fear of being judged by MS was a recurring theme throughout the interview. The sources of this behavior are, most likely, rooted in her years of specialty training during which she rubbed shoulders and worked with a wide range of MS. She may have witnessed negative comments being made about physicians who did not follow CPGs or about FPs, in general. Furthermore, case06's spouse and the couple's friends are all MS. Again, this might have influenced her perception of the attitudes of MS.

*”On dirait que c'est plus encore en spécialité qu'en médecine de famille, dans le sens que ça va être plus important je pense pour le résident en spécialité qu'en médecine de famille de connaître la dernière étude qui est sortie dans tel journal sur tel sujet, et... Nous, oui, c'était correct de le savoir, mais je ne connais pas les détails de chaque étude, grande étude sur l'hypertension. Moi je sais qu'il faut traiter mes patients pour ça, ça, ça et ça me suffit. C'est ça qu'on a prouvé qui était correct pour sauver la vie des gens et baisser leur risque d'infarctus, ACV et compagnie, c'est correct, ça été fait, je vous crois et je fais ça, mais... bon, peut-être que je suis un peu naïve finalement. (rire)” (Case04)*

*”Like I try to know them, and I try to follow them, but... to a certain extent. I want to follow them a) because maybe they are true, like maybe they are the best practice, but part of it is also because if specialists ever see my patient, I know they take them much more seriously than sometimes family doctors do. I don't know why, it seems to be a fundamental personality difference between some specialists and family doctors, but... the cardiologists are amazing, they can quote every study on every drug trial and they hold to these so dogmatically, endocrinologists seem to be similar and... and they can be very judgemental if I send a patient to cardiology and they have coronary disease and they're not on those high dose statins and they're not on aspirin and they're not on a beta-blocker, like I feel like I'm going to be judged, but... so I try to get my patients to be on those cocktails and I know that's the current management, but... on the other hand I also know that how much risk reduction for my patient is it really for being on a high dose statin and really... even if the trial showed a 60% reduction, that's not an absolute reduction for my patient, you know, so I don't agonize too much if they refuse to be on a statin. Well what will the cardiologist think of me, or the glycosylated hemoglobin for my diabetic patient is 9, and they're going to think she's a bad family doctor, but they don't know that I tried to get them on the cocktail of medications, they just refuse, or they can't or whatever. I know that a lot of... I still have that insecurity about family physicians, it comes up several times...” (Case06)*

Nevertheless, all the cases recognized that, although important, the movement of EBM still has limitations. With the exception of case04, the cases had all taken a critical or even skeptical eye toward evidence-based medicine, and hence many confessed to sometimes adhering to, and sometimes deviating from, (scientific evidence and CPGs) recommendations.

*”Bien écoutez... Je lis ça dans les revues... Non, non, mais je vais les suivre grosso modo, surtout pour les choses plus importantes qu'on voit régulièrement, mais je garde un œil critique face à ça. Disons que moi je peux dévier un petit peu... pas à 180 degrés, mais des*

*fois... ça ne sera pas suivi à la lettre, (...). Ça fait que je ne pense pas que je suis complètement déviante, mais je prends ça avec un grain de sel..."* (Case05)

Case01 said that the clinical value of scientific evidence is not always obvious. He also mentioned considerations of time and remuneration. A thorough critical appraisal of the available evidence is time-consuming, and so is a discussion with patients to explain whether or not the findings or recommendations are applicable to them. In a fee-for-service environment, FPs are not compensated for their time.

*"C'est une information probante. Encore là ce matin, on parlait de certaines choses, j'ai dit c'est quoi l'information probante, c'est quoi les preuves qu'on a, parce qu'il y a toujours la valeur statistique et la valeur clinique. Alors statistiquement, tel médicament baisse le cholestérol de 10%, oui mais en bout de ligne, ça fait tu que le patient fait moins d'a.c.v.? Alors moi c'est plus intéressant de savoir si ça a une valeur clinique. Alors si ça n'a pas de valeur clinique, ça reste sur la tablette. Si ça a une valeur clinique, là je l'utilise. (...) on prend le temps de leur expliquer, on dit "écoutez, vous avez une chance sur mille de plus d'avoir disons peut-être un problème cardiaque, mais là c'est un choix que vous avez à faire, et si vous, vous n'en faites pas de cholestérol et que vous ne faites pas ci, ça, ça, bien écoutez, dans les grosses études statistiques, on a mis tout le monde dans le même panier." Prendre le temps d'expliquer ça aux femmes pour les déculpabiliser, ça prend du temps, mais on n'est pas payés plus cher. (...) Bien c'est parce que la donnée probante des fois elle n'est pas évidente. Elle ne ressort pas tant que ça, et quand tu prends le temps de regarder les études, bien oups... c'est pas ça qu'on pensait..."* (Case01)

Three cases expressed some skepticism about the EBM approach to clinical practice. Case02 thought his inherent wary nature can probably explain his cautious attitude and behavior towards evidence. Case06 and case07 both viewed scientific evidence as not static, but dynamic, evolving over time as new research may challenge, modify or change the conclusions of previous research. They alluded or referred to a possible dogmatic adherence to the principles of EBM (to which they were against). Case07 even questioned himself as to whether research evidence is better or worse than other clinical opinions. Case06 candidly said that, although important to her practice, she knew scientific evidence should not be taken too seriously. She thought her skeptical attitude was rooted in her own knowledge and experience of scientific research, and in her personality and philosophy of life. Case06 had developed doubts about the quality of epidemiological studies. She also talked about her inherent skeptical nature about any form of dogmatism.

*"Disons que... comme je disais tantôt, je ne me fie pas... je les considère, mais... je suis peut-être quelqu'un qui est plus... peut-être obsessionnel ou peut-être craintif, en tout cas je déborde la plupart du temps de... ça m'arrive de ne pas respecter et d'avancer certains examens dans certains cas."* (Case02)

*« It's important, but there's scepticism attached, because even though on one hand I've been in practice for 6 months, I was in medical school when hormone replacement therapy must*

*be given to every woman who is menopausal to protect their heart, and protect their brain and protect their bones, etc., and yet I've now seen what was dogma just completely... well no, it's not completely rejected, we're now swinging back again, but I've seen the pendulum swing several times and several main evidence-based issues, so it is important to me, I do pay attention, I do try to keep as up to date as possible, and to do what other people are doing with respect to the evidence, but I also know that it's not to be taken too seriously either, because I've witnessed the pendulum swing back and forth, so I know these studies, it's difficult to do epidemiological studies, they're flawed, they are always flawed. So it is important, but you know... (...) It may be part of it. I mean just knowing the difference between relative and absolute risk reduction, like to that extent yes, and I have had some experience in research to various degrees, I know how hard... like maybe but I think it's a philosophical and personality thing too. I think I just... dogmas... the truth is never at an extreme. It's always somewhere in the middle. I think that's sort of the philosophy I apply to most things in life, so same in medicine.” (Case06)*

*”And the evidence-based is something which is in evolution. I mean the evidence-based it's not static. So I mean if I take the evidence-based and I use it as a the word of God, it's not the word of God. In 10 years from now the evidence-based are going to change anyway. So is that any better or is it any worse than other clinical opinions?” (Case07)*

In the eyes of case04 and case05, the development of an EBM approach to clinical practice may contribute to the dehumanization of care and lead to possible over-treatment of patients (thus increased use of resources). Yet, case04 understood and accepted that EBM is a highly scientific approach to clinical practice, and still admitted to having difficulty imagining how a physician could possibly not adopt that approach. She had been exposed to EBM from the beginning of medical school and throughout training.

*”C'est très très scientifique et c'est correct, je pense dans le fond, parce que c'est un peu... (...), mais en même temps des fois ça déshumanise un petit peu beaucoup peut-être la médecine et ça fait qu'on sur-traite peut-être trop dans un sens les patients, mais oui, ça été toujours comme ça et toujours...” (Case04)*

*”Et aussi, ça nous amène aussi à faire des fois plus d'interventions. Même si c'est sur des très petits nombres, ça aussi, la discussion n'est pas toujours là de savoir combien de gens vont avoir à subir telle intervention pour éviter telle complication rare.” (Case05)*

In addition, the comments of all cases suggested a perceived dichotomy between the science and art of medicine. Knowledge from evidence was considered essential to medical practice; but yet it was thought that it should be neither a substitute nor alternative for the art of medicine and the clinical interpretation, insight, and judgment of the FP. It is, therefore, necessary to strike a balance between the science and art of medicine, between the technician and the artist. The eight cases alluded to the nature of medicine as a human activity. All physicians, and maybe more so FPs, are

trained in the art of human relationships. A part of the art of medicine is related to human and interpersonal qualities and skills, such as communication, listening, comprehension and empathy.

*”Pour moi c'est essentiel, parce que la médecine est aussi un art, donc on doit être aussi capables de communiquer pas juste des mots, mais des sentiments ou de recevoir, percevoir les sentiments des autres. Pour moi, l'art c'est une forme de communication mais qui vient du cœur par rapport aux statistiques et aux recommandations scientifiques qui elles, viennent de la tête. Je pense que pour être médecin, il faut être capable de faire les deux. Et près du cœur, je reviens encore à ce que je disais tantôt, c'est l'empathie par rapport aux personnes, de les voir comme une personne et pas comme un numéro.” (Case02)*

*”Moi je dirais, l'art j'interprèterais ça comme la relation avec le patient. C'est les capacités relationnelles. C'est aussi... moi je mettrais un gros 70%. 30 % sur les connaissances. Mais les connaissances sont indispensables.” (Case03)*

*”Bon, la clientèle plus avec des problèmes sociaux ou de santé mentale. Ça je trouve que l'art intervient beaucoup dans ça, dans le sens qu'on va sentir les situations des gens, comment on va réussir à communiquer avec eux, à les deviner un petit peu. Je pense que de plus en plus ils essaient de former les jeunes médecins pour ça, mais il y a aussi beaucoup comment... je pense l'intelligence affective peut compter dans ça et il y en a qui l'ont et d'autres qui ne l'ont pas, alors j'imagine que pour ceux... moi je pense quand même que – je ne veux pas me vanter – mais j'ai une certaine facilité dans ça, mais ceux qui ne l'ont pas, ça doit être difficile pour eux de faire de la médecine générale. Parce qu'il y a beaucoup de situations quand même en médecine générale où les émotions interviennent et il faut savoir sentir ou deviner ces choses-là, et questionner le patient sur ça.” (Case05)*

*”The art is in the rapport with your patient and the way you tell someone she has breast cancer, as an example. So I guess to me that's the finesse.” (Case06)*

*”The art aspect might be more in terms of selling the diagnosis to the patient. And I have to say selling the diagnosis to the patient because it's nice to say you have a sore throat, it's a virus, go home. But the patient's going to say screw you, I want my antibiotics. You have to sell it to the patient. You can't just give him the diagnosis and walk out. You haven't done your job. So you have to find out where the patient is and communicate with him in such a way that they understand your point of view. Maybe you'll agree to disagree, but at least you have to work with emotions and you have to give the effort and try to make it so that you can communicate properly. And that's where a lot of the art comes out? To be able to understand the context of the patient. Are you someone who wants to know everything there is to know about you or are you someone who says "you know what, I'm happy to live my life and die and maybe I won't know that I had that cancer going on deep down inside me and that's ok." Which person... which of these two people do you identify more with. And to understand the context of the patient, to understand the environment in which... do you investigate further or do you not? That's more the art as opposed to the science.” (Case07)*

*”L'art de la médecine je pense que c'est une capacité d'être en relation avec son patient, de décoder des fois ce qui n'est pas dit, d'aller chercher les peurs ou etc., d'être capables de respecter le patient dans ses choix, par exemple celle qui ne veut pas faire sa colonoscopie, je veux dire elle reste ma patiente pareil, je maintiens mon lien et à un moment donné peut-être qu'on y arrivera, et si on n'y arrive pas bien qu'est-ce que tu veux, ce sera aussi son choix, que j'aurai tenté d'éclairer. Donc il y a beaucoup dans la relation patient/médecin qui tient de l'art de la médecine.” (Case08)*



The art of medicine also includes the skills to understand patients' circumstances and to decide if, when and how these recommendations apply to them. Case06 and case08 were concerned that the EBM movement could contribute to a mechanistic, recipe approach to practice. Case06 raised the point of the problematic application of EBM's recommendations to individual patients. For case08, due to their complexity, human beings are not unidimensional entities—they are not a machine. FPs have a bio-psycho-social and relationship-centred approach to care, and treat the whole person. The practice of medicine is based on human exchange in the physician-patient communication. The human and relational aspects of the practice of medicine were recurring themes of case08's interview. These are important aspects of medical humanism.

*"En fait, c'est... c'est le "primum, non nocere" on est là premièrement pour aider les gens, pas pour leur nuire. Ça fait qu'il faut être capable d'identifier leurs besoins, se mettre à leur niveau et être un conseiller plus qu'un dictateur de soins. Alors l'art, c'est d'être capable de prendre des directives scientifiques, et de les appliquer à des humains et s'assurer qu'ils puissent en tirer le plus possible pour eux." (Case03)*

*"It's an interesting question, what that is... I think anytime you're not just treating patient care like a recipe, or like a mechanic, that's the art. ... There's too much uncertainty in medicine, or maybe, I don't know anything about being a car mechanic, maybe there's a lot of uncertainty in car mechanics too, but there's so much uncertainty in medicine, even how to interpret test results, how to interpret what's going on with your patients, there's so much grey area, that to me that's where the art to a certain extent is. I mean if you could just take a guideline and tell your patient to do this, but that never... like it's impossible to happen. Your patient is never going to be like the patients in the study anyway and like there's... so the art is there." (Case06)*

*"Je pense que c'est important, mais je pense que c'est pas tout, et je pense qu'il ne faut pas évacuer le reste, il ne faut pas jeter le bébé avec l'eau du bain. Je pense qu'il reste encore une sagesse qui vient avec les années... il y a plus que juste les données probantes parce que ça se passe avec un être humain, puis un être humain c'est complexe, c'est pas unidimensionnel, c'est pas juste une mécanique. En tout cas, moi je pense. (...) Moi je pense que chaque individu est dans son contexte et je pense que c'est important de reconnaître à l'individu tous ses aspects, les aspects émotifs, les aspects qui viennent influencer sur la santé, et même je trouve que les composantes affectives des maladies c'est très important là, pas un peu important, c'est très important. Je pense que si on n'adresse pas ça, ne serait-ce que l'evidence-based medicine, ton patient là, tu lui as trouvé une masse, tu lui dis "monsieur c'est probablement un cancer je vous envoie voir un autre monsieur." Ça finit là? Ça ne peut pas être comme ça, il faut qu'on puisse interagir. (...), mais je pense que la seule issue c'est pas le décès, c'est comment va se vivre la période avant aussi, comment la bataille va se faire et comment, lorsqu'on cessera les démarches diagnostiques ou thérapeutiques, il y a encore là tout un cheminement à faire. Les soins palliatifs oui c'est des médicaments, mais c'est pas juste ça. » (Case08)*

Furthermore, all the cases mentioned the intuitive aspect of the art of medicine and recognized the important role of intuition in medical practice. It seemed that the term "intuition" was seen as

something nebulous, and meant different things to different cases. They considered intuition as a form of ‘feeling’, ‘gut feeling’, ‘intuitive flair’, ‘clinical judgment’, ‘clinical sense’, ‘cognitive insights’ (e.g., heuristics) or ‘cognitive knowledge structures’ (e.g., pattern recognition). The cases viewed the development of intuition as a process that occurred over time and that involved the integration of previous knowledge and experiences gained from medical education and clinical practice. In the eyes of case05, intuition could also be, at least in part, an innate ability or personality trait.

*”Bien l'intuition est basée sur la mémoire. Moi, j'ai toujours dit ça. L'intuition-là, elle ne vient pas toute seule, c'est pas une génération spontanée, si l'idée te vient, c'est parce qu'il y a quelque chose... t'en es peut-être pas conscient, mais par association ça arrive à ça, alors te souviens-tu... la façon que la mémoire fonctionne, des fois on ne peut pas arriver à comprendre pourquoi c'est ça qui me fait penser à ça, mais oui, l'intuition joue beaucoup en médecine et c'est basé j'ai l'impression sur ce qu'on a appris, sur la connaissance, et sur l'expérience qu'on a eu. Parce qu'on a un travail d'intégration qui se fait, même des fois sans le vouloir. (...) Alors oui, l'intuition est basée sur la mémoire et sur l'expérience. Alors en médecine, ça va jouer.”* (Case01)

*”Bien j'espère que mon Collège ne me suspendra pas, parce que l'intuition c'est quelque chose de nébuleux. Mais moi, j'essaie de... je pense qu'il y a une grosse partie là-dedans. Mais c'est une question d'être attentif et... je ne sais pas. C'est certain que des fois, moi j'en ai fait pleurer des gens, mais...ils ne venaient même pas pour ça. On dirait qu'il y a comme un échange qui se fait qu'on devient... vous appelez ça l'intuition, mais on a l'impression qu'il y a quelque chose, on vérifie l'information, et...”* (Case02)

*”Intelligence. Intelligence veut dire compréhension et intuition aussi, l'art, l'art de la médecine, c'est là.”* (Case03)

*”Bien peut-être qu'avec... bon, le peu d'expérience que j'ai, des fois oui et non. Oui, je vais au feeling un petit peu aussi, comme on parlait diagnostics par exemple, dans des trucs comme ça, dans ce que j'ai vu, dans ce que le patient me rapporte, mais des fois... est-ce que c'est vraiment intuition pour dire... est-ce que j'apprends à travers ça? Peut-être aussi un petit peu parce que si j'ai raison, je vais me fier davantage à mon pif que tous les tests, mais j'avoue que peut-être la médecine d'aujourd'hui est beaucoup moins clinique que ce qu'elle était peut-être il y a plusieurs années, et les plus vieux médecins ont peut-être plus ce sens clinique-là, ce pif-là. (...) Bref, le pif peut-être que progressivement je m'en sers un petit peu plus, mais même quand j'étais résidente des fois "ah tu as des bons feelings" et peut-être à ce niveau-là ça peut être intéressant, mais j'avoue que peut-être je ne me fais pas assez confiance pour m'y fier à 100%.”* (Case04)

*”Moi je dirais peut-être que c'est... c'est quand même assez élevé je pense. C'est peut-être 25-30%. Où là c'est le sens clinique, comment on sent les gens, on peut avoir des intuitions, certains jugements, au niveau de la communication aussi, ça fait que non, c'est ça, je pense que ça serait peut-être en termes de pourcentage, ça serait ça. Et bon, moi j'ai fait médecine familiale, mais je ne peux pas te dire que c'est la formation qui a beaucoup nécessairement aidé à développer ça. Il y a la personnalité et il y a aussi l'expérience qui fait qu'on développe certaines habiletés. (...) Aussi on devine certaines situations où ça peut*

*dégénérer, d'autres on va être plus rassurés, que si on débutait. Alors ça aussi, peut-être que ça fait partie de l'art, ça; je ne sais pas. (rire) En tout cas, c'est plus de l'habileté... c'est difficile de mettre des mots là-dessus.” (Case05)*

*”To me it's judgement, like clinical judgement. I think in general my judgement is good. I'm not sure why I say that. (laugh) I think you need both clinical judgement and knowledge to be the best clinician, you can just have the judgement if you don't have knowledge, but you can have lots of knowledge and not have judgement. Like to me one of the most important things... like it's... if I didn't have good judgement I don't... if I didn't think I had good judgement, I really don't know what I'd be doing. In medicine I mean.” (Case06)*

*”There is a gut feeling going on, but my gut feeling... I use not to close doors, but to open doors. If you use gut feeling to close doors, you can get yourself in the hot water. If you use gut feeling to open doors, the worst you can do is put your head there and say nothing here and then you close the door. And then I ask myself why is my gut feeling telling me this. "Oh right, because you remind me of the last 10 patients who I saw, who had the following pattern." But gut feeling, "no you don't have a heart attack going on" and I'm closing that door based on my gut feeling, that's where you get into trouble. So you have to use gut feeling appropriately.” (Case07)*

*”Après ça, je pense que le pifomètre du clinicien, c'est ça qui est le plus difficile à expliquer. (...), mais c'était la persistance, le flair clinique du médecin de dire "oui il a mal au ventre, mais l'examen est comme ci, les labos sont comme ça, la radiographie est comme ça, oui mais il y a quelque chose qui me fatigue quand même." Alors de rester sensible et de croire ses intuitions, de dire "il y a probablement quelque chose qui fait qu'il y a une cloche qui sonne ou un petit quelque chose qui nous dit qu'il faut rester alerte ou aller voir ailleurs, plus loin." Ça, ça s'acquiert j'imagine avec la pratique, à force de voir des patients et à force d'être à l'écoute de ses messages internes aussi, et à l'écoute du patient, c'est un ensemble de choses. (...) c'est quelque chose qui nous revient de je ne sais où dans notre formation, c'est qu'on a appris une affaire rare et qu'on a mis ça en quelque part dans le fond d'un tiroir, et là on est capable de le retrouver quand on en a besoin.” (Case08)*

Finally, case03, case05 and case08 also perceived a threat to clinical freedom. The ability to innovate is one of the skills that constitute the art of clinical care, and also, in the particular case of case03, the art of entrepreneurship. For example, case08 believed that CPGs impose rigid constraints on clinical practice, leaving no room for discernment or creativity. However, physicians must keep the flexibility to change practices. Case03 and case05 felt that being solely focussed on scientifically proven health services would be problematic. On one hand, not everything can be proven scientifically. FP's tacit experiential (or practical) knowledge can provide insights in these situations. On the other hand, new approaches to care are often the result of the work of individuals working outside of the field of EBM.

*” Alors les connaissances sont indispensables, mais c'est pas juste ça qui prime. Alors si on s'intéresse juste uniquement à ce qui est démontré scientifiquement, on va avoir un*

*problème, parce qu'en général, ceux qui découvrent des nouvelles applications, ceux qui pensent à des nouveaux types de traitements, c'est ceux qui innovent et qui vont en dehors du champ de l'évidence-based. Alors il y a des bouts où il faut s'occuper, il faut suivre les lignes directrices pour ne pas avoir une pratique aberrante, traiter les gens de façon logique et qui a démontré une efficacité, en même temps, si je me confine juste à ça, je ne suis plus un artiste, je ne suis plus un médecin, je suis un technicien. Moi c'est comme ça que je vois ça.*” (Case03)

*” Bien disons que moi je pense que ça a du pour et du contre, dans le sens que... comme en obstétrique, moi j'ai trouvé qu'en général c'est assez bien dans le sens qu'on nous dictait beaucoup d'interventions sans que ça n'ait jamais été prouvé que ça aidait la mère et l'enfant. Alors là, il y a certaines interventions qui sont moins fréquentes parce qu'on a prouvé que finalement c'était pas vraiment utile. Alors ça, ça peut être important, mais on ne peut pas tout vérifier avec ça. Il y a des conditions rares que ça ne se vérifiera pas ou des fois c'est des problèmes et les diagnostic est plutôt flou, alors là pour que ça entre dans une étude, ça ne marchera pas. Il faut que tout le monde fasse le même diagnostic, que ce soit bien fermé. Alors on ne peut pas juste se fier à ça pour dire... (...) Alors on ne peut pas se dire non plus on va faire juste ce qui est prouvé, dans ce sens-là.*” (Case05)

*” Tous les algorithmes et tout ça... C'est sûr qu'on s'en sert et c'est sûr que c'est utile, mais je dirais que ça ne remplace pas l'art non plus. Dites-le pas là! (rire) (...) C'est comme ça vient beaucoup rigidifier, ça ne laisse pas de place à la créativité, ça ne laisse pas de place au discernement. (...) C'est sûr que ça devient compliqué aussi avec la science qui avance, mais je pense que quand même il devrait toujours y avoir une place dans le milieu des algorithmes pour le bon jugement du clinicien. (...) Je pense qu'on doit quand même toujours rester à l'affût, il y a toujours des choses qui arrivent, des recherches qui se font qui peuvent venir soit nous backer dans des conduites qu'on avait déjà ou soit remettre en question des pratiques qu'on avait et il faut garder la flexibilité, la souplesse pour pouvoir changer des façons de faire. Mais je pense que tous ces algorithmes-là ne peuvent pas se substituer au bon jugement du clinicien.*” (Case05)

*” Tous les algorithmes et tout ça... C'est sûr qu'on s'en sert et c'est sûr que c'est utile, mais je dirais que ça ne remplace pas l'art non plus. Dites-le pas là! (rire) (...) C'est comme ça vient beaucoup rigidifier, ça ne laisse pas de place à la créativité, ça ne laisse pas de place au discernement. Les patients qui ont juste un problème il n'y en a pas bien bien, puis faut tenir compte de l'ensemble. Donc il y a toujours des questions qui sont soulevées et qui sont intéressantes à soulever, et à un moment donné il y en a qui se penchent et qui regardent. (...) C'est sûr que ça devient compliqué aussi avec la science qui avance, mais je pense que quand même il devrait toujours y avoir une place dans le milieu des algorithmes pour le bon jugement du clinicien. (...) Je pense qu'on doit quand même toujours rester à l'affût, il y a toujours des choses qui arrivent, des recherches qui se font qui peuvent venir soit nous backer dans des conduites qu'on avait déjà ou soit remettre en question des pratiques qu'on avait et il faut garder la flexibilité, la souplesse pour pouvoir changer des façons de faire. Mais je pense que tous ces algorithmes-là ne peuvent pas se substituer au bon jugement du clinicien.*” (Case08)

## Habitus of the family physicians (cases)

For Bourdieu, habitus acts as a mediating structure between practices (perceptions, thoughts, appreciations and actions) and social structures (capital and field). It constitutes the principle according to which practices are generated (Peillon, 1998). Habitus inclines social agents to act in certain ways always in relation to a particular situation; and depending on the situation, it may incline agents to act in opposite ways (Bourdieu & Chartier, 2010). Habitus yields a context-sensitive ‘practical sense’ (also referred to as a ‘feel for the game’), i.e., a socially and historically constituted practical mastery that functions below the level of consciousness and language (Bourdieu, 1977, 1990b; Bourdieu & Wacquant, 1992). Social agents respond to the opportunities and constraints of a given situation according to their position in a field (Kay, 2001). They take recourse to strategies (or position-takings) and choose the most appropriate course of action to achieve their goals. For Bourdieu (Bourdieu & Wacquant, 1992, p.105), the position-takings (*prises de position*) or stances are the “*structured system of practices and expressions*” of social agents. As such, every choice-medical profession, family medicine, practice setting, mode of remuneration, knowledge used, etc.- are also social strategies of differentiation and investment in matters crucial to the field. As described earlier, they do not assume conscious, rational calculation.

Empirically, though, researchers cannot ‘ask’ participants about their habitus nor fully ‘see’ or ‘expose’ a habitus. FPs’ habitus is shaped by the ethos of their profession (i.e., shared professional principles, values, beliefs, behavioural norms and traditions), their social environments (i.e., fields) and their personal characteristics, values, interests, history and experiences. FPs’ dispositions influence practices (choices, preferences, behaviours, attitudes, beliefs and so on) in general and, in our study context, with respect to considerations of economics (particularly concepts of health economics/pharmacoeconomics/EE, efficiency, costs and resource allocation/management/utilization). Thus, as researchers, our mission was to analyze practices in order to uncover the structures of the habitus. FPs’ ethical, moral and legal responsibility to serve the well-being and interests of the patient, and their minimal, if any, training, knowledge and understanding of health economics probably explain only part of the lack of role of EE in the practice of FPs. As with the EBM movement (Miles, 2009; Whitehead, 2010), issues of epistemology and professionalism (particularly those related to autonomy) may also be of

importance. Overall, habitus may be seen to influence FPs' way of knowing and way of being. Thus, FPs spontaneously limit their choices due to their habitus. For instance, according to their habitus, our eight cases saw or did not see considerations of economics as of interest in family practice. And, seeing or not seeing these considerations, their actions regarding the role or not of EE in their practices was shaped by their habitus (Bourdieu & Chartier, 2010).

### **Way of knowing**

As seen in the previous section, the medical practice of the eight cases was based on their set of theoretical and practical knowledge and skills acquired through formal education and many years of training and socialization processes, their professional experience, their CPD activities, their readings, and the experiential knowledge of other physicians. Their medical practice was also influenced by the circumstances of the patients and the social environments in which FPs were embedded. Long-standing relationships lead to the accumulation of knowledge about patients and families, which is mostly of a tacit nature. This particular knowledge is valuable when it comes to care (Fairhurst & May, 2001; McWhinney, 1997; WONCA/WHO, 2002). Our analysis of the field of FM showed that FPs are subjected to many influences, pressures, conflicting demands and expectations-both from within and without the field. Thus, their approach to knowledge acquisition, construction, maintenance and application occurred through a dynamic, iterative and integrative process by the incorporation ('embodiment') of propositional (codified, technical, explicit) and non-propositional (experiential, intuitive, tacit) information and knowledge, but always influenced and constrained by complex social relationships and environments.

In their daily practice, FPs deal with a wide range of common problems seen by patients in their community. With increasing level of experience, they tend to use thinking and decision-making processes associated with clinical practice (i.e., clinical reasoning or judgment) which appear intuitive and automatic in nature (Hamm, 1988; Mamede, Schmidt, Rikers, Peneaforte, & Coelho-Filho, 2007). Thus, FPs develop intuitive expectations or practical anticipations as a result of the routine nature of practice. Automaticity is a characteristic of medical expertise. According to Christensen, Fetters, & Green (2005, p.147), it "*refers to the effect achieved by years of practice and expertise wherein basic elements of the task are performed largely without conscious*

*awareness.*” As expert decision makers, FPs may find it difficult to articulate their actions as tacit clinical knowing (Christensen et al., 2005; Malterud, 1995). In his account of tacit knowing Polanyi (1966, p.4) wrote “*We know more than we can tell.*”

According to our cases, the art of medicine played an important role in medical practice and made use of tacit knowledge inherent in FPs, namely their skills, experiences and natural talents. First, they all considered that a part of this ‘art’ is related to their human and interpersonal qualities and skills (e.g., communication, listening, comprehension and empathy). Secondly, they also thought that the art of medicine includes their skills to understand patients’ circumstances and to decide if, when and how EBM recommendations apply to them. Thirdly, they mentioned the intuitive aspect of the art of medicine and recognized the role of intuition (e.g., referred to as ‘clinical judgment’, ‘clinical sense’, ‘gut feeling’, ‘insight’, ‘heuristics’, ‘pattern recognition’, or ‘flair’) in medical practice. The cases viewed the development of intuition as a process that occurred over time and that involved the integration of previous knowledge and experiences. Lastly, some cases recognized that the ability to innovate is also one of the skills that constitute the art of clinical care.

All this emphasizes that tacit knowledge is contextual, informal and experiential. Though related, it is not equivalent to expertise. In this way, tacit knowledge becomes a synonym for ‘practical intelligence’, ‘practical know-how’ or what Bourdieu calls-the habitus. FPs’ habitus is structured through historical and social conditioning. In our study context, FPs’ habitus yields the ‘art of medicine’ which can be seen to correspond to what Bourdieu calls ‘practical sense’ or ‘feel for the game’-i.e., “*a practical and tacit knowing of the familiar world.*” (Bourdieu, 1977, p.3). It produces reasonable (not rational) expectations. Being an embodied disposition to act, perceive and think in certain ways acquired through socialization and past experiences, habitus provides a practical mastery of situations of uncertainty and grounds a relation of ‘practical anticipation’ to the future (Bourdieu, 2005). Once acquired, FPs’ ‘practical sense’ becomes second nature. This enables FPs to act, perceive and think ‘naturally’ in the FM field without having to reflect and calculate before every move.

This way of knowing (as described the four paragraphs above) definitely have practical implications, but they also quite clearly have epistemological implications. Interestingly, clinical autonomy is often said to depend on professional experience and clinical judgment (Parker, 2005). As such, one can deduct that clinical autonomy depends on the art of medicine. Professional autonomy is a core value of professionalism and is judged to be essential for the exercise of professional judgment. It is not surprising then that the great majority of our 16 participants (cases and KIs) seemed reluctant to embrace practices based on EBM or on EE that would limit the clinical autonomy of the individual FP.

### **Way of being**

The Canadian sociologist David Coburn (1988) criticized one of Freidson's views for assuming that physicians are a homogeneous group with respect to views, interests, motivations and objectives, and for placing too great an emphasis on socialization while neglecting the importance of social structures as a determinant of physician behaviour. Our analysis revealed that the eight cases were heterogeneous not only in terms of the selection criteria, but also in terms of their approach to medical work-or way to 'play the game', to use Bourdieu's preferred metaphor-and of their position-takings in relation to the themes of the life history interview. For instance, they were often at odds with regards to their stances on the EBM movement, on considerations of economics (particularly concepts of health economics/pharmacoeconomics/EE, efficiency, costs) in clinical practice and on the FP's responsibility to society in matters relating to the allocation of scarce resources and cost-containment.

Our analysis allowed us to identify the 'logic of practice', the logic of professionalism. Bourdieu's theoretical framework conceptualizes practices of individuals, and of social groups of similar individuals, as the outcomes of dialectical relationships between the concepts of field, capital and habitus (Bourdieu, 1977). Seen from this perspective, the practice of professionalism is the product of the dynamic, dialectical relationships between FPs' subjective mental structures (schemes of perceptions, thoughts and appreciations) and objective social structures (social forces or relations, values, moral norms of behaviour, ethos of the profession, policies, etc.). Thus, our analysis revealed a complexity of medical professionalism. This resonates with other authors who

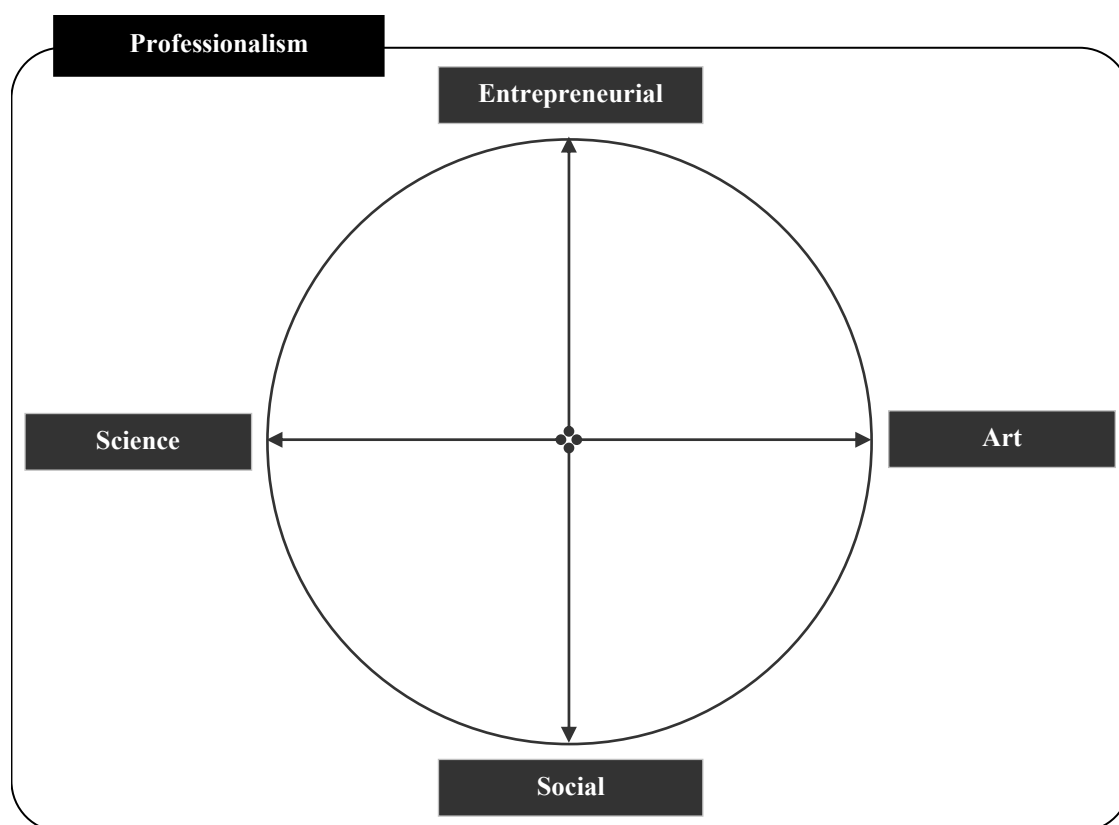


argued for a complex system approach to professionalism (Hafferty & Castellani, 2010; Hafferty & Levinson, 2008; Lesser et al., 2010). Many professional organizations, scholars in academic medicine and medical literature conceptualize professionalism as a value system (ABIM, ACP, ASIM, & European Federation of Internal Medicine, 2002; Kirk, 2007). Our analysis showed that professionalism is neither simply a set of practice ideals (i.e., key moral and professional stances) embedded in organizational structures and policies (macro level), nor simply a set of character ideals (i.e., character traits or virtues) (micro level). Professionalism can be seen as a “*lived approach*” to the practice of medicine (Lesser et al., 2010, p.2733). At the micro level, the flexible and dynamic nature of professionalism was seen in the varied ways of being a professional as experienced and expressed in practices (e.g., thoughts, attitudes, beliefs, values, preferences, behaviours, roles, etc.).

Furthermore, habitus also offers practical taxonomies, a shared set of generative schemes of binary oppositions, which characterize a domain of action (Bourdieu, 1984). Our analysis also allowed us to identify two main binary oppositions: science/art and entrepreneurial/social dichotomies. The FM taxonomies classify according to the ‘logic of practice’ whose product they are (Bourdieu, 1988). Professionalism is thus the overriding dominant logic that encompasses these dichotomies. Yet, Bourdieu’s theory of practice is intended to transcend such ‘false’ dichotomies. This perspective allows thinking in terms of a complex continuum between opposing core dichotomies. As such, it allowed us not only to see both sides, but above all, to break them down and to see how the four dimensions coexist and are related to one another. Our analysis suggested that each dimension is itself bipolar and a continuum, for example from the most to the least scientific practice. However, one position-taking does not exist and cannot be explained or understood without reference to the other. In practice, FPs’ dispositions lead them to different position-takings, and even opposing ones, according to the situations (or the themes discussed). Their habitus was constructed of all four dimensions but our findings indicated that one of them, ‘entrepreneurial’, ‘social’, ‘science’ or ‘art/human’, generally tends to be a core preoccupations or dominate their practices in the field of FM. The ‘dominant’ dimension gave a ‘flavour’, so to speak, to the FP’s individual professionalism and, therefore, his/her approach to medical work. This structure of bipolar oppositions helped to explain (or at least understand) the differences in

thoughts, perceptions, appreciations and practices between the cases. Figure I offers a (probably simplistic) representation of the logic of practice.

**Figure I**      **Logic of practice**



All the cases, with no exception, were committed to their profession and to core professional values and virtues inherent in medical practice: medical ethics, deontology and law; autonomy and independence; expertise/competence (i.e., scientific knowledge and lifelong learning; technical [or specialized], human and interpersonal skills; clinical reasoning/judgment; management of ambiguity and complexity; tacit knowledge and experience; integration of knowledge into clinical practice; expert decision-maker); monopolization of medical work (i.e., diagnosis and treatment); self-regulation; and social responsibility. Imbued with professionalism, they placed emphasis on the primacy of the physician-patient relationship which is fiduciary in nature, and on their ethical, moral and legal obligations to provide medically necessary and appropriate health

services to their patients. The cases also recognized the importance of the principles and values of the discipline of FM. For instance, although recognizing the influence of economic concerns (e.g. remuneration and financial incentives) on practice, they reported placing value on cultural capital such as relationship-centred, comprehensive, continuous, coordinated, contextual and holistic care.

For the purpose of our project, we viewed the ‘science of medicine’ as a scientific approach to medicine. However, it denotes more than the scientific knowledge of that practice. Medical practice may also be viewed as a scientific activity with the development of an EBM approach to practice. With this depiction of the nature of medicine, scientific evidence and CPGs become tools supporting FPs’ scientific mode of thinking regarding diagnosis and treatment. On the other side, we viewed the ‘art of medicine’ as a humanistic and intuitive approach to medicine. However, it denotes more than the human and interpersonal skills of that practice, and the skills of applying scientific knowledge to particular patients. Humanistic medical practice put the emphasis on human beings, human relationships and a holistic understanding of the human organism. With this depiction of the nature of medicine, humanistic values are central to practice: appreciation of human contact, desire to help and take care of others, empathy, compassion, trustworthiness, respect for others, listener, communicator, giving of himself/herself, etc.

We viewed the ‘entrepreneurial aspect of medicine’ in reference to the fact that Quebec FPs function as self-employed, independent entrepreneurs. Cases spoke of the ‘business’ side of family practice, the private practice model, financial investments, competition, the importance of practice management. However, it denotes more than the entrepreneurial nature of family practice. With this depiction of the nature of medicine, the emphasis is on the FFS and other financial incentives, self-interest (e.g., self-fulfilment, private materialism, family life), autonomy, independence, flexibility and freedom. On the other side, we viewed the ‘social aspect of medicine’ in reference to medicine’s social contract with society. However, it denotes more than the social role and responsibility of FPs, and FM’s discourse emphasizing its commitment to the collective through its social/community-based health care orientation. The social medical practice also puts an emphasis on social medicine (also referred to as public health or community medicine), including prevention, screening, health promotion and education. With this depiction of the nature of medicine, socially-oriented beliefs, social values, social consciousness, desire for social change and social justice play

an important role in practice. There is also the recognition of the potential role of EE (and other considerations of economics) in FPs' practices, and of FPs' responsibility to society in matters relating to the allocation of scarce resources and cost-containment.

### **Brief life history information on each case and their individual professionalism**

According to Bourdieu, in order to acquire knowledge of the habitus of each FP, two other types of knowledge were necessary. On the one hand, knowledge of the FP's characteristics, social origin, educational trajectory, professional life, etc., and on the other hand, knowledge about the FP's professional choices and practices. Then, and only then, it may be possible to understand (and maybe predict) the FP's specific position-takings.

*"...knowledge of an agent's pertinent properties, and therefore of his position in the structure of distribution, and of his dispositions, which are generally closely related with his properties and his position, makes it possible to predict (or at least understand) his specific position-takings."* (Bourdieu, 2004, p.59)

The next few pages present brief and pertinent life history information on each case (personal and practice characteristics are already presented in table 1, p.115-116) along with a summary of the four dimensions identified through the analysis of their practices.

#### ***Case05 – The 'social' doctor***

The father of case05 received a classical education and studied for two years in a school specialized in creative arts. He was well regarded in his field. Her mother, who had vocational training, was in charge of the information services centre at her place of employment. Both her parents worked in the field of information. Case05 decided in her early high school years to aim for a career in medicine. She described herself as a fanatic with respect to one sports activity that she had practised recreationally and competitively for more than 20 years. She had personal social relationships with other physicians, but it was mostly through sports activities that she developed and maintained friendships in her daily life. Her mother had had a health problem that made it difficult for her to look after her children. Case05 therefore had to take care of herself from very young age. She was convinced that this difficult personal experience played an important role in

shaping her personality, with her strengths and her weaknesses. She said she thinks differently, not like other physicians, since she has strong socially-oriented beliefs. She was imbued with a social consciousness. Case05 had been motivated toward social change, particularly when she was a medical student and early in her career. At that time, while still in school, she joined a socialist healthcare group. She thought her open-mindedness and the part of her that was very “socially conscious” could be explained by her having grown up in an environment that was open to all sorts of ideas. Her family was immersed in information and surrounded by information specialists and intellectuals. Case05 assigned great importance to humanistic values, and human and relational skills: empathy, ability to understand people, and communication and listening skills. She appreciated seeing the evolution of her patients (and sometimes even their whole family) and getting to know them over the long term through the physician–patient relationship. Her practice at the GMF was characterized by office visits of 30 minutes for an annual check-up, of 15 minutes for a follow-up, and of 10 minutes for walk-in patients. Pregnant women made up 30% to 40% of her practice; her regular clientele included many women and very few elderly patients. The art of medicine played a role in medicine, particularly important in dealing with patients with social problems or who are mentally ill. She considered that the art resided in having a ‘clinical sense’ which is expressed mainly as a way of being attentive to individuals—referring to human and relational skills. For her, intuition and clinical judgment came out of this clinical sense. She acknowledged the role of medical science and maintained that the knowledge and recommendations from the evidence (scientific studies, CPGs) influence her practice. Her approach to the EBM movement was to maintain a critical eye and to deviate somewhat from the recommendations now and then. While scientific evidence is important, practice should not be limited to that. She saw a potentially negative aspect of EBM, which was that it could sometimes lead physicians to carry out more interventions. Case05 recognized the social responsibility of physicians and showed dispositions toward social medicine. In fact, she probably assigned as great an importance to social values as she did to humanistic values. Many of her statements reflected her socially-oriented beliefs. Social values, her social consciousness and desire for social change played a critical role in her choices of location, organizations and type of practice, from the very beginning of her professional path. The mission of the first private group practice in which case05 worked was to help people in disadvantaged settings and to try to effect social change through medical practice. She also chose to work in a dedicated care centre because she felt a vocation to change the way care

was provided to women. Case05 was maybe among the first physicians to participate in the social movement to humanize childbirth. In addition, she spoke often about the wider values of society and how these influence medical practice. She affirmed her interest in reading information from pharmacoeconomic analyses, particularly when feeling reticent to use a service. Conscious of the fact that her practice contributes to the cost of the health system, case05 said she thinks about costs in her practice and balances them against the benefits of interventions. She asserted that she already tend to choose or recommend to her patients what she knows to be a less expensive but equivalent service option, when available. She agreed with the need to consider a dual responsibility, to both the patient and society. Entrepreneurial-oriented dispositions, private practice and economic considerations (remuneration, financial incentives) were apparent, in her allusions to the very importance of autonomy and independence, remuneration issues, office expenses, and the financial incentives to create a GMF.

### ***Case02 – The ‘human’ doctor***

Case02 offered very little information on his parents. Since childhood, he had been through several family and personal ordeals that were particularly difficult, painful and tragic. His choice of the medical profession came when he was around 10 years old as a result of a health problem that required surgery with hospitalization, as well as from watching the medically-oriented television program “Marcus Welby, M.D.” During the first 14 or 15 years of his practice, he practiced in three CLSCs and one long-term care facility, had an office in three private clinics, provided home care services and created a care centre dedicated to his own area of interest. All his experiences played a role in shaping his personality, his way of being and how he practices medicine. They may explain, in part, his personality that is marked by humanistic values: easy to approach, a sense of empathy, a listener, a communicator, giving of himself, respect for others, and a strong awareness of others and of injustices. Case02 claimed to be a non-conformist, and even to be at the outer limits of what would usually be seen among physicians. Case02’s personality was especially marked by humanism. Human beings and human relationships were core preoccupations for case02. Imbued with a human curiosity, he often approached the themes discussed or made comments with a focus on the human being or on human relationships. The doctor–patient relationship developed in visits with patients allowed him to get closer to individuals. His practice was characterized by long office

visits (45 minutes) and by a clientele largely made up of patients who are vulnerable both in terms of their health and their socio-economic status or who are mentally ill. He assigned a great deal of importance to the art of medicine, which is expressed mainly at the intuitive level as a way of being attentive to individuals—referring to human and relational skills. Imbued with a scientific curiosity, he acknowledged the role of medical science and maintained that the knowledge and recommendations derived from the evidence (scientific studies, CPGs) influence his practice. However, given his critical and anxious nature, his approach was characterized by distrust and doubts about the quality of studies and, sometimes, by a deviation from the CPGs. He considered the human approach to be more valuable than scientific evidence in practising FM. Case02 assigned great importance to physicians' social responsibility and occasionally showed certain dispositions that go with social medicine: adapting and organizing his practice based on the needs of the population, the community and the territory; recognizing the important sums invested by society in medical education; having interests in the organization of CLSC services, including prevention, screening, health promotion and education. Case02 worked on the humanization of care in his field of interest. His main focus over the past several years had been the problem of psychological violence (mental harassment), particularly in public institutions. In both cases, he had undertaken actions to increase awareness, exert influence and apply pressure on legislative authorities, as well as on actors in the political, medical, and university arenas, the media, and others. He spoke of the urgent need to react to problems that have important impacts on resources and on their allocation, as well as on people's quality of life, and all this, in the context of an aging population and a scarcity of resources in today's society. Case02 seemed to feel little or no responsibility to society with respect to resource allocation. He paid minimal, if any, attention neither to fiscal and budgetary constraints of the health care environment nor to costs of health services. He felt no responsibility to society with respect to resource allocation. Entrepreneurial-oriented dispositions and economic considerations were minimally apparent, in his allusions to the influence of the measures to attract physicians to remote regions on his choice of practice location, his previous part-time work in three private clinics, and to the existence of injustices and inconsistencies between FFS and HR modes of remuneration; however, there was little reference to the financial aspect or to anything else that could suggest a role of defending his own interests.

### ***Case08 – The ‘human’ doctor***

Case08 was born of a father with a university education in applied sciences, member of a liberal regulated profession, and a stay-at-home mother trained in healthcare. The eldest of eight children, from a very young age case08 felt responsible for the well-being and safety of the younger ones. The only member of her family to be trained in medicine, and possessing a very developed culture and artistic sensibility, she first obtained a college diploma in a creative field in which she had a career for several years that was sometimes difficult and sometimes easier. Deciding to study medicine came to her as “a revelation” after a serious automobile accident that brought her into contact with several physicians and made her dependent on friends. All her experiences facilitated a sense of empathy, an understanding of poverty and an awareness of others and of injustices—all of which played a role in shaping her personality, her way of being and how she practices medicine. Case08 also stressed her need to engage in artistic and creative activities, without which she is unsatisfied and unhappy. Case08’s personality was especially marked by humanism. Human beings and human relationships were core preoccupations for case08. To her, every interaction with a patient was fascinating and gave her both a boost of energy and a sense of meaning in her practice. Her practice is characterized by long office visits (around 30 minutes) and by a clientele largely made up of vulnerable elderly patients and people of low socio-economic status. She assigned a great deal of importance to the art of medicine, exhibited mainly in her human and relational skills and in the intuitive side of her practice (expressed as an ‘intuitive flair’). Imbued with a scientific curiosity, she acknowledged the role of medical science and the importance of EBM, maintaining that the knowledge and recommendations derived from the evidence (scientific studies, CPGs) influence her practice. Nevertheless, she felt these things, while useful, should not replace the art of medical practice nor replace the clinician’s sound judgment. Case08 recognized the social responsibility of physicians and occasionally showed certain dispositions that go with social medicine: participation in medical-administrative activities, role as professor in clinical teaching, and caring for the elderly in return for their contribution to society. She recognized the utility of economic evaluations at the meso and macro levels to maintain equity of access to good-quality healthcare services. Case08 paid minimal, if any, attention neither to fiscal and budgetary constraints of the health care environment nor to costs of health services. Yet she thought it was true that physicians have a responsibility to society with respect to resource allocation. Entrepreneurial-



oriented dispositions were minimally apparent, in the cursory allusions to her self-employed status and to the importance of autonomy and the management of her practice; however, there was little reference to the financial aspect or to anything else that could suggest a role of defending her own interests.

### ***Case07 – The ‘scientific/human’ doctor***

Case07’s father had vocational training; his mother’s training was not specified. Both worked in post-secondary education. One of two children, he was the only one trained in medicine. The idea of becoming a physician was always somewhere in the back of his mind. He was always interested in the sciences of medicine and of health. He first completed a bachelor of science degree, since he felt an interest for research, after his initial applications to medical school were turned down. His statements showed him to be very religious, which might explain the importance of moral and ethical values exhibited in his comments. Case07 was probably frugal with his own money. It was in his nature to always do the « *checks and balances* » (a type of mental calculus). This way of thinking and acting came largely from his parents. He maintained that his frugal temperament had an influence on his medical practice. Case07 assigned great importance to humanistic values, and human and relational skills: honesty, openness, respect, and communication and listening skills. Imbued with a human curiosity, he had a great appreciation of human contact, of getting to know his patients, and also of helping and taking care of others. His practice was characterized by long office visits at the CLSC-GMF. He did not specify the length of visits, but he devotes the time it takes for each patient. His clientele at the CLSC-GMF consisted mainly of patients with mental illness, or who were immigrants, multiethnic (allophone) and of low socio-economic status. The office visits were of about 20 minutes duration at the private-group clinic. The art of medicine played a role in clinical practice, exhibited mainly in his human and relational skills, but also in the intuitive side of his practice (expressed as ‘gut feeling’) which is based more on pattern recognition. Imbued with intellectual and scientific curiosities and good ‘detective thinking’, case07 also assigned importance to the role of medical science and maintained that the knowledge and recommendations from the evidence (scientific studies, CPGs) influence his practice. However, there is first the reality of the patient and then, behind it, there is the reality of EBM. Case07 seemed to be somewhat sceptical of the EBM movement. Physicians’ social responsibility and dispositions

toward social medicine were barely perceptible, in his cursory mentions that, in an ideal world, the FP should be the gatekeeper of the health system, and be involved in the community. He recognized the potential role of economic evaluations in clinical practice, although this information always needs to be kept in perspective. Case07 asserted that he already tend to choose or recommend to his patients what he knows to be a less expensive but equivalent service option, when available. He disagreed with the idea that he has a responsibility to society with respect to resource allocation. According to him, the physician's social role underlies any fiduciary role-if the doctor is a good advocate for the patient, by definition, he is a good advocate for society. Entrepreneurial-oriented dispositions and economic considerations (remuneration, financial incentives) were much less apparent. The mode of remuneration played a role in his choice of practice setting, and influences his practices. Nevertheless, he did not appreciate the “*business*” aspect and the fee-for-service method of remuneration and was not convinced to appreciate the value of practicing in a private practice setting. There was little reference to the financial aspect or to anything else that could suggest a role of defending his own interests or those of the profession.

### ***Case06 – The ‘scientific/human’ doctor***

The parents of case06 both had bachelor's and master's degrees in fields unrelated to health. Throughout their careers they worked with individuals who had a certain type of disability. One of two children in her family, she was the only one to train in medicine. No member of her extended family was a physician. She had the idea to go into medicine from a very young age. She first completed a bachelor of science and then, drawn to a career in research, a master's in science. Exposed to her parents' work since childhood, case06 was always attracted to the idea of working with individuals who were somehow alienated or ostracized. She therefore started out by doing a residency for several years in specialized medicine. She then realized that she was trained to diagnose illnesses rather than to care for individuals. She took the difficult decision to re-orient her career toward FM. In retrospect, she thought she had always been a FP at heart. Her partner is a MS researcher. Most of their friends are MS. Case06 described herself as being sceptical of all forms of dogmatism and of all forms of extremes. This was, for her, a matter of personality and philosophy of life. She admired people who are ‘socially upright’, that is, people who are very ethical and have more of a philosophical view. Humanistic-oriented dispositions were apparent, in her mentions of

her interest in wanting to take care of people who were alienated or ostracized, helping and taking care of people, eliminating all barriers (physical or otherwise) between the physician and the patient, and getting to know her patients. However, there were minimal allusions to human and relational skills, or to the physician-patient relationship. Her practice was characterized by long office visits at the CLSC-GMF (30 minutes; 45 minutes for new patients). Her clientele at the CLSC-GMF consisted mainly of vulnerable patients and people who are immigrants, multiethnic (allophone) and of low socio-economic status. The office visits were 15 minutes (30 minutes for new patients) duration at the private-group clinic. She assigned great importance to the art of medicine, which works at the level of insight and intuition as expressed in clinical judgment. Scientific knowledge is essential but clinical judgment is the most important thing in medical practice. The art refers to finesse in interpersonal relationships with patients. Case06 acknowledged the role of medical science and the importance of EBM, maintaining that the knowledge and recommendations from the evidence (scientific studies, CPGs) influence her practice. She embraced CPGs which were especially helpful to her in structuring her everyday practice, and she followed them partly out of “angst” about the perceptions and judgments of specialist physicians (mentioned on few occasions). Yet, she approached the EBM movement with scepticism and doubts about the quality of studies. Her attitudes were a product not only of her knowledge and experiences in the fields of science and research, but also of her personality and philosophy of life. Entrepreneurial-oriented dispositions and economic considerations were apparent, in her allusions to the importance of professional flexibility and autonomy and of practice management, the influence of remuneration methods on her organizational and practice choices, and her resentment regarding the idea of carrying out clinical or administrative tasks either without being paid or with inadequate payment. She considered the RAMQ billing structure to be unfair, and she tried to balance what she thought the RAMQ expected of her in exchange for fee-for-service with what she knew all her colleagues were doing and what she considered to be reasonable for the time spent and the remuneration actually earned. Physicians’ social responsibility were barely perceptible, whereas case06 shows certain dispositions to social medicine. Case06 felt a responsibility to the community to offer clinical services on a walk-in basis. She was troubled by the low level of resources allocated to prevention, and she was very conscious of the high cost to society of certain health services. She reported being sensitive to the costs to society, and aware of the opportunity costs associated with using resources unnecessarily for patients who were very anxious (referred to as “*walking-well*”).

She recognized the potential role of economic evaluation in clinical practice, although patient's interests must prevail. Case06 asserted that she already tend to choose or recommend to her patients what she knows to be a less expensive but equivalent service option, when available. She agreed with the idea of being responsible to society with respect to resource allocation.

### ***Case04 – The ‘human/scientific’ doctor***

The father of case04 received a classical education and was trained at a technical college. He worked in post-secondary education. Case04's mother had no particular training and worked mostly in retail selling. One of two children, she is the only one trained in medicine. Since childhood, she has been through several family (immediate and extended) and personal ordeals that were difficult and painful. Among other things, case04 confided that she had suffered a great deal of bullying (a form of social violence) from her peers in primary and secondary school. The wish to help others had been part of her personality from an early age. Having always had domestic animals, she realized when she was quite young that she enjoyed caring for and looking after others. She decided sometime between the ages of 12 and 14 years to undertake a career in medicine. According to her, her difficult experiences with intimidation played an important role in shaping her personality, her way of being, and ultimately her decision to enter the medical profession and her way of practising medicine; hence her somewhat insecure nature, her lack of self-confidence, her deep desire to help people and her wish (at least subconsciously) to achieve a certain social status in order to be loved and appreciated by others. Case04 said she also had a lot of difficulty accepting decisions that were not in agreement with her ethical or human values. Case04's personality was marked by humanism. Human beings and human relationships were primary preoccupations for case04. She assigned great importance to humanistic values and relations skills: empathy, trustworthiness, communication and listening skills, a capacity for mutual aid, a desire to help others, generous of her time and self, and skilled at making things understandable in lay terms. She emphasized the humanization of family medicine practice, and that this discipline was the type of medicine especially suited to helping people. Her practice was characterized by office visits of 20 minutes for regular appointments (including babies), of 15 minutes for pregnant women (30-40 minutes for the first appointment), and of 15 minutes for walk-in patients. She assigned a minor importance to the intuitive side of her practice, expressed as a 'feeling', 'flair' or 'clinical sense'.

Case04 assigned a great deal of importance to the role of medical science and to EBM, maintaining that the knowledge and recommendations from the evidence (scientific studies, GPCs) strongly influence her practice. These were also primary preoccupations for case04. Yet she admitted having no interest in research and very little interest in reading the scientific literature. That being said, she felt a responsibility to respect accepted medical norms (or targets) by taking into consideration EBM recommendations, but without losing sight of patients' particular circumstances. Although case04 felt there was a negative aspect to the EBM movement, in accentuating the scientific side of medicine at the risk of dehumanizing medicine, she thought it was correct. Entrepreneurial-oriented dispositions, private practice and economic considerations were apparent. She spoke about her role as a partner of the private clinic-group and about investing her time and money in it, and of the importance of autonomy and independence, both professional and entrepreneurial. There were few references to the financial aspect, but little reference to anything else that could suggest a role of defending her own interests or those of the profession. Physicians' social responsibility and any dispositions toward social medicine were barely perceptible, in her cursory mention of the importance of economic evaluations in decisions taken at the macro level following, among other things, the key position of public medicine, the funding of the healthcare system, the aging of the population and service accessibility. Case04 paid minimal, if any, attention neither to fiscal and budgetary constraints of the health care environment nor to costs of health services. While she thought it was true that physicians had a responsibility to society with respect to resource allocation, she admitted that she herself did not take this responsibility very seriously.

### ***Case03 – The 'entrepreneurial' doctor***

Case03's father and mother were both university-trained health professionals (other than physicians) and were members of two different regulated liberal professions. He was one of four children, two of whom trained in medicine. There were many professionals and entrepreneurs in the family (immediate and extended) in a variety of domains, including the pharmaceutical industry, and four uncles or aunts in specialized medicine. His parents did not put any particular pressure on him to go into medicine, even though the medical profession was seen as a prestigious profession with a high profile. In addition, he received his education in private schools. The choice of the medical profession came at the end of his college education. Although he was attracted to biology

and health from a young age, he wavered between medicine and engineering. He made a strategic choice, telling himself it was easier to go into medicine first and then switch into engineering if he didn't like it. His wife was also a physician, and they had several physician friends around them. Case03 claimed to have tried everything since his early career: hospitalization, surgical assistance, industrial medicine, involvement in medical education, and many others. He has an entrepreneurial temperament and exhibited a good dose of entrepreneurship, such that the medical clinic he founded was exceedingly well organized, like a small-to-medium-sized business. Case03 mentioned practising a winter sport and being involved in a program to familiarize children with the competitive aspects of the sport. Humanistic-oriented dispositions were apparent, in his mentions of his great appreciation of human contact, personal satisfaction in helping and taking care of people, and self-forgetfulness. However, there were minimal allusions to humanistic values, human and relational skills or to the physician-patient relationship. His practice is characterized by office visits of 15 minutes and home visits of around 20 minutes (there are often two patients [a couple] to take care per home visit). Case03 reported that he follows many patients with mental illness, and that 83% of his patients who are being followed at home are above 70 years old and vulnerable (with chronic illnesses). The art of medicine played an important role in clinical practice, which works at the level of intelligence as expressed in comprehension and intuition. He sees relational skills as fundamental to this 'art'. Imbued with strong interests in biology and health since he was a child, he acknowledged the role of medical science and the importance of EBM, maintaining that the knowledge and recommendations from the evidence (scientific studies, CPGs) influence his practice. While scientific evidence is indispensable for practice, it does not take precedence. Ever since his medical training, he had always watched for opportunities to make a difference, and to achieve a balance, between science and art, between the technician and the artist-physician. Entrepreneurial-oriented dispositions, private practice and economic considerations (remuneration, financial incentives) were core preoccupations for case03. He often approached the themes discussed from the perspective of a private medical clinic, and more often than not, entrepreneurial or economic interests were evident behind his statements. Among other things, economic or entrepreneurial considerations have influenced, and continue to influence, his practice decisions (e.g. choices of practice location and area, development and service offer). Case03 spoke about founding a medical clinic and setting up a specialized clinic in one of his areas of interest, as well as about his very close ties with pharmaceutical companies and his close collaboration with the only

pharmacy in the community. Certain pharmaceutical companies helped him to set up a program and a specialized clinic in one of his particular areas of interest. Because of his good relationships with pharmaceutical representatives, they sometimes brought to his clinic MS visiting the region. Among other things, economic or entrepreneurial considerations have influenced, and continue to influence, his practice decisions (e.g. choices of practice location and area, development and service offer). On few occasions, case03 used an economic term, profitable, in referring to private practice and to medicine in general. His autonomy was very important to him (one of the things he appreciated the most about his practice), as was his independence, both professional and entrepreneurial. Physicians' social responsibility was barely perceptible in his allusions to having strong feelings of responsibility toward the community and to being upset at his inability to respond to all the community's demands for accessibility to general medical services. Minimal dispositions toward social medicine were apparent, in his cursory allusion to the utility of economic evaluations at the macro level. Case03 paid minimal, if any, attention to costs of health services. He felt no responsibility to society with respect to resource allocation, whereas he recognized the existence of an opportunity cost when he made choices, but pointed out that this was not his responsibility.

### ***Case01 – The ‘entrepreneurial’ doctor***

Case01 spoke very little about his family, except to say that his parents were not physicians, that he had at least one brother, and that two of his uncles were MS. His father stressed the importance of his getting an education (directly) and of the medical profession (indirectly). In addition, case01 obtained his secondary and college educations in private colleges. The choice of the medical profession came at the end of his college education and was influenced by the medically-oriented television program “Marcus Welby, M.D.” His interest in having a career in which he could take care of people while being well paid, and in which science and entrepreneurship could be combined, also played a determining role. During his undergraduate medical education, case01 did an international internship in a clinical setting in West Africa. This experience left a lasting impression on him, both personally and professionally. Two negative professional experiences led him, after seven or eight years of general practice (FM obstetrics, emergency care, hospitalization and office practice), to return to university to do a five-year postgraduate residency training program in a medical specialty for a few years, before eventually

going back to general practice. He left that program for personal reasons. Case01 confided that he has always had an entrepreneurial temperament, and his discourse was imbued with economic values. Case01 assigned great importance to the role of medical science and of EBM, maintaining that the knowledge and recommendations derived from the evidence (scientific studies, CPGs) influence his practice. He made frequent allusions to science and medicine, and he often used EBM to explain his practice approach and the bases of his opinions and recommendations. Humanistic-oriented dispositions were somewhat apparent, in his allusions to his personal satisfaction in helping and taking care of people, and self-forgetfulness. However, there were no allusions to humanistic values, human and relational skills or to the physician-patient relationship. His practice was characterized by long office visits (45-60 minutes, up to 2 hours) and by a clientele largely made up of elderly patients and people of low socio-economic status or from various cultural backgrounds. He explained the length of his visits by the fact that he looks after several health problems in a single visit (billing for every necessary services provided according to the patient's health problems and needs). The art of medicine played an important role in clinical practice, which is expressed mainly at the intuitive level. It is based on memory as cognitive knowledge structures and also engages the analogical side. Entrepreneurial-oriented dispositions, private practice and economic considerations (remuneration, financial incentives) were core preoccupations for case01, and the great majority of his comments on all the themes discussed had an entrepreneurial or economic aspect. Recurrent themes were the development of a system of remuneration based on the number of health problems addressed in one medical consultation and the importance of the physician's professional independence. In his view, everything in medicine is based on economic productivity, and physicians are entrepreneurs of small and medium-sized businesses. On few occasions, case01 used economic terms such as productivity, profitable and market, in referring to private practice and to medicine in general. Case01 claimed that the mercenary element has not influenced him to the extent that it would interfere with his responsibility toward his patients in an important business decision. Physicians' social responsibility and any dispositions toward social medicine were barely perceptible, in his cursory mentions of the physician's role to inform the population about what is best for their health and of the importance of economic evaluations in decisions taken at the macro and meso levels following the importance of socialized medicine and the funding of the health system. Case01 paid minimal, if any, attention neither to fiscal and budgetary constraints of the



health care environment nor to costs of health services. He felt no responsibility to society with respect to resource allocation.

## **Conclusion**

Simply adding health economics training to current medical curriculum, implementing favourable infrastructures for the use of economic evaluation evidence, and having changes made to the way economic evaluations are conducted or presented might be necessary steps to influence the level of use, although we seriously doubt they would be sufficient. The role or not of considerations of economics in FPs' practices is a complex issue. As with the EBM movement (Armstrong, 2002; Denny, 1999; Miles, 2009; Whitehead, 2010), our empirical findings showed that issues related to epistemology, theory, professionalism, autonomy and power may be of importance. We suggest future research needs and directions.

Our findings clearly have epistemological implications. FPs' approach to knowledge acquisition, construction, maintenance and application occurred through a dynamic, iterative and integrative process by the incorporation of propositional and non-propositional information and knowledge, but always influenced and constrained by complex social relationships and environments. The art of medicine plays an important role in practice and makes uses of tacit knowledge, including intuition. Tacit knowledge is contextual, informal and experiential. Though related, it is not equivalent to expertise. In this way, tacit knowledge becomes a synonym for what Bourdieu calls-the habitus. FPs' complex way of knowing needs to be investigated in order to understand how FPs use and value different types of knowledge, and their implications for professional autonomy and authority (Whitehead, 2010).

Our empirical findings identified a whole set of social forces (or relations) to which the field of FM is subject and which, among other things, may have a considerable impact on the issue of allocation of scarce health resources. FM is facing many issues and challenges and FPs are subjected to many influences, pressures, conflicting demands and expectations – both from within and without the field. The interplay of internal and external social forces shapes the field and its occupants, exerting influence on (collective and individual) habitus and practices. Yet the field of

FM and the FPs are both active in reproducing and shaping social structures. This raises associated issues of agency and structure for which the sociological perspective has much to offer. The notion of differing levels of analysis, corresponding to the macro (structural) level and the micro (individual) level, may provide a way out of this dilemma (Coburn, 2004). Our results revealed that the practice of professionalism is the product of the dynamic, dialectical relationships between FPs' subjective mental structures and objective social structures. Thus, a future sociology of the professions should face the task of providing an adequate framework based on this type of sociological mode of analysis. This promises to yield a much more promising understanding of medicine. This type of understanding is essential if one wishes to influence practices, such as the willingness to contribute to efficient, fair and legitimate allocation of health resources and utilization of knowledge.

Our analysis also revealed a complexity of medical professionalism. The eight FPs (cases) were heterogeneous in terms of their approach to medical work and of their position-takings in relation to various subjects. Knowledge translation theories and approaches that consider FPs to be a 'homogenous group' will not capture the differences between individual FPs nor the implications for practice in general, and, in particular, for the development of an EBM approach to clinical practice, for the role of EE (and other considerations of economics) in FPs' practices and for FPs' responsibility to society in matters relating to the allocation of scarce resources and cost-containment.

Economics concepts seem to carry symbolic power as parts of the strategies of subversion in the FM struggles for legitimacy, recognition and status, and for affirming its contribution to health system efficiency. Furthermore, it seems that the organizations fear that considerations of economics may jeopardize the autonomy and power of the profession. In this situation, the organizations are seeking the power to 'control' the 'economic message' in their professional favor, and in favor of their vision of what should define 'quality of care' (and the role or not of economics in this definition). The FM's discourse and practices of power constrain what approaches are seen as possible by FPs (Whitehead, 2010). FPs' habitus is shaped by the ethos of their profession, their social environments (i.e., fields) and their personal characteristics, values, interests, history and experiences. For instance, according to their habitus, our eight cases saw or did not see

considerations of economics as of interest in family practice. And, seeing or not seeing these considerations, their actions regarding the role or not of EE in their practices were shaped by their habitus (Bourdieu & Chartier, 2010). Health economics perspective needs to be considered in terms of the tension between the FM's ethos and authority that require social change (Whitehead, 2010). Several authors identified EBM and health economics as power instruments to change power relations in health systems and to pose a threat to medical autonomy and power (Biller-Andorno, Lie, & Ter Meulen, 2002; Kälble, 2005; Vos, Houtepen, & Horstman, 2002). It seems highly important then to study the relationship between health economics and power shifts in health systems.

## References

- Abbott, A. D. (1988). *The System of Professions: an essay on the division of expert labour*. Chicago, United States: University of Chicago Press.
- Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). (2007). *ACGME Program Requirements for Graduate Medical Education in Family Medicine*. Chicago, United States: ACGME. Available at:  
[http://www.aafp.org/online/etc/medialib/aafp\\_org/documents/about/rap/curriculum/practice\\_management.Par.0001.File.tmp/Reprint268.pdf](http://www.aafp.org/online/etc/medialib/aafp_org/documents/about/rap/curriculum/practice_management.Par.0001.File.tmp/Reprint268.pdf)
- Aday, L. A. (2000). An expanded conceptual framework of equity: implications for assessing health policy. In: G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick, & S. C. Scrimshaw, eds. *Handbook of social studies in health and medicine* (p.481-492): London, United Kingdom: Sage Publications.
- Albert, M., Hodges, B., & Regehr, G. (2007). Research in medical education: balancing service and science. *Advances in Health Sciences Education*, 12(1), 103–115.
- Allan, G. M., Korownyk, C., Lasalle, K., Vandermeer, B., Ma, V., Klein, D., & Manca, D. (2010). Do randomized controlled trials discuss healthcare costs? *PLoS One*, 23(5), e12308.
- Allan, G. M., & Lexchin, J. (2008). Physician awareness of diagnostic and nondrug therapeutic costs: a systematic review. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 24(2), 158-165.
- Allan, G. M., Lexchin, J., & Wiebe, N. (2007). Physician awareness of drug costs: a systematic review. *PloS Medicine*, 4(9), e283.
- American Academy of Family Physicians (AAFP). (2008). *Recommended curriculum guidelines for family medicine residents. Management of health systems (Practice management)* (AAFP Reprint No. 268). Leawood, United States: AAFP. Available at:  
[http://www.aafp.org/online/etc/medialib/aafp\\_org/documents/about/rap/curriculum/practice\\_management.Par.0001.File.tmp/Reprint268.pdf](http://www.aafp.org/online/etc/medialib/aafp_org/documents/about/rap/curriculum/practice_management.Par.0001.File.tmp/Reprint268.pdf)
- American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation, American College of Physicians (ACP)-American Society of Internal Medicine (ASIM) Foundation, & European Federation of Internal Medicine. (2002). Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Annals of Internal Medicine*, 136(3), 243-246.

- Armstrong, D. (2002). Clinical autonomy, individual and collective: the problem of changing doctors' behaviour. *Social Science & Medicine*, 55(10), 1771-1777.
- Arnesen, T., & Fredriksen, S. (1995). Coping with obligations towards patient and society: an empirical study of attitudes and practice among Norwegian physicians. *Journal of Medical Ethics*, 21(3), 158-161.
- Association of Faculties of Medicine of Canada (AFMC). (2006). *Enhancing the health of the population: the role of Canadian Faculties of medicine*. Ottawa, Canada: AFMC. Available at: [www.afmc.ca/pdf/2006\\_april\\_afmc\\_public\\_health\\_vision\\_paper.pdf](http://www.afmc.ca/pdf/2006_april_afmc_public_health_vision_paper.pdf)
- Ayres, P. J. (1996). Rationing health care: views from general practice. *Social Science & Medicine*, 42(7), 1021-1025.
- Beaulieu, M.-D., Rioux, M., Rocher, G., Samson, L., & Boucher, L. (2008). Family practice: professional identity in transition. A case study of family medicine in Canada. *Social Science & Medicine*, 67(7), 1153-1163.
- Berney, L., Kelly, M., Doyal, L., Feder, G., Griffiths, C., & Jones, I. R. (2005). Ethical principles and the rationing of health care: a qualitative study in general practice. *British Journal of General Practice*, 55(517), 620-625.
- Biller-Andorno, N., Lie, R. K., & Ter Meulen, R. (2002). Evidence-based medicine as an instrument for rational health policy. *Health Care Analysis*, 10(3), 261-275.
- Blumenthal, D. (2002). Doctors in a wired world: can professionalism survive connectivity? *The Milbank Quarterly*, 80(3), 525-546.
- Bodenheimer, T., & Grumbach, K. (2009). *Understanding health policy: a clinical approach* (5<sup>e</sup> éd.), New York, United States: McGraw-Hill.
- Boelen, C. (1994). Frontline doctors of tomorrow. *World Health*, 47(5), 4-5.
- Bolduc, D., Fortin, B., & Fournier, M.-A. (1996). The effect of incentive policies on the practice location of doctors: a multinomial probit analysis. *Journal of Labor Economics* 14(4), 703-732.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction: a social critique of the judgement of taste*. Cambridge, United States: Harvard University Press.

- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In J. G. Richardson (Ed.). *Handbook of theory and research for the sociology of education* (pp. 241-258). Westport, United States: Greenwood Press.
- Bourdieu, P. (1988). *Homo academicus*. Cambridge, United Kingdom: Polity Press.
- Bourdieu, P. (1990a). *In other words: Essays towards a reflexive sociology*. Stanford, United States: Stanford University Press.
- Bourdieu, P. (2004). *Science of science and reflexivity*. Cambridge, United Kingdom: Polity Press.
- Bourdieu, P. (1990b). *The logic of practice*. Stanford, United States: Stanford University Press.
- Bourdieu, P. (2000). The politics of protest. An interview by Kevin Ovenden. *Socialist Review*, 242 (June), 18-20.
- Bourdieu, P. (2005). *The social structures of the economy*. Oxford, United Kingdom: Polity Press.
- Bourdieu, P., & Chartier, R. (2010). *Le sociologue et l'historien*. Marseille, France: Agone & Raisons d'agir.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. J. D. (Eds.). (1992). *An invitation to reflexive sociology*. Chicago, United States: University of Chicago Press.
- Brody, H., & Light, D. W. (2011). The inverse benefit law: how drug marketing undermines patient safety and public health. *American Journal of Public Health*, 101(3), 399-404.
- Carlsen, B., & Norheim, O. F. (2005). "Saying no is no easy matter". A qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice. *BMC Health Services Research*, 5, 70.
- Carpenter, C. E., Proenca, E. J., & Nash, D. B. (1998). Clinical decision making - What every non-clinician manager should know but was never taught. *The Journal of Health Administration Education*, 16(4), 357-375.
- Chen, L. C., Ashcroft, D. M., & Elliott, R. A. (2007). Do economic evaluations have a role in decision-making in Medicine Management Committees? A qualitative study. *Pharmacy World & Science*, 29(6), 661-670.
- Christensen, R. E., Fetters, M. D., & Green, L. A. (2005). Opening the black box: cognitive strategies in family practice. *Annals of Family Medicine*, 3(2), 144-150
- Chung, A. (2009, August 16). Quebec doctors lead charge for private health care. *Toronto Star*.
- Coast, J. (2004). Is economic evaluation in touch with society's health values? *British Medical Journal*, 329(7476), 1233-1236.

- Coburn, D. (1988). Canadian medicine: dominance or proletarianization? *The Milbank Quarterly*, 66(Suppl 2), 92-116.
- Coburn, D. (2004). The Medical Profession. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 9523-9530.
- Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). (1995). *Le curriculum postdoctoral de médecine familiale : une approche intégrée*. Mississauga, Canada : CMFC.
- Collège des médecins du Québec (CMQ). (2006). *ALDO-Quebec* (2006 Ed.) Montréal, Canada: CMQ.
- Collège des médecins du Québec (CMQ). (2002). *Code of Ethics of Physicians*. Montréal, Canada: CMQ.
- Collège des médecins du Québec (CMQ). (2007). *Rapport sur les effectifs médicaux 2006–2007*. Montréal, Canada: CMQ.
- Collège des médecins du Québec (CMQ). (2005). *La politique du médicament. Mémoire présenté à la Commission parlementaire des affaires sociales*. Montréal, Canada: CMQ.
- Collège des médecins du Québec (CMQ). (2001). *L'exercice de la médecine et les rôles au sein du système professionnel. Énoncé de position du Collège des médecins du Québec*. Montréal, Canada: CMQ.
- College of Family Physicians of Canada (CFPC). (2005). *Family Medicine Bioethics Curriculum. Clinical cases and references*. Mississauga, Canada: CFPC.
- College of Family Physicians of Canada (CFPC). (2004). *Family medicine in Canada: vision for the future*. Mississauga, Canada: CFPC.
- College of Family Physicians of Canada (CFPC). (1995). *The postgraduate family medicine curriculum: an integrated approach*. Mississauga, Canada: CFPC.
- College of Family Physicians of Canada. (2009). *CanMEDS-Family Medicine: a framework of competencies in family medicine*. Mississauga, Canada: CFPC.
- Collège québécois des médecins de famille (CQMF). (1996). *Pour une meilleure utilisation et une meilleure rationalisation des médicaments*. Montréal, Canada: CQMF.
- Collège québécois des médecins de famille (CQMF). (2005). *Plan d'action du Collège québécois des médecins de famille (CQMF) 2005-2010*. Montréal, Canada: CQMF.
- Commission of the Practice of Medicine in the 21<sup>st</sup> Century. (1998). *New Professional Challenges for Physicians in the 21<sup>st</sup> Century*. Abridged Version. Montreal, Canada: CMQ.

- Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000. (1998). *Nouveaux défis professionnels pour le médecin des années 2000*. Montréal, Canada: CMQ.
- Conseil du médicament. (2004). *Rapport annuel de gestion 2003-2004*. Québec, Canada: Conseil du médicament, Gouvernement du Québec.
- Conseil médical du Québec. (2003). *Le professionnalisme et l'engagement des médecins envers la société* (avis 2003-01). Sainte-Foy, Canada: Conseil médical du Québec, Gouvernement du Québec.
- Cooper, R. A. (2001). Health care workforce for the twenty-first century: the impact of nonphysician clinicians. *Annual Review in Medicine*, 52, 51-61.
- Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalisation of everyday life. *International Journal of Health Services*, 10(3), 365-388.
- Crawshaw, P., & Bunton, R. (2009). Logics of practice in the 'risk environment'. *Health, Risk & Society*, 11(3), 269-282.
- Cruess, S. R., & Cruess R. L. (2000). Professionalism: a contract between medicine and society. *Canadian Medical Association Journal*, 162(5), 668-669.
- D'Amour, D., Tremblay, D., & Proulx, M. (2009). Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical. *Recherches sociographiques*, 50(2), 301-320.
- Day, P., Klein, R., & Miller, F. (1998). *Hurdles and levers: a comparative US-UK study of guidelines*. London, United Kingdom: Nuffield Trust.
- Denny, K. (1999). Evidence-based medicine and medical authority. *Journal of Medical Humanities*, 20(4), 247-263.
- Detsky, A. S., & Laupacis, A. (2007). *Relevance of cost-effectiveness analysis to clinicians and policy makers*. *Journal of the American Medical Association*, 298(2), 221-224.
- Devlin, R. A., & Sarma, S. (2008). Do physician remuneration schemes matter? The case of Canadian family physicians. *Journal of Health Economics*, 25(7), 1168-1181.
- De Vries, R., & Lemmens T. (2006). The social and cultural shaping of medical evidence: case studies from pharmaceutical research and obstetric science. *Social Science & Medecine*, 62(11), 2694-2707.
- Drummond, M., Brown, R., Fendrick, A. M., Fullerton, P., Neumann, P., Taylor, R., et al. (2003). Use of pharmacoeconomics information-Report of the ISPOR Task Force on Use of



- Pharmacoeconomic/Health Economic Information in Health-Care Decision Making. *Value in Health*, 6(4), 407-416.
- Drummond, M. F., O'Brien, B., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (1997). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (2nd ed.). Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
- Dussault, G. (1975). Les médecins du Québec (1940-1970). *Recherches sociographiques*, 16(1), 69-84.
- Eddama, O., & Coast, J. (2008). A systematic review of the use of economic evaluation in local decision-making. *Health Policy*, 86(2-3), 129-141.
- Eddama, O., & Coast, J. (2009). Use of economic evaluation in local health care decision-making in England: a qualitative investigation. *Health Policy*, 89(3), 261-270.
- Engström, S., Foldevi, M., & Borgquist, L. (2001). Is general practice effective? A systematic literature review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 19(2), 131-144.
- Ernst, E. (2000). Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(2), 252-257.
- Fairhurst, K., & May C. (2001). Knowing patients and knowledge about patients: evidence of modes of reasoning in the consultation. *Family Practice*, 18(5), 501-505.
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). (2005). *Mémoire présenté à la Commission parlementaire des affaires sociales relativement au projet de Politique du médicament*. Montréal, Canada: FMOQ.
- Ferlie, E., Fitzgerald, L., & Wood, M. (2000). Getting evidence into clinical practice: an organisational behavior perspective. *Journal of Health Services Research & Policy*, 5(2), 96-102.
- Frank, J., Jabour M., Tugwell, P., Boyd, D. Fréchette, D., Labrosse, J., et al. (1996). Skills for the new millenium: report of the societal needs working group. CanMEDS 2000 Project. *Annals Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*, 29(4), 206-216.
- Frank, J. R. (Ed). (2005). *The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care*. Ottawa, Canada: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.

- Frank, J. R., & Langer, B. (2003). Collaboration, communication, management, and advocacy: teaching surgeons new skills through the CanMEDS project. *World Journal of Surgery*, 27(8), 972-978.
- Freidson, E. (1970a). *Professional dominance: the social structure of medical care*. Chicago, United States: Aldine.
- Freidson, E. (1970b). *Profession of medicine*. New York, United States: Harper and Row.
- Frosch, D. L., Krueger, P. M., Hornik, R. C., Cronholm, P. F., & Barg, F. K. (2007). Creating demand for prescription drugs: a content analysis of television direct-to-consumer advertising. *Annals of Family Medicine*, 5(1), 6-13.
- Fuchs, C. (2003). Some implications of Pierre Bourdieu's works for a theory of social self-organization. *European Journal of Social Theory*, 6(4), 387-408.
- Fuchs, V. R. (2011). *Who shall live? – Health, Economics, Social Choice* (2<sup>nd</sup> Expanded Edition). Hackensack, United States: World Scientific Publishing Company.
- Fugelli, P. (2006). The zero-vision: Potential side effects of communicating health perfection and zero risk. *Patient Education and Counseling*, 60(3), 267–271.
- Fujisawa, R., & Lafortune, G. (2008). *The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries: what are the factors influencing variations across countries?* (OECD Health Working Papers No.41). Paris, France: Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD) Publishing. Available at: <http://www.oecd.org/dataoecd/51/48/41925333.pdf>
- Future of Family Medicine Project Leadership Committee. (2004). The future of family medicine: a collaborative project of the family medicine community. *Annals of Family Medicine*, 2(Suppl 1), S3-S32.
- Gabe, J., Kelleher, D. and Williams, G. (Eds.) (1994). *Challenging Medicine*, London, United Kingdom: Routledge.
- Gadbois, D. (1998). La pharmacoéconomie : un outil pour le décideur. *Le Médecin du Québec*, 33(12), 73-78.
- Galani, C., & Rutten, F. F. H. (2008). Self-reported healthcare decision-makers' attitudes towards economic evaluations of medical technologies. *Current Medical Research and Opinions*, 24(11), 3049-3058.

- Globerman, J. (1990). Free enterprise, professional ideology, and self-interest: an analysis of resistance by Canadian physicians to universal health insurance. *Journal of Health and Social Behavior*, 31(1), 11-27.
- Godwin, M., Grzybowski, S. C., Stewart, M., Labrecque, M., Grava-Gubins, I. Katz, A., Herbert, C., Tatemichi, S., & Mattu, S. G. (1999). Need for an Institute of Primary Care Research within the Canadian Institutes of Health Research. *Canadian Family Physician*, 45(6), 1417-1421.
- Gorman, D. F., & Brooks, P. M. (2009). On solutions to the shortage of doctors in Australia and New Zealand. *The Medical Journal of Australia*, 190(3), 152-156.
- Goulet, D. (2004). Professionnalisation et monopolisation des soins : le Collège des médecins du Québec. *Ruptures*, 10(1), 39-51.
- Greener, I., & Powell, J. (2003). Health authorities, priority-setting and resource allocation: a study in decision-making in New Labour's NHS. *Social Policy & Administration*, 37(1), 35-48.
- Greenhalgh, T., & Wessely, S. (2004). 'Health for me': a sociocultural analysis of healthism in the middle classes. *British Medical Bulletin*, 69(1), 197-213.
- Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Walker, A. E., & Thomas, R. E. (2002). Changing physicians' behavior: what works and thoughts on getting more things to work. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 22(4), 237-243.
- Gutkin, C. (2008). Opportunities in the specialty of family medicine. *Canadian Family Physician*, 54(2), 320.
- Hafferty, F. W., & Castellani, B. (2010). The increasing complexities of professionalism. *Academic Medicine*, 85(2), 288-301.
- Hafferty, F., & McKinlay J. (1993). *The changing medical profession: An international perspective*. New York, United States: Oxford University Press.
- Hafferty, F. W., & Levinson, D. (2008). Moving beyond nostalgia and motives towards a complexity science view of medical professionalism. *Perspectives in Biology and Medicine*, 51(4), 599-615.
- Hamm, R. M. (1988). Clinical intuition and clinical analysis: expertise and the cognitive continuum. In: Elstein AS, Dowie J, eds. *Professional judgment: A reader in clinical decision making* (p.78-105). New York, United States: Cambridge University Press.

- Harvey, D. (2005). *A brief history of neoliberalism*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
- Health Council of Canada (HCC). (2010). *Decisions, decisions: family doctors as gatekeepers to prescriptions drugs and diagnostic imaging in Canada*. Toronto, Canada: HCC. Available at: [http://healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2010/HSU/DecisionsHSU\\_Sept2010.pdf](http://healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2010/HSU/DecisionsHSU_Sept2010.pdf)
- Heyrman, J. (Ed.) (2005). *The EURACT educational agenda*. Leuven, Belgium: European Academy of Teachers in General Practice (EURACT).
- Hudon, R., Martin, E., & Perreault, M. (2009). Le pouvoir médical et le défi de la collaboration professionnelle. Trois cas de figure. *Recherches sociologiques*, 50(2), 321-344.
- Jones, M. I., Greenfield, S. M., & Bradley, C. P. (2001). Prescribing new drugs: qualitative study of influences on consultants and general practitioners. *British Medical Journal*, 323(7309), 1-7.
- Jouannet, P. (1999). *Principes éthiques, pouvoir médical et responsabilités du praticien*. *Pouvoirs*, 89, 5-14.
- Kälble, K. (2005). Between professional autonomy and economic orientation – The medical profession in a changing health care system. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 2, Doc01.
- Kanavos, P., Trueman, P., & Bosilevac, A. (2000). Can economic evaluation guidelines improve efficiency in resource allocation? The cases of Portugal, the Netherlands, Finland, and the United Kingdom. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 16(4), 1179-1192.
- Kay, J. (2001). *The social signification of new sport practice: the case of adventure racing*. (Thèse de doctorat, Université de Montréal). Available at: <http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk3/ftp04/NQ65359.pdf>
- Kernick, D. P. (2000). The impact of health economics on healthcare delivery: a primary care perspective. *Pharmacoeconomics*, 18(4), 311-315.
- Kirk, L. M. (2007). Professionalism in medicine: definitions and considerations for teaching. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 20(1), 13-16.
- Kluge, E.-H. W. (2007). Resource allocation in healthcare: implications of models of medicine as a profession. *Medscape General Medicine*, 9(1), 57.
- Kluge, E.-H. W. (1999). The Canadian health care system: An analytical perspective. *Health Care Analysis*, 7(4), 377-391.

- Laberge, S., & Kay, J. (2002). Pierre Bourdieu's sociocultural theory and sport practice. In J. Maguire & K. Young (Eds). *Theory, sport and society* (pp. 239-266). New York, United States: JAI Press.
- Lessard, C., Contandriopoulos, A.-P., Beaulieu, M.-D. (2009). The role of economic evaluation in the decision-making process of family physicians: design and methods of a qualitative embedded multiple-case study. *BMC Family Practice, 10*, 15.
- Lessard, C., Contandriopoulos, A.-P., & Beaulieu, M.-D. (2010). The role (or not) of economic evaluation at the micro level: can Bourdieu's theory provide a way forward for clinical decision-making? *Social Science and Medicine, 70*(12), 1948-56.
- Lesser, C. S., Lucey, C. R., Egner, B., Braddock, C., H. 3rd, Linas, S. L., & Levinson W. (2010). A behavioral and systems view of professionalism. *The Journal of the American Medical Association, 304*(24), 2732-2737.
- Levitt, C. A., & Klein, M. C. (1991). The demise of the rotating internship and family practice program expansion. View from the trenches. *Canadian Family Physician, 37*, 604-610.
- Lewis, J. M. (2006). Being around and knowing the players: networks of influence in health policy. *Social Science & Medicine, 62*(9), 2125-2136.
- Lindbladh, E., Lyttkens, C. H., Hanson, B. S., Östergren, P., Isacson, S. O., & Lindgren, B. (1996). An economic and sociological interpretation of social differences in health-related behaviour: an encounter as a guide to social epidemiology. *Social Science & Medicine, 43*(12), 1817-1827.
- Lomas, J., & Contandriopoulos, A.-P. (1994). Regulating limits to medicine: towards harmony in public- and self-regulation. In: R. G. Evans, M. L. Barer, & T. R. Marmor (Eds.), *Why are some people healthy and others are not? The determinants of health of populations* (p.253-283). New York, United States: Aldine de Gruyter.
- Mamede, S., Schmidt, H. G., Rikers, R. M., Peneaforte, J. C., & Coelho-Filho, J. M. (2007). Breaking down automaticity: case ambiguity and the shift to reflective approaches in clinical reasoning. *Medical Education, 41*(12), 1185-1192.
- Malterud, K. (1995). The legitimacy of clinical knowledge: towards a medical epistemology embracing the art of medicine. *Theoretical Medicine, 16*(2), 183-198.

- Marchildon, G. P., Schrijvers, K. (2011). Physician resistance and the forging of public healthcare: a comparative analysis of the doctors' strikes in Canada and Belgium in the 1960s. *Medical History*, 55(2), 203-222.
- Maton, K. (2008). Habitus. In: M. Grenfell (Ed.), *Pierre Bourdieu: key concepts* (p.49-66). London, United Kingdom: Acumen Publishing.
- McGill University Department of Family Medicine. (2003). *Educational Objectives*. Montreal, Canada: Department of Family Medicine, McGill University.
- McGill University Department of Family Medicine. (2008). *Educational Objectives*. Montreal, Canada: Department of Family Medicine, McGill University.
- McGregor, S. (2001). Neoliberalism and health care. *International Journal of Consumer Studies*, 25(2), 82-89.
- McKinlay, J. B., & Marceau, L. D. (2002). The end of the golden age of doctoring. *International Journal of Health Services*, 32(2), 379-416.
- McWhinney, I. R. (1996). William Pickles Lecture 1996. The importance of being different. *British Journal of General Practice*, 46(408), 433-436.
- McWhinney, I. R. (1997). *A textbook of family medicine* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Miettinen, O. S., & Flegel, K. M. (2003). Elementary concepts of medicine: XII. Specialties of medicine, genuine and others. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 9(3), 349-351.
- Miles, A. (2009). On a medicine of the whole person: away from scientific reductionism and towards the embrace of the complex in clinical practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(6), 941-949.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook* (2<sup>nd</sup> ed.). Thousand Oaks, United States: Sage Publications.
- Moore, G., & Showatack, J. (2003). Primary care medicine in crisis: toward reconstruction and renewal. *Annals of Internal Medicine*, 138(3), 244-247.
- Morgan, S., & Hurley, J. (2004). Influences on the "Health care technology cost-driver". In P. G. Forest, T. McIntosh, & G. Marchildon (Eds.). *Selected Discussion Papers from the Commission on the Future of Health Care in Canada* (p.27-50). Toronto, Canada: University of Toronto Press.

- Murphy, E., Dingwall, R., Greatbatch, D., Parker, S., & Watson, P. (1998). Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. *Health Technology Assessment, 2*(16).
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), & Collège des médecins du Québec (CMQ). (2008). *Étendue des activités médicales exercées par l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne*. Montreal, Canada: OIIQ, CMQ.
- Paré, I., & Ricard, R. (2008). *Le profil de pratique des médecins omnipraticiens québécois 2006-2007* (2<sup>e</sup> version). Montréal, Canada: FMOQ.
- Parker, M. (2005). False dichotomies: EBM, clinical freedom, and the art of medicine. *Medical Humanities, 31*(1), 23-30.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, United States: Sage Publications.
- Peillon, M. (1998). Bourdieu's field and the sociology of welfare. *Journal of Social Policy, 27*(2), 213-229.
- Petursson, P. (2005). GPs' reasons for "non-pharmacological" prescribing of antibiotics. A phenomenological study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 23*(2), 120-125.
- Polanyi, M. (1966). *The Tacit Dimension*. London, United Kingdom: Routledge.
- Porzsolt, F. (2010). Implementing economic principles in medicine while maintaining medical professionalism. *Journal of Public Health, 18*(2), 199-203.
- Putnam, W., Twohig, P. L., Burge, F. I., Jackson, L. A., & Cox, J. L. (2002). A qualitative study of evidence in primary care: what the practitioners are saying. *Canadian Medical Association Journal, 166*(12), 1525-1530.
- Raad, R., & Appelbaum P. S. (2012). Relationships between medicine and industry: approaches to the problem of conflicts of interest. *Annual Review of Medicine, 63*, 1-13.
- Rakel, R. E. (2007). The family physician. In R. E. Rakel (Ed.). *Textbook of family medicine* (7<sup>th</sup> ed.) (p.3-14). Philadelphia, United States: Saunders.
- Rhynas, S. J. (2005). Bourdieu's theory of practice and its potential in nursing research. *Journal of Advanced Nursing, 50*(2), 179-186.
- Rich, P. (2008). Complex care for complex patients in a complex time. In: D. Brian, L. Samson, & R. Wilson (Eds.). *MDPulse 2008*. Ottawa, Canada: Canadian Medical Association Journal;

20-23. Available at: [http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps/MDPulse08/8-MDPulse08\\_sec2-complex.pdf](http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps/MDPulse08/8-MDPulse08_sec2-complex.pdf)

Rogers, W. A. (2002). Is there a tension between doctors' duty of care and evidence-based medicine? *Health Care Analysis*, 10(3), 277-287.

Rousseau, L. (2000). Le rôle des études pharmacoéconomiques dans le processus de décision. *Dissertation Abstracts International*, 61(8), 4063.

Royal College of General Practitioners (RCGP). (2007a). *RCGP Curriculum for specialty training for general practice. Curriculum Statement 1: Being a general practitioner*. London, United Kingdom: RCGP. Available at:

[http://www.rcgp-curriculum.org.uk/PDF/curr\\_1\\_Curriculum\\_Statement\\_Being\\_a\\_GP.pdf](http://www.rcgp-curriculum.org.uk/PDF/curr_1_Curriculum_Statement_Being_a_GP.pdf)

Royal College of General Practitioners (RCGP). (2007b). *The future direction of general practice: a road map*. London, United Kingdom: RCGP. Available at:

[https://www.rcgp.org.uk/pdf/CIRC\\_RCGP%20Roadmap%20Future%20General%20Practice%2013th%20Sept%202007.pdf](https://www.rcgp.org.uk/pdf/CIRC_RCGP%20Roadmap%20Future%20General%20Practice%2013th%20Sept%202007.pdf)

Russel, J., & Greenhalgh, T. (2009). *Rhetoric, evidence and policymaking: a case study of priority setting in primary care*. London, United Kingdom: Research Department of Primary Care and Population Health, University College London (UCL). Available at: <http://discovery.ucl.ac.uk/15560/1/15560.pdf>

Sans-Corrales, M., Pujol-Ribera, E., Gené-Badia, J., Pasarín-Rua, M. I., Iglesias-Pérez, B., & Casajuana-Brunet, J. (2006). *Family Practice*, 23(3), 308-316.

Sarma, S., Devlin, R. A., Belhadji, B., & Thind, A. (2010). Does the way physicians are paid influence the way they practice? The case of Canadian family physicians' work activity. *Health Policy*, 98(2-3), 203-217.

Sarma, S., Thind, A., & Chu, M.-K. (2011). Do new cohorts of family physicians work less compared to their older predecessors? The evidence from Canada. *Social Science & Medicine*, 72(12), 2049-2058.

Scott, I., MacLean, C., & Freeman, R. (2005). *National undergraduate family medicine learning goals and objectives*. Mississauga, Canada: CFPC.

Simoens, S., & Hurst, J. (2006). *The supply of physician services in OECD countries* (OECD Health Working Papers No.21). Paris, France: Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD) Publishing. Available at:



<http://www.oecd.org/dataoecd/27/22/35987490.pdf>

- Sjögren, E., & Helgesson, C.-F. (2007). The Q(u)ALYfying hand: health economics and medicine in the shaping of Swedish markets for subsidized pharmaceuticals. *The Sociological Review*, 55(suppl 2), 215-240.
- Slowther, A., Ford, S., & Schofiel, T. (2004). Ethics of evidence based medicine in the primary care setting. *Journal of Medical Ethics*, 30(2), 151-155.
- Solomon, S. (2004). *Patients first: the story of family medicine in Canada*. Mississauga, Canada: CFPC.
- Späth, H.-M. (2001). *L'aide à la décision apportée par l'information économique dans le secteur de la santé : le choix des médicaments à inclure dans les livrets thérapeutiques d'établissements hospitaliers*. (Doctoral dissertation, Université Lyon 1 - Claude Bernard, Lyon). Available at: [http://ispb.univ-lyon1.fr/theses/these\\_integ/spathans/thesehans.pdf](http://ispb.univ-lyon1.fr/theses/these_integ/spathans/thesehans.pdf)
- Stake, R. E. (1995). *The art of case research research*. Thousand Oaks, United States: Sage Publications.
- Starfield, B. (1994). Is primary care essential? *Lancet*, 344(8930), 1129-1133.
- Stein, H. F. (2006). Family medicine's identity: being generalist in a specialist culture. *Annals of Family Medicine*, 4(5), 455-459.
- Stevenson, H. M., Williams, A. P., & Vayda, E. (1988). Medical politics and Canadian medicare: response to the Canada Health Act. *The Milbank Quarterly*, 66(1), 65-104.
- Swartz, D. (1997). *Culture and power: the sociology of Pierre Bourdieu*. Chicago, United States: The University of Chicago Press.
- Tauber, A. I. (2002). Medicine, public health, and the ethics of rationing. *Perspectives Biology and Medicine*, 45(1), 16-30.
- Tarride, J.-E., McCarron, C. E., Lim, M., Bowen, J. M., Blackhouse, G., Hopkins, R., ... Goeree, R. (2008). Economic evaluations conducted by Canadian health technology assessment agencies: Where do we stand? *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 24(4), 437-444.
- Teerawattananon, Y., & Russell S. (2008). A difficult balancing act: policy actors' perspective on using economic evaluation to inform health-care coverage decisions under the universal health insurance coverage scheme in Thailand. *Value in Health*, 11(Suppl. 1), S52-S60.
- Tellis, W. (1997). Introduction to case study. *The Qualitative Report*, 3(2).

- Tepper, J. (2004). *The evolving role of Canada's family physicians 1992-2001*. Ottawa, Canada: Canadian Institute for Health Information (CIHI).
- Tonelli, M. R. (1998). The philosophical limits of evidence-based medicine. *Academic Medicine*, 73(12), 1234-1240.
- Topper, K. (2001). Not so trifling nuances: Pierre Bourdieu, symbolic violence, and the perversions of democracy. *Constellations*, 8(1), 30-56.
- Tracy, C. S., Dantas, G. C., Moineddin, R., & Upshur R. E. (2003). The nexus of evidence, context, and patient preferences in primary care: postal survey of Canadian family physicians. *BMC Family Practice*, 4, 13.
- Tracy, C. S., Dantas, G. C., & Upshur, R. E. G. (2003). Evidence-based medicine in primary care: qualitative study of family physicians. *BMC Family Practice*, 4, 6.
- University Laval Department of Family Medicine. (2006). *Préparer des médecins de famille pour le Québec de demain. Cahier des objectifs et des compétences du programme de résidence en médecine familiale de l'Université Laval*. Quebec, Canada: Department of Family Medicine, University Laval.
- University of Montreal Department of Family Medicine. (2007). *Cahier du programme de résidence en médecine familiale*. Montreal, Canada: Department of Family Medicine, University of Montreal.
- University of Montreal Department of Family Medicine. (2008). *Cahier du programme de résidence en médecine familiale*. Montreal, Canada: Department of Family Medicine, University of Montreal.
- van Grol, K., Gallego, G., Haas, M., Viney, R., Hall, J., & Ward, R. (2007). Economic evidence at the local level: options for making it more useful. *Pharmacoeconomics*, 25(12), 1055-1062.
- van Velden, M. E., Severens, J. L., & Novak, A. (2005). Economic evaluations of health care programmes and decision making: the influence of economic evaluations on different healthcare decision-making levels. *Pharmacoeconomics*, 23(11), 1075-1082.
- Vos, R., Houtepen, R., & Horstman K. (2002). Evidence-based medicine and power shifts in health care system. *Health Care Analysis*, 10(3), 319-328.
- Walkom, E., Robertson, J., Newby, D., & Pillay, T. (2006). The role of pharmacoeconomics in formulary decision-making. *Formulary*, 41(8), 374-386.

- Watkins, C., Harvey, I., Carthy, P., Moore, L., Robinson, E., & Brawn, R. (2003). Attitudes and behavior of general practitioners and their prescribing costs: national cross sectional survey. *Quality and Safety in Health Care, 12*(1), 29-34.
- Watt, D. W. (1987). The family physician: gatekeeper to the health-care system. *Canadian Family Physician, 33*(May), 1101-1104.
- Wazana, A. (2000). Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? *Journal of the American Medical Association, 283*(3), 373-380.
- Whitehead, C. (2010). Recipes for medical education reform: will different ingredients create better doctors? A commentary on Sales and Schlaff. *Social Science & Medicine, 70*(11), 1672-1676.
- Whitehouse, P. J., & Fishman, J. R. (2004). Justice and the house of medicine: the mortgaging of ecology and economics. *The American Journal of Bioethics, 4*(2), 43-45.
- Williams, J. R. (2001). *Professionalism in medicine. CMA Series of Health Care Discussion Papers*. Ottawa, Canada: Canadian Medical Association (CMA).
- Williams, I., McIver, S., Moore, D., & Bryan, S. (2008). The use of economic evaluations in NHS decision-making: a review and empirical investigation. *Health Technology Assessment, 12*(7).
- Willis, E. (2006). Introduction: taking stock of medical dominance. *Health Sociology Review, 15*(5), 421-431.
- Wilson, T., & Holt, T. (2001). Complexity science: complexity and clinical care. *British Medical Journal, 323*(7314), 685-688.
- WONCA Europe (The European Society of General Practice/Family Medicine). (2002). *The European definition of general practice/family medicine*. Ljubljana, Slovenia: Wonca Europe.
- Woods, D. (1975). The family doctor in Canada evolves. *Canadian Medical Association Journal, 112*(1), 92-95.
- World Health Organisation (WHO), & World Organisation of Family Doctors (WONCA). (1995). *Making medical practice and education more relevant to people's needs: the contribution of the family doctor*. Geneva, Switzerland: WHO.

- World Organisation of Family Doctors (WONCA). (1991). *The role of the general practitioner/family physician in health care Systems: a statement from Wonca*. Singapore: WONCA.
- World Organisation of Family Doctors (WONCA) and World Health Organisation (WHO). (2002). *Improving health systems: The contribution of family medicine. A guidebook*. Singapore: WONCA.
- Wright, B., Scott, I., Woloschuk, W., & Brenneis, F. (2004). Career choice of new medical students at three Canadian universities: family medicine versus specialty medicine. *Canadian Medical Association Journal*, 170(13), 1920-1924.
- Yin, R. K. (2003). *Applications of case study research* (2<sup>nd</sup> ed.). Thousand Oaks, United States: Sage Publications.
- Yin, R. K. (2002). *Case study research: design and methods* (3<sup>rd</sup> ed.). Thousand Oaks, United States: Sage Publications.

## Chapitre 6 Synthèse/Conclusion

*« For every complex problem there is a solution that is simple, neat and wrong. »*

Henry Louis Mencken (1880-1956)

Ce projet de thèse a pour but de comprendre le rôle de l'évaluation économique dans la pratique des médecins de famille. La littérature sur le rôle de l'évaluation économique dans le processus décisionnel en santé souligne l'importance de trois conditions favorisantes : 1) des décideurs ayant un intérêt pour l'évaluation économique; 2) la présence d'infrastructures favorables à l'utilisation des informations issues d'évaluations économiques; et 3) des changements devraient être apportés dans la conduite et la présentation des évaluations économiques si l'on désire influencer le niveau d'utilisation (Drummond et al., 2003; Elsinga & Rutten, 1997; Hailey, 1997; Hutton & Brown, 2002; Johannesson, 1995; Mullins & Wang, 2002; Späth, 2001; van Velden, Severens, & Novak, 2005). De plus, plusieurs sont d'avis que l'évaluation économique est principalement, sinon uniquement, un outil d'aide à la décision d'allocation des ressources rares, utile pour les niveaux macro- et méso-décisionnels des systèmes de santé, puisque les obstacles au niveau micro-décisionnel sont tout simplement trop élevés pour être surmontés. Il s'agit donc que les décisions aux niveaux macro et méso soient 'filtrées', en quelque sorte, vers le niveau micro à travers l'élaboration de directives et de GPC destinés à guider les pratiques des prestataires de soins de santé (Drummond et al., 2003). Bien que nécessaires, il appert à la lumière des réflexions et des résultats de la thèse que les trois conditions favorisantes ne puissent être suffisantes, tandis que la solution proposée par Drummond et ses collaborateurs (2003) soit peu réaliste compte tenu de la complexité inhérente au domaine de la santé. En fait, il s'agit davantage de solutions simples pour un problème complexe. Tel qu'il sera discuté dans ce chapitre, la thèse offre ainsi des contributions significatives à l'avancement des connaissances et ce, à quatre niveaux : philosophique (épistémologique), théorique, méthodologique et empirique.

## **Apport philosophique (épistémologique)**

La complexité est la perspective philosophique, l'approche générale qui sous-tend le projet de recherche (Chapitre 2 Article philosophique -- Lessard, 2007). Le cadre épistémologique de la complexité offre une façon de voir le monde mettant l'accent sur les relations et les interactions (causalité interactive) et non sur les composantes et les structures. L'attention est mise sur l'explication et la compréhension des phénomènes à l'étude. L'article philosophique montre que les fondements épistémologiques de l'évaluation économique ne sont pas en cohérence avec la complexité en santé et que l'utilité des évaluations économiques repose sur la prise de conscience (réflexivité) par les décideurs à tous les niveaux (macro, méso et micro) et par les évaluateurs (économistes de la santé ou autres) de la non compatibilité des fondements de leurs pratiques. Il prône une pratique réflexive de l'évaluation économique, tenant compte de la réalité complexe en santé, avec une responsabilité et une épistémologie fondée sur le pluralisme et l'incertitude. La reconnaissance des faiblesses et des limites de l'évaluation économique en santé se doit d'être au cœur de tout ceci (Lessard, 2007).

La complexité dans le domaine de la santé comporte deux éléments, soit la production de la santé, de la maladie et du rétablissement, ainsi que le système de planification, de gestion et de prestation des soins de santé (Lessard & Birch, 2010). La production de la santé, de la maladie et du rétablissement résulte de processus complexes qui mêlent l'influence de multiples systèmes dynamiques en interaction (Healy, 1997). Le corps humain est une entité complexe aux multiples facettes, tandis que les êtres humains font parti de divers systèmes sociaux constitués de relations sociales et d'organisations complexes (Wilson, Holt & Greenhalgh, 2001). Les problèmes de santé et les comportements humains sont donc de natures imprévisibles. Le système de planification, de gestion et de prestation des soins de santé ne fonctionne pas en isolement de la société. Bien au contraire, il y est intégré et donc façonné par les principes et les valeurs de celle-ci (Lessard & Birch, 2010). En outre, les soins de santé sont de plus en plus complexes et multiformes (Plsek & Greenhalgh, 2001). Les systèmes de santé impliquent une grande variété d'acteurs (p.ex. décideurs politiques, gestionnaires, professionnels de la santé, patients, détenteurs d'enjeux) et d'activités qui interagissent dans des environnements (p.ex. organisationnels, professionnels, politiques, sociaux) divers et complexes changeant avec le temps (Lessard & Birch, 2010; Sweeney & Griffiths, 2002).

Il est important que notre manière de penser la production de la santé, de la maladie et du rétablissement et le système de planification, de gestion et de prestation des soins de santé tienne compte de cette imbrication complexe (Healy, 1997), puisque l'ensemble de ces facteurs exerce une influence sur la façon dont les problèmes sont définis et analysés et des solutions développées et mises en place (Lessard & Birch, 2010).

Une emphase accrue sur les contextes et sur les processus de définition et d'analyse des problèmes et de développement de solutions met en évidence la question de la réflexivité en économie de la santé et dans la pratique de l'évaluation économique. La réflexivité est importante dans la façon avec laquelle les problèmes sont définis et analysés et, de ce fait, quels types de résultats peuvent être obtenus. Il est important de se rappeler que l'évaluateur se situe dans un contexte et voit le monde selon sa propre perspective. Une pratique réflexive permet de limiter l'imposition de priorités de recherche et de schèmes d'analyse qui reflètent ces biais (Bourdieu & Wacquant, 1992; Leander, 2002).

L'approche générale de la complexité peut fournir un cadre épistémologique utile pour l'évaluation économique en santé. Les approches actuelles en évaluation économique mettent l'attention sur la résolution de problèmes, la prédiction et le contrôle. En pratique, le contexte et les relations sont souvent ignorés ou marginalisés (Healy, 1997; Gatrell, 2005). Tout comme les sciences médicales, l'évaluation économique objective les sujets à l'étude, retire ces sujets de leur contexte et, de ce fait, ignore les multiples dimensions des problèmes auxquels font face les décideurs en santé (Lessard, 2007). La prise de décision fondée sur les données probantes, la MFDP et l'économie de la santé supposent souvent des modèles rationnels (et linéaires) de choix et d'action (Coyle, 1993; Haines & Donald, 2004; Straus et al., 2005). Ces hypothèses (souvent implicites) tenues pour acquises au sujet des intérêts et des interactions des agents ignorent la complexité de la réalité sociale (Jan, 2003). De nombreux problèmes de santé sont complexes et impliquent de l'incertitude et de l'ambiguïté ainsi qu'un certain nombre de solutions alternatives possibles. En outre, les médecins utilisent divers processus décisionnels (p.ex. intuitif, rationnel) selon la nature du problème (Greenhalgh, 2002; Kernick, 2004). La prise de décision en clinique est un processus social complexe (souvent non-linéaire), dynamique, à facettes multiples qui impliquent des relations et un enracinement contextuel (Clark et al, 1991; Lipman et al., 2004;

Tracy, Dantas, & Upshur, 2003). Les interactions entre les médecins et leurs patients, par exemple, ont un impact significatif sur le résultat d'une décision (Kernick, 2004). Les médecins tendent à être insérés dans des réseaux professionnels denses qui ont un impact important sur leurs connaissances, leur attitudes et leurs pratiques ainsi que sur les types d'informations utilisés (Dopson et al., 2002; Ferlie et al., 2000; Fernández et al., 2000; Hannes et al., 2005).

L'application des connaissances issues de la recherche n'est pas indépendante du contexte de pratique. Dans les faits, l'application des connaissances issues de la recherche est un processus social complexe, contesté et incertain; et non pas une tâche technique et linéaire (Dopson et al., 2002; Ferlie et al., 2000). En outre, la pratique clinique a lieu dans un monde beaucoup moins certain, un monde où la réconciliation des différentes interprétations de la vérité est une nécessité quotidienne. En fait, il est maintenant reconnu que la nature de la réalité est complexe, contextuelle et socialement construite et que des résultats identiques peuvent amener des interprétations bien différentes (Finlay, 2002; Manson, 2001). Si l'on accepte l'existence d'une structuration sociale des connaissances, des préférences, des croyances, des cultures professionnelles, des pratiques, du pouvoir et de l'idéologie, alors toute quête de compréhension de ces phénomènes complexes nécessitent une sérieuse attention à la réalité sociale (Bourdieu, 2005; Lessard, 2007; Small & Mannion, 2005). Les chercheurs en économie de la santé se sont peu questionnés à savoir si le problème pourrait être plus fondamental et provenir de la non-pertinence de leur modèle de l'action rationnelle (puisque'il ne reflète pas la réalité de la pratique sur le terrain) (Jan, 2003). Une compréhension de la pratique nécessite la considération de la nature complexe de ce phénomène social et l'interprétation comme parties intégrantes de toute recherche scientifique. Une telle science ne peut pas être déchiffrée par une épistémologie formulée à l'image de la science traditionnelle (Herman, 1992). L'approche générale de la complexité fournit un cadre épistémologique qui contribue à développer une sensibilisation aux questions d'incertitudes, contextuelles, de perspectives multiples, d'une participation plus large de la société et de transdisciplinarité (Albrecht et al, 1998; Healy, 1997; Van de Vijver et al, 2003). Une épistémologie fondée sur le pluralisme et l'incertitude peut ainsi permettre un 'enracinement' de l'économie de la santé et de la pratique de l'évaluation économique dans les expériences de toutes les parties prenantes des systèmes de santé (Mannion & Small, 1999; Munday et al., 2003).



La thèse, en s'inscrivant dans l'approche générale de la complexité, s'impose en tant qu'innovation dans la recherche en économie de la santé (incluant évaluation économique), en médecine familiale, en pratique professionnelle et en application des connaissances (*knowledge translation*). En effet, la complexité est de plus en plus identifiée comme une perspective de recherche future dans des domaines tels que la santé (Plsek & Greenhalgh, 2001), les politiques de santé (Geyer, 2011, Sanderson, 2006), les organisations de santé (Anderson & McDaniel, 2000; Plsek & Wilson, 2001), les services de santé (Kernick, 2002, 2006), les soins primaires et la pratique de la médecine familiale (Crabtree, 2003; Crabtree, Miller, & Stange, 2001; Greenhalgh, 2010; Miller, McDaniel, Crabtree, & Stange, 2001), la pratique clinique (Wilson et al., 2001) ainsi qu'en économie (Fontana, 2010; Kochugovindan & Vriend, 1998), en économie de la santé (Shiell, Hawe, & Gold, 2008) et en diffusion des innovations (Rogers, Medina, Rivera, & Wiley, 2005).

La vision générale du monde fondée sur la complexité permet l'utilisation d'une théorie cohérente avec la pensée complexe et appropriée pour répondre à nos questions de recherche dans le but de comprendre la manière dont des phénomènes au niveau micro-individuel (p.ex. les pensées, les perceptions, les appréciations et les actions ou pratiques des médecins de famille) interagissent de façon complexe avec des phénomènes macro-structurels (p.ex. les structures économiques, culturelles, sociales, politiques, organisationnelles et professionnelles) pour produire des résultats (p.ex. le rôle ou non de l'évaluation économique dans les pratiques) qui ne peuvent jamais être totalement prédits ni contrôlés (Greenhalgh, Plsek, Wilson, Fraser, & Holt, 2010).

## **Apport théorique**

L'approche théorique du projet de recherche est dans la perspective de la théorie sociologique de Pierre Bourdieu; une approche théorique cohérente avec la complexité (Chapitre 3 Article théorique -- Lessard et al., 2010). L'article théorique se fonde sur une révision exhaustive des données probantes portant sur l'évaluation économique dans le processus décisionnel en santé, sur la MFDP et sur la profession de médecin de famille et ce, afin de justifier une approche originale et novatrice à la problématique de recherche. Il propose ainsi une conception différente du problème de recherche et justifie donc cette approche qui s'appuie par ailleurs sur la théorie de la pratique de Bourdieu. L'approche de Bourdieu, transcendant les dichotomies entre les perspectives

macro et micro, la structure et l'action (« *agency* »), le déterminisme et la liberté, est une position théorique qui embrasse la complexité (Bourdieu & Wacquant, 1992; Fuchs, 2003). Conçue avec l'intention d'abolir ces « fausses antinomies », la théorie de la pratique de Bourdieu illustre comment la nature de la pratique doit être comprise comme un « *sens pratique, socialement constitué* » (Bourdieu & Wacquant, 1992b, p.98). L'approche bourdieusienne est relationnelle en ce sens qu'elle donne la primauté aux relations plutôt qu'aux individus ou qu'aux structures. Sa théorie de la pratique est condensée en trois concepts fondamentaux - habitus, capital, champ - et postule que les pratiques des individus, et des groupes sociaux d'individus semblables, résultent d'interrelations entre ces concepts (Bourdieu, 1977). L'article expose non seulement les cadres théorique et conceptuel de la recherche mais aussi les contributions potentielles à la compréhension du phénomène à l'étude et à l'avancement des connaissances. En outre, le premier objectif théorique (objectif spécifique #3) de la recherche y est ainsi adressé, soit la définition d'un modèle conceptuel spécifique au niveau micro-décisionnel (pratique clinique) et mettant en lumière les relations complexes entre les différents agents et structures et les évaluations économiques (Lessard et al., 2010).

Il est vrai que quelques caractéristiques importantes sont communes à l'économie de la santé et à la sociologie de Bourdieu. Les deux approches s'entendent sur le fait que les pratiques ou actions doivent être étudiées au niveau de l'individu. Cela dit, dans la perspective de l'économie de la santé, le libre choix est l'hypothèse sous-jacente du choix des individus, tandis qu'un choix socialement conditionné est l'hypothèse sous-jacente dans la perspective sociologique (Lindbladh et al., 1996). L'approche économique vise à identifier les principes généraux du comportement individuel. La théorie sociologique de Bourdieu, d'autre part, traite les pensées, les perceptions, les appréciations et les actions des individus comme une illustration du général, mettant en lumière comment les déterminants structureaux se présentent dans l'individualité (Lindbladh et al., 1996). Les deux approches partagent plusieurs déterminants du comportement individuel, bien que le traitement de ces facteurs et leur pouvoir explicatif soient différents suivant leur intégration dans différentes perspectives théoriques. La répartition des déterminants du comportement individuel en deux groupes correspondant au niveau macro-structurel et micro-individuel est d'une grande importance dans le modèle de Bourdieu puisqu'elle est le fondement même de son mode d'analyse sociologique (Lindbladh et al., 1996). Cette division n'existe toutefois pas dans le mode d'analyse

de l'économie de la santé puisque le même modèle de prise de décision individuelle est utilisée à tous les niveaux (Lindbladh et al., 1996). Au niveau micro de l'analyse, le modèle de l'économie de la santé traite les normes, les habitudes, les perceptions et les appréciations en tant que des déterminants du comportement individuel, tandis que ces facteurs sont traités comme des résultats de l'habitus d'un individu dans le modèle sociologique de Bourdieu. Par ailleurs, l'approche bourdieusienne offre une contribution originale puisqu'elle permet d'ouvrir des perspectives nouvelles et intéressantes quant à la nature socialement et historiquement construite des normes, des habitudes, des pensées, des perceptions et des appréciations. Au niveau macro de l'analyse, le modèle sociologique de Bourdieu permet l'étude des changements structureaux tels qu'ils apparaissent dans la vie de l'individu tels qu'ils sont perçus et organisés à partir de sa position dans le champ social (Lindbladh et al., 1996).

Enfin, l'économie de la santé et la sociologie de Bourdieu définissent toutes deux l'individu en tant qu'agent rationnel. Selon la perspective de l'économie de la santé, il est question d'une rationalité instrumentale (hypothèse de la théorie néoclassique), c'est-à-dire d'une rationalité concernée par les résultats (Lindbladh et al., 1996). L'agent économique rationnel cherche systématiquement l'optimisation de la valeur de ses choix en respectant les contraintes spécifiques. Tel que mentionné précédemment, la prise de décision fondée sur les données probantes, la MFDP et l'évaluation économique supposent souvent des modèles rationnels (et linéaires) de choix et d'action : définition du problème → identification des critères d'évaluation → recueil et évaluation des informations concernant les services alternatifs → choix du meilleur service (Coyle, 1993; Haines & Donald, 2004; Straus et al., 2005). Selon la perspective sociologique de Bourdieu, il est question d'une rationalité subjective, c'est-à-dire d'une rationalité concernée par le souci de comprendre le comportement individuel à partir du point de vue de l'individu (Bourdieu & Wacquant, 1992a; Lindbladh et al., 1996). Cet éminent penseur rejetait l'idée que les pratiques puissent être simplement expliquées à partir des choix individuels. Ses travaux ont révélé les effets structurants des espaces sociaux (champs) sur les croyances, les dispositions et les pratiques de leurs occupants (Maton, 2003; Rhynas, 2005). L'approche bourdieusienne offre une conceptualisation distincte de l'agent social en tant que produit de la socialisation; en tant que dispositions incorporées déterminées par la position de l'agent social dans le champ (Bourdieu, 1980; Bourdieu & Wacquant, 1992a; Kenway & McLeod, 2004). Bourdieu souligne également le

fait que les pratiques ne sont pas sans but ou intention et il reconnaît le rôle d'influence des intérêts, des objectifs et des expériences personnels des individus sur leurs pratiques (Jenkins, 1992; Williams, 1995). Néanmoins, la théorie de la pratique de Bourdieu illustre comment la nature contextuelle de la pratique doit être comprise comme un « sens pratique » (c'est-à-dire un « sens du jeu ») socialement et historiquement constitué (Adkins, 2003; Bourdieu, 1977, 1990; Bourdieu & Wacquant, 1992a). Cette maîtrise pratique de la logique du « jeu » est acquise par l'expérience du « jeu » et fonctionne en grande partie en dehors du contrôle et du discours conscients (Bourdieu, 1990; Williams, 1995).

Il est vrai que les économistes reconnaissent aussi qu'en réalité la prise de décision se fait souvent dans un contexte de rationalité limitée (*bounded rationality*), c'est-à-dire de rationalité procédurale au sens d'Herbert Simon (1997). Simon a développé le concept de rationalité limitée en opposition au concept de rationalité instrumentale puisque, selon lui, les agents économiques possèdent une capacité limitée de traitement des informations. Ils sont donc incapables de chercher et de considérer toutes les alternatives possibles pour prendre leurs décisions. Face à cette situation, ils choisissent la première alternative qui répond au critère de minimalement satisfaisant (Simon, 1997). Or, certains auteurs adhérant au paradigme de la complexité considère que le concept de rationalité limitée ou procédurale de Simon est une formulation affaiblie de la notion de rationalité instrumentale de l'approche économique traditionnelle néoclassique et que, de ce fait, ils doutent de l'apport de cette approche dans l'élaboration de politiques pour des systèmes complexes (Etzioni, 1985; Fontana, 2010). Selon Collet (2009), Simon a une conception des êtres humains en tant que systèmes simples dont les comportements reflètent la complexité de l'environnement dans lequel ils vivent. Le concept de rationalité limitée s'avère donc également utile pour comprendre la contribution de la théorie sociologique de Bourdieu pour la problématique de la thèse. La dualité « habitude » versus « pensée analytique » est une différence essentielle entre les perspectives de Bourdieu et de Simon (Collet, 2009). Pour Simon, les agents s'appuient sur leur intuition ou leur mémoire d'expert (ce qu'il réfère comme étant des « analyses congelés dans des habitudes »), et ce de manière non consciente. Ils ont cependant recours à une attention consciente lorsque la réponse habituelle est inappropriée (Collet, 2009; Simon 1997). Un accent est également mis sur une vision analytique de l'action humaine suivant sa référence à des « d'analyses congelés dans des habitudes » (Collet, 2009). Enfin, Simon ne néglige pas l'environnement social, bien que son

traitement soit différent de celui du concept de champ dans la théorie de la pratique de Bourdieu. Il utilise le concept d'identification (Collet, 2009; Simon 1997). L'environnement et la culture professionnels influencent la façon dont les agents parlent d'un problème et comment ils vont le résoudre (Collet, 2009). Pour Bourdieu, les agents sociologiques répondent aux situations inhabituelles toujours avec une composante inconsciente, leur habitus, même quand ils pensent à leur action de manière consciente. Leurs réponses tiennent également compte de l'évolution des champs sociaux dans lesquels ils sont enracinés (*embedded*) (Collet, 2009). De plus, l'habitus n'implique pas de calcul (ou d'analyse) rationnel (Bourdieu & Wacquant, 1992a; Collet, 2009). L'habitus est une subjectivité socialisée. Aux yeux de Bourdieu, la rationalité est limitée non seulement parce que les agents possèdent une capacité limitée de traitement des informations mais aussi, et surtout, parce que l'esprit humain est socialement limité, socialement structuré (« *socially bounded, socially structured* ») (Bourdieu & Wacquant, 1992a, p.126). L'individu, qu'il le veuille ou non, est toujours contraint à l'intérieur des limites du système de catégories qu'il a acquis à travers les trajectoires et expériences de vie personnelle et professionnelle (Bourdieu & Wacquant, 1992a). Suivant leur habitus, les agents sociaux limitent ainsi spontanément leurs choix sans nécessiter un calcul rationnel pour cela. Enfin, dans l'approche bourdieusienne, la compréhension du point de vue des agents sociologiques se définit par les différences et les relations entre les catégories plutôt que par les caractéristiques inhérentes de la listes des catégories à lesquelles les agents appartiennent (Collet, 2009). Chaque agent « incorpore » les structures sociales qui l'entourent à travers l'habitus. Ceci définit quels sont ses intérêts et comment ceux-ci sont en relation avec les intérêts des autres agents sociaux. Cette importante composante relationnelle de la théorie sociologique de Bourdieu est absente au niveau micro-individuel dans le concept d'identification de Simon (Collet, 2009).

En terminant, un des thèmes les plus récurrents de la sociologie économique (*economic sociology*) est définitivement l'évaluation critique de l'économie (en tant que discipline) (Beckert, 2003). Entre autres choses, les sociologues de l'économie sont critiques face à la notion de « homo economicus » puisque leurs travaux ont souvent démontré que le processus décisionnel des agents économiques ne correspond pas au modèle de l'action rationnel (Beckert, 2003; Etzioni, 1985, 1988). Plusieurs soulignent l'importance de la notion d'enracinement (*embeddedness*) qui reconnaît le rôle important des structures sociales, culturelles, politiques et cognitives sur les décisions en

contextes économiques (Beckert, 2003; Granovetter, 1985; Portes & Sensenbrenner, 1993). Selon eux, l'utilisation d'une approche sociologique amène à mieux comprendre comment les structures et les actions sont intimement liées. Le lien systématique entre les niveaux macro-structurel et micro-individuel a l'avantage d'améliorer la compréhension sociologique des pratiques et de mettre en lumière une alternative, et non seulement une critique, aux modèles de l'action rationnelle (Beckert, 2003).

Opposé aux modèles de l'action rationnelle, Bourdieu préconise une approche sociologique qui s'inscrit dans la recherche d'une compréhension plus complète et plus complexe des phénomènes sociaux en mettant en lumière les influences souvent implicites qui viennent chaque jour exercer des pressions sur les individus et leurs pratiques (Crawshaw & Bunton, 2009). À la lumière de la discussion dans les paragraphes précédents, ceci justifie la pertinence et l'utilité de la théorie bourdieusienne pour la présente recherche puisqu'il faut comprendre en tout premier lieu les pratiques des médecins de famille, si l'on souhaite ensuite comprendre la possibilité, ou voire l'impossibilité, du rôle de l'évaluation économique dans la pratique clinique.

## **Apport méthodologique**

Le projet de thèse est une recherche synthétique qualitative dont le but est de comprendre le rôle de l'évaluation économique dans les pratiques des médecins de famille (Chapitre 4 Article méthodologique -- Lessard et al., 2009). La recherche qualitative offre une compréhension plus riche et plus approfondie d'un phénomène social complexe puisque que cette stratégie de recherche met l'accent sur le contexte et une vision globale et porte une attention particulière à la dynamique du système et de la situation (Miles & Huberman, 1994; Murphy, Dingwall, Greatbatch, Parker, & Watson, 1998; Patton, 2002; Stake, 1995; Yin, 2002). Une approche par étude de cas multiples avec niveaux d'analyse imbriqués est préconisée. Anderson et ses collaborateurs (2005) voit l'étude de cas comme étant une approche particulièrement bien adaptée à la réalisation d'une recherche dans la perspective de l'approche générale de la complexité. L'étude de cas est un devis pertinent de recherche dans les situations où l'on étudie « *un phénomène contemporain dans son contexte réel, particulièrement lorsque les frontières entre le phénomène et son contexte ne sont pas clairement évidentes; et où l'on mobilise de multiples sources empiriques.* » (Yin, 2002, p.13; traduction libre

de l'auteur). Elle permet l'étude de la particularité et de la complexité du cas (Stake, 1995). De plus, cette approche est appropriée lorsque la ou les questions de recherche sont du type « pourquoi » ou « comment », tandis que le ou les chercheurs n'ont peu ou pas de contrôle sur le phénomène contemporain à l'étude (Yin, 2002). Tout ceci représente bien le contexte du projet de recherche de la thèse. Les données qualitatives recueillies dans les études de cas multiples permettent de mettre en évidence la dynamique entre le cas, ses rôles et ses contextes (Yin, 2002). En tout, huit études de cas furent réalisées. Le « médecin de famille » est l'unité principale d'analyse (cas). Les stratégies d'échantillonnage furent dirigées vers la généralisation théorique (généralisation analytique), et non pas vers une généralisation empirique (généralisation statistique) (Miles & Huberman, 1994; Murphy et al., 1998; Yin, 2002).

En outre, le mode d'analyse de Bourdieu demande la division des contraintes et des déterminants de la pratique en deux groupes, correspondant au niveau macro-structurel et au niveau micro-individuel (niveaux d'analyse imbriqués). Pour le niveau d'analyse micro, il est important d'examiner : 1) l'habitus des médecins de famille, puisqu'il influence les perceptions, les normes, les habitudes, les pratiques et qu'il offre le lien explicatif entre les structures et les actions (« agency ») (Lindbladh *et al.*, 1996); 2) les formes de capital en leur possession, puisque les médecins de famille utilisent des stratégies pour maintenir ou améliorer leur position dans le champ; et 3) les relations et les interactions entre les structures et les agents sociaux à l'intérieur du champ. Pour le niveau d'analyse macro, il est important d'examiner : 1) l'évolution (histoire et culture) de la médecine familiale en tant que spécialité; 2) le champ de la médecine familiale en relation aux champs de la médecine et du pouvoir; et 3) les différentes formes de capital en jeu dans le champ de la médecine familiale. La méthode des histoires de vie fut utilisée comme source primaire de collecte des données pour le niveau d'analyse micro, tandis que la documentation et l'observation directe non participante (effectuée au cours de notre présence sur les sites pour conduire les entrevues) furent utilisées comme sources secondaires. Selon Cándida Smith (2003, p.213; traduction libre de l'auteur), « *l'absence de concordance entre les comportements discursif et pratique peut être assez répandue et pourrait donner un aperçu des divergences dans les actions politiques, économiques, sociales et culturelles des groupes sociaux. L'absence de concordance entre les facteurs subjectifs et objectifs dans les relations sociales est un domaine pour lequel les entrevues de type histoire de vie fournissent des sources idéales d'information.* » Huit entrevues de

type histoire de vie furent réalisées auprès de huit médecins de famille (études de cas). Les entrevues de type histoire de vie permettent de mettre en lumière les pratiques, les significations et les modes de connaissances individuels et collectifs (Cándida Smith, 2002). La documentation fut utilisée comme source primaire de collecte des données pour le niveau d'analyse macro, tandis que des entrevues de type semi-structuré furent utilisées comme sources secondaires. Les documents furent tirés du site Web de neuf organisations médicales académiques ou professionnelles sélectionnées. Huit entrevues de type semi-structuré furent réalisées auprès de huit informateurs clés membres des organisations médicales. L'induction analytique fut utilisée comme approche d'analyse des données. Un lexique de codage fut élaboré afin de répondre aux exigences de discrimination et de standardisation. Une analyse intra-cas fut réalisé en premier lieu suivi d'une analyse inter-cas.

Les paragraphes précédents mettent en lumière l'apport original et novateur des cadres stratégique et méthodologique préconisés pour la problématique de recherche de la thèse. Plusieurs stratégies furent utilisées tout au long de la réalisation de l'étude afin d'assurer la rigueur et la qualité de la recherche. En particulier, quatre formes de triangulation des données et la réflexivité furent les principales stratégies (voir le Chapitre 4 Article méthodologique -- Lessard et al., 2009 et le chapitre 5 Article empirique pour de plus amples détails). Ceci fait partie des forces de la recherche. Or, il y a également présence de faiblesses, dont les trois principales sont discutées, soit l'auto-sélection des participants et le type de données (majoritairement auto-rapportées) collectées, le nombre limité de médecins de famille participants (plus particulièrement le nombre de « cas ») et enfin, la position et le rôle de la chercheuse.

Les seize médecins de famille participants, soit huit cas et huit informateurs clés, furent auto-sélectionnés. Il est possible qu'ils puissent avoir un intérêt particulier à la problématique de recherche de la thèse. Par conséquent, il n'est pas possible de présumer que les résultats des analyses au niveau micro-individuel soient représentatifs des pensées, des perceptions, des appréciations et des pratiques de tous les médecins de famille québécois. Or, seul un informateur clé possède des connaissances de la théorie et des méthodes de l'évaluation économique alors que deux cas sont plutôt familiers avec le terme « pharmacoéconomie » mais sans connaissance de la théorie ni des méthodes. Cela dit, bien que le nombre de participants, et plus particulièrement le nombre de



cas, soit petit, la saturation fut obtenue, avec un degré élevé de cohérence quant aux thèmes identifiés et en l'absence de l'émergence de nouveaux thèmes ou de nouvelles informations suite à l'ajout d'un nouveau cas.

Il est nécessaire de se questionner sur la possibilité de tirer des conclusions fiables quant au rôle de l'évaluation économique dans les pratiques des médecins de famille et quant à leur volonté à contribuer à une allocation efficiente, équitable et légitime des ressources en se fondant sur huit histoires de vie, les documents de neuf organisations médicales et huit entrevues semi-structurées. Qui plus est, empiriquement, il n'est pas possible pour un chercheur de « demander » aux participants au sujet de leur habitus, ni de « voir » ou d'« exposer » en totalité un habitus. Ainsi, en tant que chercheurs, notre mission était d'analyser les pratiques (prises de position, croyances, attitudes, etc.) afin de découvrir les structures de l'habitus. Cette vaste gamme de pratiques à analyser signifie que les interprétations émergentes furent soumises à un examen et des remises en question continus ce qui est susceptible d'avoir minimisé l'ampleur des biais. La généralisation des résultats empiriques ne se pose pas en terme de représentativité des participants mais plutôt en terme théorique, c'est-à-dire à partir de concepts qui sont susceptibles d'être pertinents dans d'autres environnements (Green, 1999). De ce fait, les analyses des résultats empiriques sont davantage préoccupées par la recherche d'interprétations théoriques et les implications que ces dernières ont sur notre compréhension du champ social de la médecine de famille. Ceci dit, les analyses présentées dans le chapitre 5 (article empirique) montrent clairement qu'il est possible de mettre en contexte les résultats empiriques de la recherche de manière significative au sein de la littérature théorique et empirique existantes.

La position de la chercheuse dans la recherche peut également poser problème. Au-delà même de ses choix philosophiques, théoriques et méthodologiques, elle est intervenue par sa présence même dans la situation par les interactions avec les participants sur le terrain (Leplat, 2002). Le participant « *qui parle de ou à propos de son travail le fait à partir de la représentation qu'il a de son interlocuteur, selon la compétence qu'il lui suppose et selon l'usage qu'il pense que celui-ci fera de ce qu'il lui aura dit.* » (Leplat, 2002, p.20). Les récits des participants quant à leur vie et à leur travail professionnel peuvent être construits et peuvent avoir un aspect performatif de la même manière que l'usage de tout autre langage. Ils donnent un accès à la façon dont les médecins

de famille construisent leurs pratiques, mais ils ne sont pas un récit précis de qui peut transparaître dans le travail au quotidien (Brown, Crawford, Nerlich, & Koteyko, 2008). Par ailleurs, étant donné que la pratique de la MFDP et les limites budgétaires du système de santé et de services sociaux du Québec sont des sujets de grande envergure et probablement sensibles dans la communauté médicale, il est possible d'imaginer que les participants, particulièrement les huit cas, puissent avoir hésité de discuter de leurs opinions quant à la MFDP, les considérations de l'évaluation économique et des coûts dans leurs pratiques et de leur responsabilité face à la société quant à l'allocation des ressources rares de santé avec la chercheuse qui n'est pas membre de leur profession. Il est donc possible de s'imaginer que les réponses aux entrevues puissent être implicitement préoccupées par l'idée de montrer une image de professionnalisme (incluant, par exemple, compétence, connaissances, responsabilités, éthique, intégrité, etc.) et de ne pas fournir d'informations qui pourraient amener un blâme ou même ternir l'image de la profession. Toutefois, chaque entrevue eût sa propre dynamique, étant beaucoup plus de nature conversationnelle plutôt qu'une session formelle de type « questions-réponses » et fut conduite avec convivialité. La longueur des entrevues, particulièrement celles du type histoire de vie, et le déroulement des entrevues a permis le développement d'un climat de confiance entre la chercheuse et les médecins de famille ce qui a facilité des discussions ouvertes et plus approfondies de sujets potentiellement sensibles et personnelles. La réflexivité fut au cœur de tout le processus de la recherche.

## **Apport empirique**

Face à ces limitations, le projet de recherche de la thèse est à notre connaissance le premier – et seul à ce jour – à avoir préconisé une étude fondée sur une perspective plus compréhensive et en profondeur du rôle de l'évaluation économique dans le processus décisionnel en santé (Chapitre 5 Article empirique). L'article 5 présente sous forme d'un très long article scientifique ou chapitre à être soumis pour publication l'ensemble des résultats empiriques de la recherche. L'étude de la problématique de la thèse à partir de perspectives philosophique (épistémologie), disciplinaire (autre que celle de l'économie de la santé), théorique et méthodologique différentes est innovante et contribue significativement à une compréhension approfondie des processus sociaux qui influencent les schèmes de perception, de pensée, d'appréciation et d'action des médecins de famille quant au rôle de l'évaluation économique dans la pratique clinique (objectif empirique #1) et la volonté des

médecins de famille à contribuer à une allocation efficiente, équitable et légitime des ressources (objectif empirique #2). De plus, l'analyse des données par la méthode relationnelle de Bourdieu ouvre des perspectives nouvelles et vastes sur la nature socialement, historiquement et scientifiquement construite de l'application des connaissances des informations issues d'évaluations économiques (objectif théorique #4).

### **Niveau macro-structurel**

La société, en utilisant les moyens politiques et juridiques à sa disposition, a octroyé à la profession médicale les privilèges de l'autonomie et de l'autorégulation, liés à une large responsabilité professionnelle, étant entendu que la profession serait engagée au service (de la société et de ses citoyens), définirait et maintiendrait des normes de compétence et ferait preuve d'éthique, d'intégrité et d'altruisme (Freidson, 1970a). Ceci constitue la base du contrat social entre la profession médicale et la société (Cruss & Cruss, 2000). La profession médicale et ses membres, les médecins, sont donc responsables envers la société et les citoyens qu'ils servent. L'autorité de la profession a donc clairement une histoire sociale, culturelle et politique (Denny, 1999; Freidson, 1970b).

Les résultats empiriques de la recherche de la thèse identifient un ensemble de forces (ou relations) sociales auxquelles le champ de la médecine familiale est soumis et qui, entre autres, peuvent avoir un impact considérable sur la question de l'allocation des ressources rares de santé. Les pratiques des médecins de famille n'ont pas lieu en vase clos; en fait le champ de la médecine familiale n'évolue pas dans un vide social. Les médecins, les patients, les décideurs des niveaux méso- et macro-décisionnels sont tous enracinés (« embedded ») dans divers champs qui ont un impact sur leurs perceptions, leurs pensées, leurs appréciations et leurs actions. Il est notamment avancé que la notion de professionnalisation en tant que stratégie de contrôle sur le contenu et les modalités de travail, qui comprend les caractéristiques clés de l'autonomie, l'autorégulation et l'éthique de service, implique des luttes continues à propos de ce contrôle (Coburn, 2004). Cela signifie que les responsabilités, l'autonomie, le statut, le prestige et le pouvoir de la médecine familiale (et de la médecine en générale) vont l'objet d'enjeux constants. La médecine familiale est confrontée à de nombreux problèmes et défis, tandis que les médecins de famille sont soumis à de

nombreuses influences et pressions ainsi qu'à de nombreuses demandes et attentes conflictuelles et ce, tant de l'intérieur que de l'extérieur du champ de la médecine familiale. Les forces sociales internes et externes peuvent non seulement jouer un rôle en contestant ou en renforçant l'autorité et le pouvoir de la profession médicale, mais peuvent aussi mettre en question le professionnalisme et la pratique professionnelle. Les interactions entre les forces sociales internes et externes façonnent le champ de la médecine familiale et les médecins de famille, exerçant une influence sur l'habitus (collectif et individuel) et les pratiques, et plus particulièrement dans l'objet d'étude de cette thèse, sur la volonté à contribuer à une allocation efficiente, équitable et légitime des ressources en santé.

L'une de ces forces sociales externes, soit l'économisation de la société, a eu et a toujours un effet important sur les systèmes de santé et, éventuellement, sur la profession médicale. Les dernières décennies ont été témoin d'un phénomène mondial d'économisation croissante des domaines de la santé et de la médecine (Greener & Powell, 2003; Kälble, 2005; Porzolt, 2010; Russel & Greenhalgh, 2009; Sjögren & Helgesson, 2007); la médecine familiale ne faisant pas exception. La discipline de l'économie, et plus particulièrement l'économie de la santé, a largement contribué à ce phénomène (Sjögren & Helgesson, 2007). Au fil des 20 dernières années, les concepts économiques (autres que la rémunération et autres incitations financières) tels que rareté, choix, coûts, coût d'opportunité, allocation/utilisation/gestion des ressources, efficience, coût-efficacité, coût-bénéfice et optimalité (pour ne nommer que ceux-ci), ont été largement et de plus en plus intégrés dans le discours officiel de WONCA, l'organisation mondiale des médecins de famille, et de ses organisations membres (AAFP, 2008; ACGME, 2007; CFPC, 2004; Future of Family Medicine Project Leadership Committee, 2004; Heyrman, 2005; RCGP, 2007a, 2007b; WHO/WONCA, 1995; WONCA, 1991; WONCA Europe, 2002). Au Québec, les organisations médicales professionnelles ont publié des rapports, mémoires ou autres documents dans lesquels les considérations d'ordre économique dans la pratique médicale étaient des sujets de préoccupation. Fait intéressant, toutefois, ces organisations ont généralement clairement indiqué que l'objectif principal se doit d'être l'amélioration de la qualité des soins et non pas de générer des économies. Les considérations d'ordre médical (telles que les facteurs cliniques et thérapeutiques, les valeurs humaines, etc.) ont toujours préséance sur les considérations d'ordre économique. Une préoccupation pour les considérations d'ordre économique dans la pratique médicale familiale est

également évidente dans au moins deux des quatre programmes de résidence en médecine familiale des facultés de médecine québécoises.

Cependant, les résultats empiriques de la recherche contredisent les affirmations ou prétentions du discours officiel quant à la place et au rôle des considérations économiques comme critères pour la pratique. Nous avons trouvé une négligence apparemment générale de toutes considérations d'ordre économique dans la recherche académique en médecine familiale ainsi que dans les documents et les activités destinées à transférer des connaissances aux médecins de famille, tels que les activités de développement professionnel continu (DPC), les journaux ou magazines officiels, les énoncés de position, les lignes directrices, les GPC, etc. Les informateurs clés membres des organisations professionnelles ou/et académiques et ayant participé à la recherche ont confirmé le rôle très limité, voir même absent, des considérations d'ordre économiques dans les pratiques et ce, tant au niveau de la profession qu'au niveau individuel. Ainsi, au jour le jour, les médecins de famille peuvent être peu exposés à des concepts en économie de la santé, incluant la pharmacoéconomie, l'évaluation économique, l'efficacité, les coûts et ainsi de suite.

Néanmoins, l'analyse offre une fenêtre sur la façon dont le processus d'économisation évoque un changement du statut des concepts propres à la discipline de l'économie dans le discours du champ de la médecine familiale, donnant naissance à de nouvelles formes de capital culturel et symbolique. L'intégration de l'économie dans le discours du champ peut être considérée comme un acte de positionnement social. Les concepts en économie semblent être utilisés explicitement ou implicitement dans le but d'établir des distinctions entre les médecins de famille et les médecins spécialistes ainsi que dans le positionnement du champ de la médecine familiale par rapport aux champs plus larges de la médecine, du système de santé et du pouvoir. Ils semblent être des formes de capital symbolique utilisées dans les stratégies de subversion déployées par le champ de la médecine familiale dans ses luttes de légitimité, de reconnaissance et de statut ainsi que pour affirmer la contribution du champ à l'efficacité du système de santé.

Par ailleurs, il semble que les organisations professionnelles craignent que la prise en compte de considérations d'ordre économique dans la pratique clinique viennent mettre en péril, voire même occasionner la perte de l'autonomie professionnelle, de la liberté thérapeutique, du

contrôle sur la façon dont les soins médicaux et les soins de santé sont dispensés et enfin, le pouvoir médical. Face à cette situation, les organisations cherchent le pouvoir de « contrôler » le « message économique » en faveur de la profession et en faveur de leur vision de ce qui devrait définir la qualité des soins (et le rôle ou non de l'économie dans cette définition). La notion d'expertise est alors utilisée dans le but de justifier une participation croissante des médecins dans des activités face auxquelles la profession craint la perte d'autonomie et de liberté ; l'utilisation optimale des médicaments et l'évaluation des technologies de la santé en sont de bons exemples. Il a été proposé à la communauté médicale de former un consensus fort sur les GPC et surtout de respecter leurs recommandations afin de se prémunir contre les pressions économiques de plus en plus intenses (Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000, 1998). De ce point de vue, les GPC élaborés par la profession médicale peuvent être vus et utilisés comme des outils d'auto-amélioration - principalement en tant que dispositifs de promotion de la qualité des soins plutôt que des instruments de maîtrise des coûts (Day, Klein, & Miller, 1998). Il est notamment avancé que la profession médicale a utilisé, et utilise encore, les mouvements de la MFDP et des GPC comme des stratégies pour protéger ses propres intérêts contre l'empiètement par la gestion (gouvernementale ou organisationnelle) de son autonomie professionnelle (Armstrong, 2002; Day et al., 1998; Denny, 1999). Certains des travaux de sociologues des professions montrent que le phénomène contemporain d'économisation (certains préfèrent plutôt dire « rationalisme économique ») des systèmes de santé a affaibli les liens entre les connaissances scientifiques et l'autorité de la profession médicale et ceci tant au niveau du contrôle du travail médical qu'au niveau du contrôle des systèmes de santé (Coburn, 2004; Gabe, Kelleher, & Williams, 1994; Hafferty & McKinlay, 1993). En comparaison aux médecins, les gestionnaires, les analystes des politiques, les économistes de la santé et autres chercheurs sur les services de santé affirment posséder une expertise supérieure en matière de politique de santé (Coburn, 2004). La domination professionnelle implique que les médecins dans des postes clés (l'élite médicale) ont une influence significative sur les politiques de santé et les décisions au sein des organisations de santé en fonction du pouvoir émanant de leurs autorités positionnelle/hierarchique et personnelle (Ferlie et al., 2000; Freidson, 1970a; Lewis, 2006). Il a été allégué que les médecins sont réticents à accepter les idées, les opinions et les connaissances d'individus qui ne sont pas membres de la profession et qu'en conséquence, il arrive souvent qu'ils ne veulent pas soutenir des initiatives politiques,

organisationnelles ou autres qui peuvent entrer en conflit avec leurs intérêts professionnels (Carpenter, Proenca, & Nash, 1998).

## **Niveau micro-individuel**

Au niveau des pratiques des médecins de famille, l'économisation du discours de la médecine familiale ne semble pas être une représentation fidèle de la réalité. Bien que les concepts de l'économie de la santé, de l'évaluation économique ou de la pharmacéconomie, l'efficacité, l'optimalité, les coûts et l'allocation des ressources rares puissent être des formes de capital culturel et symbolique dans le discours des organisations, ils semblent être d'une valeur beaucoup moins importante dans les pratiques puisque la très grande majorité des 16 participants (8 cas et 8 informateurs clés) n'incarnent pas ce discours « économisé ». À l'exception peut-être d'un à deux participants, les informations recueillies laissent entrevoir aucune prise en considération des informations issues d'évaluations économiques dans les pratiques des médecins de famille. En outre, seule le cas05, le médecin de famille ayant une disposition marquée pour le « social », affirme son intérêt pour ce types d'informations. Les médecins de famille ne connaissent généralement pas l'évaluation économiques, tandis qu'il semble que les principes de l'économie de la santé ou de l'évaluation économique ne soient pas vraiment enseignés dans les formations médicales. En général, les cas ont intériorisé les contraintes financières ou budgétaires du système de santé à des degrés variables et de différentes façons. Ceci a pour conséquence une variabilité dans les prises des positions quant à la prise en compte de considérations économiques (tels que les coûts des services) dans la pratique. Les opinions s'avèrent également partagées quant à la double considération de la responsabilité face au patient et de la responsabilité face à la société. D'autant plus que certains perçoivent en général une certaine insensibilité, voire même de l'indifférence, de la part des médecins face à cela. Les huit cas partagent une conception d'une utilisation appropriée et nécessaires fondée sur le code de déontologie (ressources culturelle). L'indication médicale (une ressource culturelle professionnelle) joue un rôle primordial pour juger de la pertinence du service de santé. Il est alors justifié d'utiliser les services, peu importe leurs coûts, lorsque leur utilisation est jugée appropriée en tenant compte des situations cliniques ou des particularités du patient. Il s'agit alors d'une bonne utilisation des ressources dans le meilleur intérêt du patient. Pour les médecins de famille, s'agit alors de soins de qualité et d'une utilisation optimale des ressources.

Dans la tête de plusieurs cas, il y semble aller de soi que le meilleur intérêt du patient est également le meilleur intérêt de la société. On voit ici que la notion d'optimalité dans le domaine médical diffère de l'optimalité sociale du domaine de l'économie de la santé (Fuchs, 2011).

Les obligations éthiques, morales et légales d'être au service du bien-être et des intérêts du patient (ressources culturelles professionnelles) ainsi que le peu, voire l'absence de formation, de connaissances et de compréhension de l'évaluation économique (aucune possession de capital culturel propre à l'économie de la santé ou l'évaluation économique) n'expliquent probablement qu'en partie pourquoi la prise en compte d'informations issues d'évaluations économiques ne représente par le quotidien de la pratique des médecins de famille. Tout comme pour le mouvement de la MFDP (Armstrong, 2002; Denny, 1999; Miles, 2009; Whitehead, 2010), des questions d'épistémologie et des questions de professionnalisme (en particulier celles liées à l'autonomie) peuvent également être d'importance. Dans son ensemble, l'*habitus* peut être perçu comme pouvant influencer à la fois la façon de connaître et la façon d'être des médecins de famille. Ainsi, les médecins de famille limitent spontanément leurs choix en raison de leur *habitus*. Par exemple, en fonction de leur *habitus*, nos huit cas ont vu ou n'ont pas vu les considérations d'ordre l'économie comme d'intérêt en médecine familiale. Et, à voir ou ne pas voir ces considérations, leurs actions concernant le rôle ou non de l'évaluation économique dans leurs pratiques a été façonné par leur *habitus* (Bourdieu & Chartier, 2010).

### **Façon de connaître**

L'analyse des données recueillies révèle que les approches d'acquisition, de construction, de maintien et d'application des connaissances des médecins de famille (cas) se produisent notamment à travers un processus intégratif, dynamique et itératif par l'incorporation (« *embodiment* ») d'informations et de connaissances propositionnelles (codifiées, techniques, explicites) et non-propositionnelles (expérientielles, intuitives, tacites), mais toujours influencé et limité par les forces ou relations sociales complexes et les environnements. Ces résultats empiriques ont certainement des implications pratiques, mais ils ont aussi clairement des implications épistémologiques.



L'analyse révèle que l'art de la médecine joue un rôle important dans la pratique médicale et fait usage des connaissances tacites des médecins de famille, à savoir leurs talents naturels, leurs expériences et leurs compétences, telles que leurs qualités et compétences humaines et relationnelles, leurs capacités d'innovation dans les soins et leurs capacités de comprendre les circonstances des patients et de décider si, quand et comment les recommandations de la MFDP s'appliquent à ces derniers. Il y a une reconnaissance de l'aspect intuitif de cet art ainsi que du rôle de l'intuition (que les cas désignent par « jugement clinique », « sens clinique », « feeling », « pifomètre » [flaire intuitif clinique], « analogie », « reconnaissance prototypique » ou « flair ») dans la pratique médicale. Dans leur pratique quotidienne, les médecins de famille font face à un large éventail de problèmes communs aux patients de la communauté. Avec l'accroissement des connaissances et de l'expérience, ils ont tendance à utiliser un processus de pensée et un processus décisionnel liés à la pratique clinique (à savoir un raisonnement ou jugement clinique) en apparence de nature intuitive et automatique (Hamm, 1988; Mamede, Schmidt, Rikers, Peneaforte, & Coelho - Filho, 2007). Ainsi, les médecins de famille développent des attentes intuitives ou des anticipations pratiques du fait de la nature routinière de la pratique. Tout cela souligne que les connaissances tacites sont contextuelles, informelles et expérientielles. Bien que liées, elles ne pas équivalentes à l'expertise. De cette façon, les connaissances tacites deviennent synonymes d'intelligence pratique, de savoir-faire pratique ou de ce que Bourdieu appelle l'habitus. L'habitus des médecins de famille est structuré par les conditionnements historique et social. Dans le contexte de cette recherche, l'habitus des médecins de famille produit l'art de la médecine qui peut être considéré correspondre ici à ce que Bourdieu appelle le « sens pratique » ou le « sens du jeu », c'est-à-dire « *un savoir pratique et tacite de l'univers familier.* » (Bourdieu, 1977, p.3). Il produit des attentes raisonnables (et non pas rationnelles). Étant des dispositions incorporées à percevoir, à penser, à apprécier et à agir de certaines manières acquises par la socialisation et les expériences passées, l'habitus permet une maîtrise pratique des situations d'incertitude et implique l'anticipation pratique du futur (Bourdieu, 2005). Une fois acquis, le sens pratique des médecins de famille devient une seconde nature. Cela permet aux médecins de percevoir, de penser, d'apprécier et d'agir « naturellement » dans le champ de la médecine familiale sans avoir à réfléchir et à calculer avant chaque mouvement.

Fait intéressant, il est souvent dit que l'autonomie clinique dépend de l'expérience professionnelle et du jugement clinique (Parker, 2005). En tant que tel, on peut déduire que l'autonomie clinique dépend de ou est liée à l'art de la médecine. L'autonomie est une valeur fondamentale du professionnalisme, tandis qu'elle est jugée indispensable à l'exercice du jugement professionnel. Il n'est donc pas surprenant que la grande majorité de nos 16 participants (cas et informateurs clés) semblaient réticents à vouloir adopter des pratiques fondées sur la MFDP ou sur l'évaluation économique qui limiteraient l'autonomie clinique du médecin de famille.

### **Façon d'être**

Le sociologue canadien David Coburn (1988) a critiqué l'un des points de vue de Freidson qui permet de supposer que les médecins sont un groupe homogène par rapport aux points de vue, aux intérêts, aux motivations et aux objectifs, et pour placer un trop grand accent sur la socialisation tout en négligeant l'importance des structures sociales comme déterminants du comportement des médecins. Les résultats empiriques de la recherche de la thèse révèlent que les huit cas sont hétérogènes non seulement en termes de critères de sélection, mais aussi en termes de leur approche au travail médical – leur façon de « jouer le jeu », pour reprendre la métaphore préférée de Bourdieu – et de leurs prises de position par rapport aux thèmes de l'entrevue de type histoire de vie. Par exemple, ils étaient souvent en désaccord en ce qui concerne leurs positions sur le mouvement de la MFDP, sur la prise en compte de considérations économiques (en particulier les concepts d'économie de la santé, de pharmacoéconomie ou d'évaluation économique, efficacité, coûts) dans la pratique clinique et sur la responsabilité des médecins de famille face à la société en matière d'allocation des ressources rares et de contrôle des coûts.

L'analyse a permis d'identifier la « logique de la pratique », soit le professionnalisme. Examiné au prisme bourdieusien, la pratique du professionnalisme est le produit de relations dynamiques dialectiques entre les structures mentales ou cognitives des médecins de familles (schèmes de perceptions, de pensées et d'appréciations) et les structures sociales objectives (forces ou relations sociales, valeurs, normes morales, ethos de la profession, politiques, etc.). Ainsi, l'analyse révèle la complexité du professionnalisme médical. Ces résultats concordent avec d'autres auteurs qui préconisent l'approche de la complexité pour mieux saisir le professionnalisme

(Hafferty & Castellani, 2010; Hafferty & Levinson, 2008; Lesser et al, 2010). L'analyse montre que le professionnalisme n'est ni simplement un ensemble d'idéaux de la pratique (c'est-à-dire des positions morales et professionnelles clés) intégrés dans les structures organisationnelles et politiques (niveau macro), ni simplement un ensemble d'idéaux de caractère (c'est-à-dire des traits de caractère ou des vertues) (niveau micro). Le professionnalisme peut être vu comme une « approche vécue » (« *lived approach* ») à la pratique de la médecine (Lesser et coll., 2010, p.2733). Au niveau micro-individuel, la nature flexible et dynamique du professionnalisme a pu être appréciée dans les façons variées d'être un professionnel telles que vécues et exprimées dans les pratiques (telles que les pensées, les attitudes, les croyances, les valeurs, les préférences, les comportements, les rôles, etc.).

Par ailleurs, l'habitus fournit également des taxonomies sociales de la pratique (« *practical taxonomies* »), correspondant à un ensemble commun de schèmes générateurs d'oppositions binaires qui caractérisent un domaine d'action (Bourdieu, 1984). L'analyse a ainsi également permis d'identifier deux oppositions binaires principales, soit les dichotomies science/art et entrepreneurial/social. Les taxonomies dans le champ de la médecine familiale classent selon la « logique de la pratique » dont elles sont les produits (Bourdieu, 1988). Le professionnalisme est donc la logique dominante primordiale qui englobe ces dichotomies. Pourtant, la théorie de la pratique de Bourdieu est destinée à transcender de telles « fausses » dichotomies. Cette perspective permet de penser en termes d'un continuum complexe opposant ces dichotomies fondamentales. En tant que tel, l'approche bourdieusienne a permis non seulement de voir les deux côtés, mais surtout de les briser et de voir comment les quatre dimensions coexistent et sont liées les unes aux autres. L'analyse suggère que chaque dimension est elle-même bipolaire et un continuum, par exemple de la pratique moins scientifique à la pratique plus scientifique. Cependant, une prise de position n'existe pas et ne peut être expliquée ni comprise sans faire référence à l'autre. En pratique, les dispositions des médecins de famille (huit cas) les ont conduit à différentes prises de position, et même parfois à des prises de position opposées, selon les situations ou les thèmes abordés au cours des entretiens. Leur habitus est construit de part ces quatre dimensions, mais les résultats empiriques indiquent que l'une d'elles, « entrepreneurial », « social », « science » ou « art », a généralement tendance à être au centre de leurs préoccupations ou de dominer leurs pratiques dans le champ de la médecine familiale. La dimension dominante donne une « saveur », pour ainsi dire, au

professionnalisme de chacun des médecins de famille et, par conséquent, à leur approche du travail médical. Cette structure d'oppositions bipolaires aident à expliquer (ou du moins à comprendre) les différences de pensées, de perceptions, d'appréciations et de pratiques entre les cas.

## **Avenues de recherches futures**

En guise de conclusion, des avenues de recherches futures sont proposées. Tout comme pour le mouvement de la MFDP (Miles, 2009; Whitehead, 2010), nos résultats empiriques montrent que des questions liées à l'épistémologie, la théorie, le professionnalisme, l'autonomie et le pouvoir peuvent être d'importance.

L'analyse des données recueillies révèle que la façon de connaître des médecins de famille s'avère complexe. Il y a un besoin d'étudier cette façon de connaître afin de comprendre comment les médecins de famille utilise et valorise les différents types de connaissances et quelles sont leurs implications sur l'autonomie et l'autorité professionnelles (Whitehead, 2010).

L'analyse a également révélé la complexité du professionnalisme médical. Les huit cas étaient hétérogènes en termes de leur approche au travail médical et de leurs prises de position par rapport à différents sujets. Les théories et les approches d'application des connaissances qui considèrent que les médecins de famille font parti d'un groupe homogène ne vont pas être en mesure de saisir les différences individuelles entre les médecins, ni les implications pour la pratique de façon générale et, en particulier pour le développement de l'approche de la MFDP, pour le rôle de l'évaluation économique (et autres considérations économiques) dans les pratiques des médecins de famille et pour la responsabilité de ceux-ci face à la société en matière d'allocation des ressources rares et de contrôle des coûts.

Les résultats empiriques de la recherche de la thèse identifient un ensemble de forces (ou relations) sociales auxquelles le champ de la médecine familiale est soumis et qui, entre autres, peuvent avoir un impact considérable sur la question de l'allocation des ressources rares de santé. Les interactions entre les forces sociales internes et externes façonnent le champ de la médecine familiale et les médecins de famille. De même le champ de la médecine de familiale et les médecins

de famille reproduisent et façonnent les structures sociales. Ceci soulève des questions connexes concernant les relations entre structure et action pour lesquelles la sociologie peut apporter beaucoup à la compréhension de ce phénomène. La notion de différents niveaux d'analyse, correspondant aux niveaux macro (structurel) et micro (individuel), peut fournir un moyen de sortir de ce dilemme (Coburn, 2004). Les résultats révèlent que la pratique du professionnalisme est le produit de relations dynamiques dialectiques entre les structures mentales ou cognitives des médecins de familles et les structures sociales objectives. Ainsi, une future sociologie des professions devrait faire face à la tâche de fournir un cadre adéquat fondé sur ce type de mode d'analyse sociologique. Cela promet d'apporter une compréhension beaucoup plus prometteuse de la médecine. Ce type de compréhension est essentiel si l'on souhaite influencer les pratiques, telles que la volonté de contribuer à une allocation efficiente, équitable et légitime des ressources de santé et l'utilisation des connaissances.

Les concepts en économie semblent être des formes de pouvoir symbolique utilisées dans les stratégies de subversion déployées par le champ de la médecine familiale dans ses luttes de légitimité, de reconnaissance et de statut ainsi que pour affirmer la contribution du champ à l'efficience du système de santé. Par ailleurs, il semble que les organisations professionnelles craignent que la prise en compte de considérations d'ordre économique vienne mettre en péril l'autonomie et le pouvoir de la profession. Face à cette situation, les organisations cherchent le pouvoir de « contrôler » le « message économique » en faveur de la profession et en faveur de leur vision de ce qui devrait définir la qualité des soins (et le rôle ou non de l'économie dans cette définition). Le discours de la médecine familiale et les pratiques du pouvoir peuvent limiter quelles approches les médecins de famille considèrent possibles (Whitehead, 2010). L'habitus des médecins de famille est façonné par l'ethos de leur profession, leur environnement social (par exemple, les champs) et leurs caractéristiques personnelles, leurs valeurs, leurs intérêts, leur histoire et leurs expériences. La perspective de l'économie de la santé se doit d'être considérée en termes des tensions entre l'ethos et l'autorité de la médecine familiale qui nécessitent un changement social (Whitehead, 2010). Plusieurs auteurs ont identifié la MFDP et l'économie de la santé comme des instruments de pouvoir qui changent les relations de pouvoir dans les systèmes de santé et qui posent une menace à l'autonomie et au pouvoir médical (Biller-Andorno, Lie, & Ter Meulen, 2002;

Kälble, 2005; Vos, Houtepen, & Horstman, 2002). Il semble très important alors d'étudier la relation entre l'économie de la santé et les changements de pouvoir dans les systèmes de santé.

## Bibliographie

- Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). (2007). *ACGME Program Requirements for Graduate Medical Education in Family Medicine*. Chicago, États-Unis: ACGME. Repéré à [http://www.aafp.org/online/etc/medialib/aafp\\_org/documents/about/rap/curriculum/practice\\_management.Par.0001.File.tmp/Reprint268.pdf](http://www.aafp.org/online/etc/medialib/aafp_org/documents/about/rap/curriculum/practice_management.Par.0001.File.tmp/Reprint268.pdf)
- Adkins, L. (2003). Reflexivity: freedom or habit of gender? *Theory Culture & Society*, 20(6), 21-42.
- Albrecht, G., Freeman, S., & Higginbotham, N. (1998). Complexity and human health: The case for a transdisciplinary paradigm. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 22(1), 55-92.
- American Academy of Family Physicians (AAFP). (2008). *Recommended curriculum guidelines for family medicine residents. Management of health systems (Practice management)* (AAFP Reprint No. 268). Leawood, États-Unis : AAFP. Repéré à [http://www.aafp.org/online/etc/medialib/aafp\\_org/documents/about/rap/curriculum/practice\\_management.Par.0001.File.tmp/Reprint268.pdf](http://www.aafp.org/online/etc/medialib/aafp_org/documents/about/rap/curriculum/practice_management.Par.0001.File.tmp/Reprint268.pdf)
- Anderson, R. A., Crabtree, B. F., Steele, D. J., & McDaniel, R. R. Jr. (2005). Case study research: the view from complexity science. *Qualitative Health Research*, 15(5), 669-685.
- Anderson, R. A., & McDaniel, R. R. Jr. (2000). Managing health care organizations: where professionalism meets complexity science. *Health Care Management Review*, 25(1), 83-92.
- Armstrong, D. (2002). Clinical autonomy, individual and collective: the problem of changing doctors' behaviour. *Social Science & Medicine*, 55(10), 1771-1777.
- Arnesen, T., & Fredriksen, S. (1995). Coping with obligations towards patient and society: an empirical study of attitudes and practice among Norwegian physicians. *Journal of Medical Ethics*, 21(3), 158-161.
- Ayres, P. J. (1996). Rationing health care: views from general practice. *Social Science & Medicine*, 42(7), 1021-1025.
- Beckert, J. (2003). Economic sociology and embeddedness: how shall we conceptualize economic action? *Journal of Economic Issue*, 37(3), 769-787.
- Béjean, S., & Gadreau, M. (1996). Du calcul économique à l'évaluation organisationnelle des politiques en santé. *Revue française d'économie*, 11(1), 21-47.
- Berney, L., Kelly, M., Doyal, L., Feder, G., Griffiths, C., & Jones, I. R. (2005). Ethical principles and the rationing of health care: a qualitative study in general practice. *British Journal of General Practice*, 55(517), 620-625.

- Biller-Andorno, N., Lie, R. K., & Ter Meulen, R. (2002). Evidence-based medicine as an instrument for rational health policy. *Health Care Analysis, 10*(3), 261-275.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice*. Cambridge, Royaume-Uni : Cambridge University Press.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris, France : Les éditions de minuit.
- Bourdieu, P. (1990). *The logic of practice*. Standford, États-Unis: Standford University Press.
- Bourdieu, P. (2005). *The social structures of the economy*. Cambridge, Royaume-Uni : Polity Press.
- Bourdieu, P., & Chartier, R. (2010). *Le sociologue et l'historien*. Marseille, France: Agone & Raisons d'agir.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. J. D. (dir.). (1992a). *An invitation to reflexive sociology*. Chicago, États-Unis : University of Chicago Press.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. J. D. (1992b). *Réponses*. Paris, France : Seuil.
- Brown, B., Crawford, P., Nerlich, B., & Koteyko, N. (2008). The habitus of hygiene: Discourses of cleanliness and infection control in nursing work. *Social Science & Medicine, 67*(7), 1047-1055.
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). (2006). *Guidelines for the economic evaluation of health technologies: Canada (3<sup>e</sup> éd.)*. Ottawa, Canada : Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.
- Cándida Smith, R. (2003). Analytic strategies for oral history interviews. In: J. F. Gubrium & Holstein, J. A. (dir.), *Postmodern interviewing* (p. 203-224). Thousand Oaks, États-Unis : Sage Publications.
- Carlsen, B., & Norheim, O. F. (2005). "Saying no is no easy matter". A qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice. *BMC Health Services Research, 5*, 70.
- Carpenter, C. E., Proenca, E. J., & Nash, D. B. (1998). Clinical decision making - What every non-clinician manager should know but was never taught. *The Journal of Health Administration Education, 16*(4), 357-375.
- Clark, J. A., Potter, D. A., & McKinlay, J. B. (1991). Bringing social structures back into clinical decision making. *Social Science & Medicine, 32*(8), 853-866.
- Coburn, D. (2004). The Medical Profession. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, 9523-9530*.



- Collège des médecins du Québec (CMQ). (2002). *Code de déontologie des médecins*. Montréal, Canada : Collège des médecins du Québec.
- College of Family Physicians of Canada (CFPC). (2004). *Family medicine in Canada: vision for the future*. Mississauga, Canada : CFPC.
- Collet, F. (2009). Does habitus matter? A comparative review of Bourdieu's habitus and Simon's bounded rationality with some implications for economic sociology. *Sociological Theory*, 27(4), 419-434.
- Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000. (1998). *Nouveaux défis professionnels pour le médecin des années 2000*. Montréal, Canada : CMQ.
- Coyle, D. (1993). *Increasing the impact of economic evaluations on health-care decision-making. Discussion paper 108*. York, Royaume-Uni : Centre for Health Economics.
- Crabtree, B. F. (2003). Primary care practices are full of surprises! *Health Care Management Review*, 28(3), 279-283.
- Crabtree, B. F., Miller, W. L., & Stange, K. C. (2001). Understanding practice from the ground up. *Journal of Family Practice*, 50(10), 881-887.
- Crawshaw, P., & Bunton, R. (2009). Logics of practice in the 'risk environment'. *Health, Risk & Society*, 11(3), 269-282.
- Cruess, S. R., & Cruess R. L. (2000). Professionalism: a contract between medicine and society. *Canadian Medical Association Journal*, 162(5), 668-669.
- Day, P., Klein, R., & Miller, F. (1998). *Hurdles and levers: a comparative US-UK study of guidelines*. London, Royaume-Uni : Nuffield Trust.
- Denis, J.-L., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Cazale, L., & Barbir, C. (1993). Les contraintes à l'efficience allocative dans le système de santé. *Canadian Public Administration*, 36(3), 429-441.
- Denny, K. (1999). Evidence-based medicine and medical authority. *Journal of Medical Humanities*, 20(4), 247-263.
- Dopson, S., FitzGerald, L., Ferlie, E., Gabbay, J., & Locock, L. (2002). No magic targets! Changing clinical practice to become more evidence based. *Health Care Management Review*, 27(3), 35-47.
- Drummond, M., Brown, R., Fendrick, A. M., Fullerton, P., Neumann, P., Taylor, R., ... ISPOR Task Force. (2003). Use of pharmacoeconomics information--Report of the ISPOR Task

- Force on Use of Pharmacoeconomic/Health Economic Information in Health-Care Decision Making. *Value in Health*, 6(4), 407-416.
- Drummond, M. F., O'Brien, B., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (1997). *Methods for the economic evaluation of health care programmes (2<sup>e</sup> éd.)*. Oxford, Royaume-Uni : Oxford University Press.
- Eddama, O., & Coast, J. (2008). A systematic review of the use of economic evaluation in local decision-making. *Health Policy*, 86(2-3), 129-141.
- Elsinga, E., & Rutten, F. F. H. (1997). Economic evaluation in support of national health policy: the case of the Netherlands. *Social Science & Medicine*, 45(4), 605-620.
- Etzioni, A. (1985). Making policy for complex systems: a medical model for economics. *Journal of Policy Analysis and Management*, 4(3), 283-295.
- Etzioni, A. (1988). *The Moral Dimension*. New York, États-Unis : Free Press.
- Favard, A.-M. (2010). Comment valoriser la prise en compte du qualitatif et de l'utile dans l'évaluation des politiques publiques et des pratiques d'intervention. Dans C. Offredi & F. Ravoux (dir.), *La notion d'utilité sociale au défi de son identité dans l'évaluation des politiques publiques* (p. 215-228). Paris, France : L'Harmattan.
- Ferenczi, T. (2002, 25 janvier). Pierre Bourdieu, le sociologue de tous les combats. *Le Monde*, 58<sup>e</sup> année, p.29.
- Ferlie, E., Fitzgerald, L., & Wood, M. (2000). Getting evidence into clinical practice: an organisational behaviour perspective. *Journal of Health Services Research & Policy*, 5(2), 96-102.
- Fernández, L. A., Martín, J. M., del Castillo, J. D., Gaspar, O. S., Millán, J. I., Lozano, M. J., Keenoy, E. D. (2000). Sources of influence on medical practice. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(8), 623-630.
- Finlay, L. (2002). "Outing" the researcher: the provenance, process, and practice of reflexivity. *Qualitative Health Research*, 12(4), 531-545.
- Fontana, M. (2010). Can neoclassical economics handle complexity? The fallacy of the oil spot dynamic. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 76(3), 584-596.
- Freidson, E. (1970a). *Professional dominance: the social structure of medical care*. Chicago, États-Unis : Aldine.
- Freidson, E. (1970b). *Profession of medicine*. New York, États-Unis : Harper and Row.

- Fuchs, C. (2003). Some implications of Pierre Bourdieu's works for a theory of social self-organization. *European Journal of Social Theory*, 6(4), 387-408.
- Fuchs, V. R. (2011). *Who shall live? – Health, Economics, Social Choice (2<sup>e</sup> éd. augmentée)*. Hackensack, États-Unis : World Scientific Publishing Company.
- Future of Family Medicine Project Leadership Committee. (2004). The future of family medicine: a collaborative project of the family medicine community. *Annals of Family Medicine*, 2(Suppl 1), S3-S32.
- Gabe, J., Kelleher, D., & Williams, G. (dir.) (1994). *Challenging Medicine*. London, Royaume-Uni : Routledge.
- Gatrell, A. C. (2005). Complexity theory and geographies of health: a critical assessment. *Social Science & Medicine*, 60(12), 2661-2671.
- Geyer, R. (2001). Can complexity move UK policy beyond 'evidence-based policy making' and the 'audit culture'? Applying a 'complexity cascade' to education and health policy. *Political Studies*. Prépublication. doi: 10.1111/j.1467-9248.2011.00903.x
- Granovetter, Mark. (1985). Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness. *The American Journal of Sociology*, 91(3), 481-510.
- Green, J. (1999). Commentary: generalisability and validity in qualitative research. *British Medical Journal*, 319(7207), 421.
- Greener, I., & Powell, J. (2003). Health authorities, priority-setting and resource allocation: a study in decision-making in New Labour's NHS. *Social Policy & Administration*, 37(1), 35-48.
- Greenhalgh, T. (2010). Complexity theory and family medicine: a new symbiosis. *PrimaryCare*, 10(2), 19.
- Greenhalgh, T. (2002). Intuition and evidence-uneasy bedfellows? *British Journal of General Practice*, 52(478), 395-400.
- Greenhalgh, T., Plsek, P., Wilson, T., Fraser, S., & Holt, T. (2010). Response to 'The appropriation of complexity theory in health care.' *Journal of Health Services Research & Policy*, 15(2), 115-117.
- Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Walker, A. E., & Thomas, R. E. (2002). Changing physicians' behavior: what works and thoughts on getting more things to work. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 22(4), 237-243.

- Hafferty, F., & McKinlay J. (1993). *The changing medical profession: an international perspective*. New York, États-Unis : Oxford University Press.
- Hailey, D. (1997). Australian economic evaluation and government decisions on pharmaceuticals, compared to assessment of other health technologies. *Social Science & Medicine*, 45(4), 563-581.
- Haines, A., & Donald A. (dir.) (2004). *Getting research findings into practice. (2nd ed)*. London, Royaume-Uni : BMJ Publishing Group.
- Hannes K, Leys M, Vermeire E, Aertgeerts B, Buntinx F, Depoorter AM. (2005). Implementing evidence-based medicine in general practice: a focus group based study. *BMC Family Practice*, 6, 37.
- Health Council of Canada (HCC). (2010). *Decisions, decisions: family doctors as gatekeepers to prescriptions drugs and diagnostic imaging in Canada*. Toronto, Canada : Health Council of Canada.
- Healy, S. A. (1997). Changing science and ensuring our future. *Futures*, 29(6), 505-517.
- Herman, J. (1992). Beyond positivism: a metaphysical basis for clinical practice? *Medical Hypotheses*, 39(1), 63-66.
- Heyland, D. K., Gafni, A., Kernerman, P., Keenan, S., & Chalfin, D. (1999). How to use the results of an economic evaluation. *Critical Care Medicine*, 27(6), 1195-1202.
- Heyrman, J. (dir.) (2005). *The EURACT educational agenda*. Leuven, Belgique: European Academy of Teachers in General Practice (EURACT).
- Hilgsmann, M. (2010). *Évaluation économique de la prise en charge de l'ostéoporose*. (Thèse de doctorat, Université de Liège). Repéré à [http://orbi.ulg.ac.be/bitstream/2268/40956/1/Hilgsmann\\_TheseDoctorat.pdf](http://orbi.ulg.ac.be/bitstream/2268/40956/1/Hilgsmann_TheseDoctorat.pdf)
- Hutton, J., & Brown, R. E. (2002). Use of economic evaluation in decision making: what needs to change? *Value in Health*, 5(2), 65-66.
- Jaisson-Hot, I., Schott, A.-M., Clippe, C., Ganne, C., Hajri, T., Poncet, B., ... Colin, C. (2003). Méthodes d'évaluation medico-économique : applications à la cancérologie. *Bulletin du Cancer*, 90(11), 939-945.
- Jan, S. (2003). Why does economic analysis in health care not get implemented more? Towards a greater understanding of the rules of the game and the costs of decision making. *Applied Health Economics and Health Policy*, 2(1), 17-24.

- Jenkins R. (1992). *Pierre Bourdieu*. London, Royaume-Uni : Routledge.
- Johannesson, M. (1995). Economic evaluation of health care and policymaking. *Health Policy*, 33(3), 179-190.
- Jones, I. R., Berney, L., Kelly, M., Doyal, L., Griffiths, C., Feder, G., ... Curtis, S. (2004). Is patient involvement possible when decisions involve scarce resources? A qualitative study of decision-making in primary care. *Social Science & Medicine*, 59(1), 93-102.
- Kälble, K. (2005). Between professional autonomy and economic orientation – The medical profession in a changing health care system. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 2, Doc01.
- Kanavos, P., Trueman, P., & Bosilevac, A. (2000). Can economic evaluation guidelines improve efficiency in resource allocation? The cases of Portugal, the Netherlands, Finland, and the United Kingdom. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 16(4):1179-1192.
- Kenway, J., & McLeod, J. (2004). Bourdieu's reflexive sociology and 'spaces of points of view': whose reflexivity, which perspective? *British Journal of Sociology of Education*, 25(4), 525-544.
- Kernick, D. (dir.) (2004). *Complexity and healthcare organisation: a view from the street*. Abingdon, Royaume-Uni : Radcliffe Medical Press.
- Kernick, D. (2002). The demise of linearity in managing health services: a call for post normal health care. *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(2), 121–124.
- Kernick, D. (2006). Wanted-new methodologies for health service research. Is complexity theory the answer? *Family Practice*, 23(3), 385-390.
- Kluge, E.-H. W. (2007). Resource allocation in healthcare: implications of models of medicine as a profession. *Medscape General Medicine*, 9(1), 57.
- Kochugovindan, S., & Vriend N. J. (1998). Is the study of complex adaptive systems going to solve the mystery of Adam Smith's 'Invisible Hand'? *The Independent Review*, III(I), 53-66.
- Leander, A. (2002). Do we really need reflexivity in IPE? Bourdieu's two reasons for answering affirmatively. *Review of International Political Economy*, 9(4), 601-609.
- Lejeune, C. (2008). L'évaluation économique. Un outil d'aide à la decision médicale. *Médecine*, 4(5), 227-230.
- Leplat, J. (2002). De l'étude de cas à l'analyse de l'activité. *Pistes*, 4(2), 1-31. Repéré à <http://www.pistes.uqam.ca/v4n2/pdf/v4n2a8.pdf>

- Lessard, C. (2007). Complexity and reflexivity: Two important issues for economic evaluation in health care. *Social Science & Medicine*, 64(8), 1754-1765.
- Lessard C, Birch S. (2010). Chapter 13: Complex problems or simple solutions? Enhancing evidence-based economics to reflect reality. Dans I. Shemilt, M. Mugford, L. Vale, K. Marsh, & C. Donaldson (dir.), *Evidence-based decisions and economics: Health care, social welfare, education and criminal justice* (p. 162-172). Oxford, Royaume-Uni : Wiley-Blackwell.
- Lessard, C., Contandriopoulos, A.-P., & Beaulieu, M.-D. (2009). The role of economic evaluation in the decision-making process of family physicians: design and methods of a qualitative embedded multiple-case study. *BMC Family Practice*, 10, 15.
- Lessard, C., Contandriopoulos, A.-P., & Beaulieu, M.-D. (2010). The role (or not) of economic evaluation at the micro level: can Bourdieu's theory provide a way forward for clinical decision making? *Social Science & Medicine*, 70(12), 1948-1956.
- Lewis, J. M. (2006). Being around and knowing the players: networks of influence in health policy. *Social Science & Medicine*, 62(9), 2125-2136.
- Lindbladh, E., Lyttkens, C. H., Hanson, B. S., Östergren, P., Isacson, S. O., Lindgren, B. (1996). An economic and sociological interpretation of social differences in health-related behaviour: an encounter as a guide to social epidemiology. *Social Science & Medicine*, 43(12), 1817-1827.
- Lipman, T., Murtagh, M. J., & Thomson, R. (2004). How research-conscious GPs make decisions about anticoagulation in patients with atrial fibrillation: a qualitative study. *Family Practice*, 21(3), 290-298.
- Mannion, R., & Small, N. (1999). Postmodern health economics. *Health Care Analysis*, 7(3), 255-272.
- Manson, S. M. (2001). Simplifying complexity: a review of complexity theory. *Geoforum*, 32(3), 405-414.
- Maton, K. (2003). Reflexivity, relationism and research: Pierre Bourdieu and the epistemic conditions of social scientific knowledge. *Space and Culture*, 6(1), 52-65.
- Maynard, A., & Kanavos, P. (2000). Health economics: an evolving paradigm. *Health Economics*, 9(3), 183-190.

- Miles, A. (2009). On a medicine of the whole person: away from scientific reductionism and towards the embrace of the complex in clinical practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(6), 941-949.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook* (2<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, États-Unis : Sage Publications.
- Miller, W. L., McDaniel, R. R. Jr., Crabtree, B. F., & Stange, K. C. (2001). Practice jazz: understanding variation in family practices using complexity science. *Journal of Family Practice*, 50(10), 872-878.
- Mullins, C. D., & Wang, J. (2002). Pharmacy benefit management. Enhancing the applicability of pharmacoeconomics for optimal decision making. *Pharmacoeconomics*, 20(1), 9-21.
- Munday, D. F., Johnson, S. A., & Griffiths, F. E. (2003). Complexity theory and palliative care. *Palliative Medicine*, 17(4), 308-309.
- Murphy, E., Dingwall, R., Greatbatch, D., Parker, S., & Watson, P. (1998). Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. *Health Technology Assessment*, 2(16), iii-ix, 1-274. Repéré à <http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon216.pdf>
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, États-Unis : Sage Publications.
- Perneger, T. V., Martin, D. P., & Bovier, P. A. (2002). Physicians' attitudes toward health care rationing. *Medical Decision Making*, 22(1), 65-70.
- Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). Complexity science: the challenge of complexity in health care. *British Medical Journal*, 323(7313), 625-628.
- Plsek, P. E., & Wilson, T. (2001). Complexity science: complexity, leadership, and management in healthcare organisations. *British Medical Journal*, 323(7315), 746-749.
- Portes, A., & Sensenbrenner, J. (1993). Embeddedness and immigration: notes on the social determinants of economic action. *The American Journal of Sociology*, 98(6), 1320-1350.
- Porzolt, F. (2010). Implementing economic principles in medicine while maintaining medical professionalism. *Journal of Public Health*, 18(2), 199-203.
- Rakel, R. E. (2007). *Textbook of family medicine* (7<sup>e</sup> éd.). Philadelphia, États-Unis : Saunders.
- Rhynas, S. J. (2005). Bourdieu's theory of practice and its potential in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 50(2), 179-186.

- Robbins, L. (1932). *An essay on the nature and significance of economic science*. London, Royaume-Uni : Macmillan.
- Rogers, E. M., Medina, U. E., Rivera, M. A., & Wiley, C. J. (2005). Complex adaptive systems and the diffusion of innovations. *The Innovation Journal*, 10(3), article 30. Repéré à <http://www.innovation.cc/volumes-issues/rogers-adaptivesystem7final.pdf>
- Romanow, R. J. (2002). *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*. Saskatoon, Canada : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Rossi, P. H., Lipsey, M.W., & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation: A systematic approach (7<sup>e</sup> éd.)*. Thousand Oaks, États-Unis : Sage Publications.
- Royal College of General Practitioners (RCGP). (2007a). *RCGP Curriculum for specialty training for general practice. Curriculum Statement 1: being a general practitioner*. London, Royaume Uni : RCGP. Repéré à [http://www.rcgp-curriculum.org.uk/PDF/curr\\_1\\_Curriculum\\_Statement\\_Being\\_a\\_GP.pdf](http://www.rcgp-curriculum.org.uk/PDF/curr_1_Curriculum_Statement_Being_a_GP.pdf)
- Royal College of General Practitioners (RCGP). (2007b). *The future direction of general practice: a road map*. London, Royaume-Uni : RCGP. Repéré à [https://www.rcgp.org.uk/pdf/CIRC\\_RCGP%20Roadmap%20Future%20General%20Practice%2013th%20Sept%202007.pdf](https://www.rcgp.org.uk/pdf/CIRC_RCGP%20Roadmap%20Future%20General%20Practice%2013th%20Sept%202007.pdf)
- Russel, J., & Greenhalgh, T. (2009). *Rhetoric, evidence and policymaking: a case study of priority setting in primary care*. London, Royaume-Uni : Research Department of Primary Care and Population Health, University College London (UCL). Repéré à <http://discovery.ucl.ac.uk/15560/1/15560.pdf>
- Sanderson, I. (2006). Complexity, 'practical rationality' and evidence-based policy making. *Policy & Politics*, 34(1), 115-132.
- Shiell, A., Hawe, P., Gold, L. (2008). Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation. *British Medical Journal*, 336(7656), 1281-1283.
- Simon, H. A. (1997). *Administrative behavior: a study of decision-making processing in administrative organizations (4<sup>e</sup> éd.)*. New York, États-Unis : The Free Press.
- Sjögren, E., & Helgesson, C.-F. (2007). The Q(u)ALYfying hand: health economics and medicine in the shaping of Swedish markets for subsidized pharmaceuticals. *The Sociological Review*, 55(suppl 2), 215-240.



- Small, N., & Mannion, R. (2005). A hermeneutic science: health economics and Habermas. *Journal of Health Organization and Management*, 19(3), 219-235.
- Sossa, O., & Lehoux, P. (2004). L'évaluation des technologies de la santé : comment l'introduire dans les hôpitaux universitaires du Québec ? *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 19(2), 75-98.
- Späth, H.-M. (2001). *L'aide à la décision apportée par l'information économique dans le secteur de la santé : le choix des médicaments à inclure dans les livrets thérapeutiques d'établissements hospitaliers*. (Thèse de doctorat, Université Lyon 1 - Claude Bernard, Lyon). Repéré à [http://ispb.univ-lyon1.fr/theses/these\\_integ/spathhans/thesehans.pdf](http://ispb.univ-lyon1.fr/theses/these_integ/spathhans/thesehans.pdf)
- Stake, R. E. (1995). *The art of case research research*. Thousand Oaks, États-Unis : Sage Publications.
- Straus, S. E., Richardson, W. S., Glasziou, P., & Haynes, R. B. (2005). *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM (3<sup>e</sup> éd.)*. Edinburgh, Écosse : Churchill Livingstone.
- Sweeney, K., & Griffiths, F. (dir.). (2002). *Complexity and healthcare: an introduction*. Abingdon, Royaume-Uni : Radcliffe Medical Press.
- Tonelli, M. R. (1998). The philosophical limits of evidence-based medicine. *Academic Medicine*, 73(12), 1234-1240.
- Tracy, C. S., Dantas, G. C., & Upshur, R. E. (2003). Evidence-based medicine in primary care: qualitative study of family physicians. *BMC Family Practice*, 4, 6.
- Van de Vijver, G., Van Speybroeck, L., & Vandevyvere, W. (2003). Reflecting on complexity of biological systems: Kant and beyond? *Acta Biotheoretica*, 51(2), 101-140.
- Vos, R., Houtepen, R., & Horstman K. (2002). Evidence-based medicine and power shifts in health care system. *Health Care Analysis*, 10(3), 319-328.
- Wacquant, L. (2005). *Pierre Bourdieu and democratic politics: the mystery of ministry*. Cambridge, Royaume-Uni : Polity Press.
- Whitehead, C. (2010). Recipes for medical education reform: will different ingredients create better doctors? A commentary on Sales and Schlaff. *Social Science & Medicine*, 70(11), 1672-1676.
- Willems, D. L. (2001). Balancing rationalities: gatekeeping in health care. *Journal of Medical Ethics*, 27(1), 25-29.

- Williams, S. J. (1995). Theorising class, health and lifestyles: can Bourdieu help us? *Sociology of Health & Illness*, 17(5), 577-604.
- Williams, I., McIver, S., Moore, D., & Bryan, S. (2008). The use of economic evaluations in NHS decision-making: a review and empirical investigation. *Health Technology Assessment*, 12(7).
- Wilson, T., Holt, T., & Greenhalgh, T. (2001). Complexity science: complexity and clinical care. *British Medical Journal*, 323(7314), 685-688.
- WONCA Europe (The European Society of General Practice/Family Medicine). (2002). *The European definition of general practice/family medicine*. Ljubljana, Slovénie : Wonca Europe.
- World Health Organisation (WHO), & World Organisation of Family Doctors (WONCA). (1995). *Making medical practice and education more relevant to people's needs: the contribution of the family doctor*. Genève, Suisse : World Health Organisation.
- World Organisation of Family Doctors (WONCA). (1991). *The role of the general practitioner/family physician in health care Systems: a statement from Wonca*. Singapore : World Organization of Family Doctors.
- World Organisation of Family Doctors (WONCA), & World Health Organisation (WHO). (2002). *Improving health systems: The contribution of family medicine. A guidebook*. Singapore: World Organization of Family Doctors.
- Yin, R. K. (2002). *Case study research: design and methods (3<sup>e</sup> éd.)*. Thousand Oaks, États-Unis : Sage Publications.

## Annexe I Histoires de vie

### Histoire de vie du cas01

#### Histoire de vie personnelle et trajectoire professionnelle<sup>5,6,7</sup>

Le cas01 est né et a surtout grandi dans la région de Montréal, bien qu'il ait vécu quelques années dans une région avoisinante. Sa mère vient d'une très grande famille francophone, tandis que son père vient d'une petite famille anglophone. Il parle peu de sa famille mais fait quand même mention d'un frère. Les parents du cas01 n'exerçaient pas la profession de médecin. Il y a cependant la présence de personnes pratiquant la médecine dans la famille étendue. Le cas01 a deux oncles qui sont médecins spécialistes, dont un pratiquait dans la région de Montréal tandis que l'autre pratiquait aux États-Unis (ils ne pratiquent plus au moment de l'entrevue suivant leur âge avancé).

Parmi les événements marquants de sa vie personnelle, le cas01 fait mention de la rencontre de sa conjointe et de la fondation d'une famille. Il a rencontré sa conjointe actuelle à la fin de la trentaine au moment où il s'est dit prêt à fonder une famille. Le cas01 avait déjà eu deux longues relations sérieuses avec deux autres femmes auparavant mais sans jamais s'être mariés ou avoir fondé une famille. Ce sont des gens qui lui ont présenté sa future conjointe au moment où ils ont su qu'il était disponible. Ils se sont mariés et ont fondé une famille très rapidement après leur rencontre initiale. Le cas01 confie remercier le bon Dieu à tous les jours pour son épouse et leurs deux enfants.

*« Donc j'ai arrêté ma résidence en (...). J'ai resté en relation avec quelqu'un qui ne pouvait pas avoir d'enfant et à un moment donné quand j'ai décidé d'avoir des enfants et qu'on s'est séparés bien je pense que dans les 6 mois ça s'était réglé. À un moment donné, quand les gens ont su que j'étais disponible, ils m'ont présenté (...). J'en avais (...) et elle en avait (...) et je me souviens j'avais dit comme ça à la blague "je ne veux personne en bas de 30 ans." Mais c'est un petit cadeau du bon Dieu parce que elle aussi n'avait jamais été*

<sup>5</sup> La chercheuse principale (intervieweuse) n'est pas allée trop en profondeur sur certains thèmes abordant l'histoire de vie personnelle et les événements clés pour cause de manque de temps.

<sup>6</sup> L'entrevue a eu lieu à la résidence familiale du cas01. Il a donc été impossible de visiter la clinique médicale « solo » qui est son lieu principal de pratique. Une visite de la communauté où se situe la clinique fut effectuée le lendemain de la journée de l'entrevue.

<sup>7</sup> Pour les besoins du projet de recherche, seul le lieu principal de pratique du cas01 au moment de l'entrevue, ainsi que le quartier, la communauté (ville, municipalité ou arrondissement) et le territoire de RLS où se situe le lieu principal de pratique, sont décrits de façon plus ou moins détaillée.

*mariée et elle n'avait pas eu d'enfant. Alors, comme on dit des fois, rendue à un certain âge, une femme... rencontrer quelqu'un qui n'est pas marié, qui n'a pas d'enfant, quoi ce soit... Avec les deux enfants que nous avons, il n'y a pas une journée que je ne remercie pas le bon Dieu pour mon épouse parce que pour moi c'était quelque chose de bien important. »*

Il fait également mention de quelques problèmes de santé survenus durant la période de sa vie où il était en formation médicale. Ces problèmes sont discutés un peu plus loin puisqu'ils font, de ce fait, partie des événements marquants de la formation en médecine et qu'ils ont influencé certains de ses choix professionnels.

Outre ses études, le cas01 était impliqué socialement dans diverses activités avant son entrée à l'université. Entre autres choses, il s'occupait de l'association étudiante du collège privé où il a fait ses études collégiales et de la direction d'un type de camps.

*« Dans le temps je faisais plus de travail... dans le temps j'étais au cégep, mais je m'occupais de camps (...), j'étais directeur de camp, au cégep je m'occupais de (...), l'association des étudiants, alors je faisais pas mal d'activités autres que juste étudier. »*

Le cas01 prétend avoir choisi la profession de médecin vers la fin de ses études collégiales. À l'époque, son frère aîné était pressenti pour faire des études en médecine afin de suivre les traces de son parrain qui était médecin. Or, comme le cas01 réussissait plutôt bien dans les études, celui-ci s'était alors dit qu'il pourrait peut-être tenter sa chance en présentant des demandes d'admission en médecine.

*« J'étais au cégep, je pense dans ma 2<sup>e</sup> année de cégep. C'était supposé être mon frère plus vieux qui devait être médecin, parce que son parrain était notre oncle qui est médecin, alors moi j'étais supposé faire autre chose, mais comme je réussissais très bien à l'école, je me suis dit "Bien mon Dieu, pourquoi j'essaierais pas ma shot." Alors j'ai essayé ma shot et j'ai réussi. »*

Dans les faits, c'est l'émission de télévision Marcus Welby, M.D. qui a vraiment cristallisé les idées du cas01 sur la profession médicale. Lors de son entrevue d'admission à l'Université McGill, le cas01 avait fait part de l'influence de cette émission de télévision sur son choix de carrière. La carrière médicale lui plaisait pour des raisons sur le plan humain mais aussi pour des raisons scientifiques et économiques. La profession de médecin lui semblait agréable comme métier puisque ça permet de prendre soins du monde tout en ayant un bon revenu.

*« Ce qui m'avait dits cristallisé les idées de faire un médecin, c'est une image bien simple: c'était l'émission de Marcus Welby à la télévision et je me souviens Dr (...), qui est encore à (...) en médecine (...), c'est lui qui m'avait fait mon entrevue et il dit "pourquoi tu*

*veux être médecin?" Bien j'ai dit "l'émission de Marcus Welby à la télévision, je trouve ça le fun comme métier, tu prends soin du monde et c'est bien payé. Alors... ça me plaît." »*

En outre, le cas01 avait mis l'emphase sur la science et l'entrepreneurship lors de son entrevue d'admission. En effet, celui-ci avait alors dit qu'il désirait étudier la médecine puisque, pour lui, il s'agissait d'une des seules professions qu'il connaissait à l'époque dans laquelle il était possible d'allier la science et l'entrepreneurship; deux domaines pour lesquels il a de l'intérêt.

*« Et à McGill, bon, ils nous ont fait l'entrevue, on passait... je pense qu'on passait l'entrevue avec deux personnes, mais je me souviens, ce que j'ai obtenu de mon entrevue, c'est que je disais que ce que j'aime en médecine c'est peut-être une des seules professions que je connaissais dans le temps où tu peux allier la science et l'entrepreneurship. Et c'est des choses qui m'intéressent. »*

En résumé, on peut voir dans ses passages que le cas01 avait des dispositions pour la médecine et pour les affaires. Les passages démontrent clairement que ses intérêts pour la nature humaniste (prendre soin du monde) et scientifique de la médecine, ainsi que son intérêt pour une profession bien rémunérée et son esprit d'entreprendre ont tous quatre joué un rôle déterminant dans son choix de la profession médicale.

Il allègue une influence parentale dans son choix de carrière. Celui-ci fait tout particulièrement référence à l'insistance de son père sur l'éducation (de façon directe) et la profession médicale (de façon indirecte). En outre, le cas01 a reçu une éducation dans des collèges privés. Son père payait pour l'enseignement privé, à l'exception de celui reçu au niveau collégial où là s'était le cas01 qui payait lui-même pour son éducation. Il a lui-même payé ses études collégiales et universitaires; son père ne faisant que l'endosser. Qui plus est, son père usait parfois de punitions corporelles lorsque le cas01 n'étudiait pas sérieusement. Quant fût le temps des demandes d'admission universitaires, son père était d'ailleurs fâché d'apprendre que le cas01 hésitait dans son choix de sa carrière entre la médecine et la psychologie.

*« Il a insisté beaucoup. Il a insisté beaucoup de façon indirecte. Même s'il ne me l'a pas dit, j'ai mangé des paires de claques pour étudier. (rire) Je me souviens quand... à un moment donné je m'amusais et je n'étudiais pas, j'ai mangé des paires de claques. Il faut dire qu'il payait pour m'envoyer au collège privé. J'ai été au Collège (...), j'ai été au Collège (...), quoique rendu à (...), tout ce qu'il a fait c'est m'endosser, c'est moi qui payais mes études. Mais j'ai mangé des paires de claques pour étudier et la façon qu'il a réagi quand je l'ai dit à ma mère, "eh merde d'ici deux semaines il va falloir que je me casse la tête, à savoir si je choisis la médecine ou devenir psychologue." Et ça avait bien gros fâché, alors je savais bien qu'il voulait que je fasse un médecin. Pour lui, ça correspondait je pense à une meilleure sécurité pour moi. »*

Le choix de son lieu de formation prédoctorale en médecine s'est fait, bien entendu, en fonction des offres d'admission qu'il a reçues. Il s'est vu offrir une admission à l'Université de Sherbrooke au programme de baccalauréat en psychologie ainsi qu'une admission à l'Université McGill au programme de doctorat en médecine. Le cas01 avoue s'être retrouvé face à un dilemme entre la psychologie et la médecine. Celui-ci avait alors consulté des anciens professeurs ayant une formation en psychologie. À sa souvenance, aux moins deux individus lui avait fait part d'un regret de ne pas avoir fait des études médicales puisqu'en médecine il est également possible de faire de la psychologie. Selon ses dires, il a finalement choisi la carrière médicale puisqu'il s'agissait de quelque chose qu'il l'intéressait depuis le début

*« Et effectivement pour moi, ça été un dilemme, aller en psychologie et pas aller en médecine. Alors j'en avais parlé à disons des collègues, des anciens professeurs qui étaient psychologues dans le temps et je pense qu'à deux reprises c'est arrivé que les gens m'aient dit "écoutez, si j'avais eu la chance de faire un médecin, j'aurais fait un médecin, parce qu'en médecine tu peux faire les deux: la psychologie et la médecine." Et la psychologie, c'est juste un côté. Alors... puis dans le fond, la médecine était quelque chose qui m'intéressait depuis le début. »*

Le cas01 est détenteur d'un doctorat en médecine de l'Université McGill. Il a complété une année d'internat rotatoire (multidisciplinaire) dans un centre hospitalier (CH) affilié à l'Université de Montréal. Il soutient ne pas avoir fait le choix de la médecine familiale, mais plutôt d'avoir choisi la médecine générale par défaut. Le programme spécifique de formation en médecine familiale en était à peine à ses débuts à l'époque où il devait faire son choix. Comme il hésitait encore entre la pratique chirurgicale et la pratique médicale générale, le cas01 a donc préféré opter pour un internat multidisciplinaire.

*« La médecine familiale, c'est pas ça que j'ai choisi. Ce que j'ai choisi par défaut, c'était la médecine générale. Parce que quand moi j'ai terminé en (...), ça commençait à peine la médecine familiale, et quand j'ai appliqué en médecine familiale, j'ai d'abord je pense appliqué un internat multidisciplinaire qu'on appelait dans le temps, qui était un internat qui touchait à tout. Alors on pouvait soit faire un internat en médecine familiale, un internat en multidisciplinaire, parce que j'étais pas décidé si j'aurais fait de la chirurgie ou de la médecine générale. Alors j'ai dit je vais faire un internat en multidisciplinaire, et puis je verrai après. »*

Au cours de son internat, il a malheureusement été victime d'un grave accident de voiture alors qu'il était âgé d'une vingtaine d'années. Cet accident a amené un délai d'une année dans la complétion de sa formation postdoctorale puisqu'il a nécessité des soins intensifs, des interventions chirurgicales, l'hospitalisation et la réhabilitation pendant plusieurs mois. Qui plus est, cet accident a aussi eu pour conséquence que le cas01 n'a jamais pu réaliser un stage électif dans une région éloignée du Québec au cours de son internat, tel qu'il l'aurait désiré. Au moment de recommencer sa formation postdoctorale, le cas01 avait présenté une demande d'admission en médecine familiale mais il n'y avait pas de poste de disponible. Tout ceci explique qu'il ait choisi la médecine générale par défaut.

*« Et lors de mon internat, j'avais organisé un électif justement en province, en (...), à (...). Et quand je me suis rendu pour faire mon électif, j'ai frappé (...), j'ai eu un accident d'auto. Alors au lieu de faire mon stage en médecine en province au niveau de mon internat, ça s'est viré en un an en... d'abord 3 mois aux soins intensifs, opéré, tractions, et réhabilitation, tout le kit. Alors ça m'a comme arrêté un an de ma pratique et quand j'ai recommencé mon internat avec deux éclisses, les orthèses et tout ça et les béquilles, ce qui m'a intéressé, je pense que c'était la médecine d'urgence, parce que j'avais été accepté... bon, j'avais appliqué en médecine familiale et on m'a dit "bon bien, on vous accepterait bien, mais on n'a pas de poste; on n'a pas de poste de disponible." Alors par défaut, je ne suis pas entré en médecine familiale. »*

Le cas01 poursuit cependant ses propos en ajoutant qu'à l'origine, il avait également présenté une demande d'admission au programme de résidence en orthopédie. Il s'était d'ailleurs vu offrir une admission à ce programme. Le cas01 n'a finalement pas accepté cette offre puisqu'il craignait de s'ennuyer à ne faire que la même chose. Ainsi donc, il aimait mieux la médecine d'urgence et toucher à plusieurs choses. Celui-ci a donc fait le choix de la médecine générale pour pratiquer la médecine générale.

*« J'avais été accepté en orthopédie, puis après ça, ce qui m'a fait laisser tomber l'orthopédie, j'avais peur de m'ennuyer et de faire juste une chose. J'aimais bien toucher à plusieurs choses et j'aimais la médecine d'urgence, alors j'ai fait le choix de rester en médecine générale pour faire de la médecine générale. »*

Le cas01 jugeait que le travail le plus valorisant consistait à prendre en charge le plus de choses possible. Celui-ci dit toutefois en riant qu'il réalise maintenant qu'il a fait le choix le moins payant.

*« Alors pour moi, le travail le plus valorisant, c'était de pouvoir essayer de traiter le plus de choses à la fois, et je suis resté là-dedans. Mais je me rends compte que j'ai fait le choix le moins payant. (rire) »*

Celui-ci semble ici faire implicitement allusion aux privilèges financiers supérieurs de la médecine spécialisée ainsi qu'à son domaine de pratique limité. La crainte de l'ennui dans une pratique médicale spécialisée revient d'ailleurs à quelques reprises au cours de l'entrevue.

Parmi les événements marquants de sa formation prédoctorale en médecine, le cas01 fait mention de sa participation à un stage international en milieu clinique qui a eu lieu dans un pays d'Afrique occidentale. Cette expérience l'avait beaucoup marquée et ce, tant sur le plan personnel que professionnel. Elle lui a laissé des souvenirs qui ne s'effaceront jamais. Il avait eu à faire face à divers problèmes de santé et situations cliniques dignes des volumes de référence en médecine. Le cas01 parle d'ailleurs longuement d'un exemple d'euthanasie dont il avait été le témoin indirecte et qui l'avait beaucoup marqué. Il avait alors été amené à la réalisation que l'euthanasie est peut-être un phénomène culturel, du moins tribal dans ce cas-ci.

*« Alors ça été ça, je me suis organisé un stage pour aller en hôpital de brousse, un hôpital tenu par des sœurs, et c'était carrément le stage où j'ai eu des images de textbook, le petit bébé, néonatal, mourir de tétanos néonatal parce qu'il était couché dans la hutte et qu'on l'a clampé et que le tétanos a pogné dedans et j'en ai vu des images de textbook, des rates grosses, qui pèsent 30 livres à cause de la malaria. Où on euthanasie par manque de ressources. Je me souviendrai toujours j'avais même donné cet exemple-là au Collège des Médecins il n'y a pas tellement longtemps quand on parlait d'euthanasie et que je disais vous savez, c'est culturel. (...) »*

Qui plus est, durant son séjour, il y avait eu un coup d'état dans le pays africain où a eu lieu son stage. Le cas01 avait alors dû vivre des situations particulières et parfois dangereuses, telles que de très longues attentes pour avoir accès à de l'essence, des menaces à bout portant d'une arme à feu chargée, des vols de biens personnels et la pénurie de tout (à l'exception des bouteilles d'alcool) dans les magasins et centres commerciaux. Il avait été témoin de ce que s'est de vivre dans un pays qui fût riche à une certaine époque de son histoire et qui avait eu une longue période de décadence suite à la déclaration de son indépendance.

*« Alors quand je suis revenu d'Afrique, je me souviens, en plus il y avait eu un coup d'état pendant que j'avais été là, alors j'ai connu ce que c'est que d'être 80 voitures et d'attendre pour se faire remplir à une station d'essence, ou se faire menacer avec le gun au nez par des soldats qui arrêtent l'autobus et qui veulent savoir s'il n'y a pas quelque chose qu'ils peuvent prendre dans le lot. T'apprends vite à dire prends ce que tu veux et laisse-moi tranquille. Tu ne t'ostines pas avec un gars qui a un gun. Alors je me souviens quand je suis revenu de l'Afrique, je pense que j'ai dû être 6 mois sans me plaindre et j'ai réalisé qu'ici on était bien. (rire) Et arriver dans les centres d'achats et plus rien, il n'y a plus rien, tout ce qu'il y a c'est des bouteilles d'alcool parce que ça l'alcool il y en a tout le temps. Alors vivre ce que c'est la pénurie, un coup d'état ou vivre dans un pays qui a déjà été riche, c'était au (...), alors le (...) en (...) ça été (...) pays qui a eu son indépendance, c'était la (...) avant et quand je suis allé en (...), la décadence à quel point c'était rendu... alors qu'on ne me fasse pas accroire que l'indépendance d'un pays c'est assurément le success. »*

Le cas01 pratique la médecine omnipratique depuis un peu plus de 24 ans au moment de l'entrevue. Il parle de lui en tant que médecin généraliste. Après 20 ans de pratique médicale, le



cas01 a réussi avec succès l'examen écrit du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). Il est membre du CMFC.

*« J'aime bien le terme généraliste parce que c'est le terme officiel que j'ai, ok, je suis membre du Collège des Médecins de Famille, mais j'ai pas disons la certification. Même si 20 ans après j'ai réussi à passer l'examen écrit pareil parce que j'ai voulu l'essayer pour me mettre "up to date". »*

Il a effectivement eu une pratique de type généraliste (obstétrique, urgence, hospitalisation et bureau) dans les sept ou huit premières années de sa pratique médicale. En outre, la pratique de l'obstétrique a occupé une place importante du début de sa carrière jusqu'au début des années 1990. Suivant l'influence de l'émission de télévision Marcus Welby, M.D., le cas01 soutient avoir toujours désiré faire du bureau. Il a également eu une pratique médicale d'urgence au sein d'une organisation de services préhospitaliers d'urgence pendant quelques années.

*« Moi dans mon temps, j'ai toujours voulu faire du bureau parce que bon, j'avais vu mon image de Marcus Welby, il avait un bureau, c'est là que tu vois le monde. Alors j'ai commencé au début, quand je faisais des accouchements, de l'hospitalisation, de l'urgence, mais j'ai commencé par un après-midi par semaine. Et tranquillement... tout de suite au début, je me suis dit il faut que je fasse du bureau. Parce que là tu fais ton suivi et tranquillement pas vite, ça grossira. »*

La première conjointe avait exercé une influence sur les choix du cas01 quant à la région et la première communauté de pratique. En effet, au début de sa pratique médicale, cette dernière avait grandement influencé les choix d'une région avoisinante et d'une communauté banlieusarde aux abords de l'Île de Montréal.

*« Oui, parce que 1) quand j'ai voulu aller en province, mon conjoint s'est mise à pleurer et a dit je ne serai pas capable de te suivre. Qui prend femme prend pays. Comme je dis, "tu ne déracines pas une bonne fille du (...) comme ça, alors j'ai pratiqué à (...). »*

Le cas01 fait mention de quelques expériences professionnelles marquantes de sa pratique en médecine. Celui-ci se caractérise comme étant une personne aux idées ouvertes. Afin de justifier ses propos, il mentionne une pratique professionnelle qu'il a eût dans le passé selon laquelle il assurait un suivi conjoint d'une clientèle particulière avec un certain groupe de professionnels de la santé non médecins dont la pratique n'était pas officiellement reconnue à l'époque au Québec.

*« En (...), il est arrivé que justement j'étais à (...), et à l'époque il y avait les (...) qui étaient un mouvement hors circuit – au Québec en tout cas – et bon, comme j'étais quelqu'un qui avait quand même... on appelle ça comme avoir les idées ouvertes, je trouvais ça plate de laisser les (...) se faire suivre juste par les (...) et qu'il arrive des bad lucks, alors c'est arrivé, peut-être par hasard une première fois, (...) qui était suivi par (...) et qui me demandait de suivre comme médecin, et j'ai dit il n'y a pas de problème. Et là le mot s'est*

*passé, alors je me suis retrouvé à avoir plusieurs (...) qui étaient suivis par des (...) et il est arrivé l'événement où à un moment donné (...). »*

On peut dire que le cas01 ne semble pas avoir froid aux yeux puisque lorsque sa pratique de suivi conjoint en collaboration avec le groupe de professionnels en question lui a éventuellement causé problème (plainte et suspension) et bien, il confie s'être défendu en amenant la situation devant les médias. En outre, il rapporte que ses actions ont éventuellement amené des retombées positives importantes pour ce groupe de professionnels. D'autre part, cet événement a aussi amené la mésentente dans le département hospitalier où le cas01 pratiquait, tandis que le chef du département en question ne voulait tout simplement plus le voir pratiquer dans son département.

*« Je me suis retrouvé avec une plainte... Et je me suis défendu, et la façon que je me suis défendu, j'ai amené ça devant les médias. Mais suite à cet événement-là où moi j'avais dû subir quand même une suspension pendant 10 jours, et tout le tralala, me ramasser à la Commission (...) et me défendre, c'était pas la bonne entente dans le département. Alors le chef de département à l'époque ne voulait carrément plus me voir pratiquer. »*

Selon l'opinion du cas01, le climat de mésentente, de relations professionnelles difficiles entre lui et les médecins spécialistes, qui prévalait au département hospitalier aurait joué un rôle dans un deuxième événement marquant de sa pratique professionnelle survenu environ deux ans plus tard. Il raconte une situation clinique où il avait besoin d'une opinion de la part d'un médecin spécialiste. Le cas01 était d'avis qu'il s'agissait d'une situation d'urgence pour laquelle il fallait intervenir en médecine spécialisée. Le chef du département hospitalier ainsi qu'une de ses collègues médecins spécialistes étaient tous deux d'opinion qu'il n'y avait pas lieu d'intervenir. Le cas01 avait donc dû suivre les opinions des deux médecins spécialistes et ce, avec beaucoup de stress. Malheureusement, cet événement s'est terminé par un décès. Il confie avoir prié le bon Dieu pour qu'il ne se passe rien et quand il avait reçu l'appel au milieu de la nuit lui annonçant le décès, il avait alors ressenti comme une rage intérieure.

*« En (...), ce même (...)-là a refusé de faire (...). Alors les indications quant à moi étaient là pour qu'on (...) et il a dit "non, (...)", j'ai demandé des opinions – sa collègue a dit "non, (...)". (...) Alors je me dis quand c'est rendu que le deuxième étage influence le premier, il est temps que je parte de là. »*

Enfin, le climat de mésentente, de relations professionnelles difficiles entre lui et les médecins spécialistes, qui prévalait au département hospitalier aurait joué un rôle dans un troisième événement marquant de sa pratique professionnelle. Le cas01 raconte une seconde situation clinique où il fallait intervenir en médecine spécialisée. Le médecin spécialiste en service à ce moment-là avait pris son temps avant de répondre à la demande de service, ce qui a amené beaucoup de souffrance à l'individu. Qui plus est, le chef d'un autre département hospitalier, qui avait également

été impliqué dans les problèmes du cas01 liés à sa pratique de suivi conjoint en collaboration avec le groupe de professionnels en question, avait refusé de venir voir l'individu. Le cas01 avait alors eu à transférer le patient dans un autre CH où il est éventuellement décédé.

*« Mais je l'ai revécu aussi comme omnipraticien, (...) difficile qui avait besoin (...), et le (...) s'était laissé traîner les pattes, et finalement (...), en tout cas, la souffrance totale et puis (...) s'est avéré avoir (...) et encore là, le chef du département (...), était celui qui avait été impliqué lors de l'histoire de (...), et je me souviens, il n'avait pas voulu aller voir (...) qui avait des souffrances (...), il a fallu que je le transfère à (...) pour finalement qu'on se rende compte que (...) avait (...) sévère et il en est décédé. »*

C'est suite à ces deux expériences professionnelles négatives que le cas01 a pris la décision d'arrêter de ne plus pratiquer au CH et de retourner aux études postdoctorales afin de suivre un programme de résidence en médecine spécialisée.

*« Alors ces expériences négatives-là que j'avais eues dans le domaine m'ont fait dire que non, ça ne me tente plus de faire (...) comme omnipraticien où tu es un citoyen de deuxième classe, que tu ne contrôles pas tout et que c'est remis entre les mains d'un spécialiste, et l'horreur de la chose, c'est que si tu as le malheur d'avoir raison et le spécialiste se trompe, c'est pas grave. Les choses vont peut-être mal aller pareil si tu tombes sur des spécialistes pour une raison X qui ont décidé de ne pas virer de bord puis... »*

C'est ainsi qu'après sept ou huit années de pratique de médecine générale, le cas01 est retourné à l'université McGill où il a suivi, mais pas complété, un programme de résidence en médecine spécialisée pendant quelques années avant d'éventuellement retourner à la pratique générale. Le réseau social professionnel a exercé une influence sur le choix du cas01 quant au lieu de formation en médecine spécialisée. En effet, il a contacté par téléphone une collègue de classe qui était médecin spécialiste dans le champ de pratique particulier dans lequel le cas01 désirait être formé. Il fût admis au programme de résidence en médecine spécialisée dans les mois qui ont suivi. Celui-ci a décidé d'abandonner ce programme après un peu plus de deux ans.

*« Alors j'ai appelé une collègue à moi de classe qui était (...). Et ça c'est arrivé en (...), en novembre (...), alors au printemps, juin (...) je suis entré en (...) à l'hôpital (...). Et après deux ans de (...), j'ai essayé de revenir en médecine générale. »*

Le cas01 a abandonné le programme de résidence en médecine spécialisée pour plusieurs raisons. La fondation d'une famille était quelque chose de bien important pour le cas01. Selon ses dires, il s'agit là de la principale raison expliquant son abandon. Entre autres choses, celui-ci avoue avoir arrêté sa formation en médecine spécialisée à la suite d'une séparation conjugale et ce, afin d'avoir un horaire de travail peut-être moins chargé qui lui permettrait de rencontrer finalement la bonne

personne et de fonder une famille. En effet, il vivait difficilement la situation qui voulait qu'il se retrouve seul et sans enfant alors qu'il était âgé d'une trentaine d'années.

*« Alors là je me suis retrouvé en (...), je pense à (...) ans, pas d'enfant et Dieu sait que pour moi c'était important, en tout cas moi c'était une grosse affaire dans ma vie d'avoir une famille. Alors là il fallait que je recommence à zéro. Alors je ne me voyais pas recommencer à zéro, à travailler 80 heures/semaine, comme quand on est en résidence en (...). ... Alors j'ai dit je ne pense pas qu'à travailler 80 heures/semaine que ça va arriver pif-paf comme ça, alors... pour moi, à ce moment-là (...) et tout ça, et de me voir à (...) ans, me retrouver devant zéro, c'était un sentiment bien négatif que j'aimais pas. »*

Il a d'abord pris un congé sabbatique avant d'arrêter définitivement sa résidence. En effet, dans la même période où il a vécu sa séparation, le cas01 a souffert d'une bonne hémorragie suite à une chirurgie. Il a alors pris un congé sabbatique de six mois ce qui a amené un certain délai dans sa formation en médecine spécialisée.

*« Disons qu'au même moment à peu près en (...), je m'étais fait opérer pour (...), bon ok, j'avais une bonne hémorragie après, alors j'étais un petit peu faible, là ils m'ont dit tu as fait une bonne hémorragie, et c'est normal que tu sois faible et que tu ne reviennes pas tout de suite, mais finalement, j'avais pris un sabbatique de 6 mois. »*

D'autant plus qu'à ce moment-là, soit au début des années 1990, on venait de passer la loi voulant que les médecins spécialistes soient rémunérés à 70 % s'ils pratiquent à Montréal, à moins qu'ils décident de pratiquer en province ou d'acquérir une formation en médecine sur-spécialisée aux États-Unis. Qui plus est, le programme de résidence en médecine familiale était maintenant obligatoire pour pratiquer la médecine omnipratique. Ceci amenait le cas01 à craindre que peut-être davantage d'individus choisiraient la pratique de la médecine familiale et qu'il y aurait une éventuelle saturation de cette pratique. Ce passage démontre peut-être le côté entrepreneur du cas01, en faisant implicitement référence à une éventuelle saturation du "marché de la médecine familiale".

*« Et là je me suis dit bon là j'ai le choix, ou bien je continue en (...) et il va falloir que je quitte la ville, que je m'en aille en province et que je sois encore à 70% ou que je m'en aille aux États-Unis. Puis je me suis dit merde, la réglementation vient de passer, maintenant les médecins en médecine familiale font leur résidence en médecine familiale, mais ceux qui font supposons une résidence en plastie ou je ne sais pas trop quoi, et qui veulent revenir faire médecine générale, devront revenir faire de la pratique générale, j'ai dit là il y a peut-être plus de monde qui vont choisir d'aller pratiquer en médecine familiale et je suis mieux de me placer les pieds avant que les places soient saturées. »*

Enfin, il trouvait que sa pratique médicale spécialisé se limitait à juste une chose, tandis que sa pratique médicale d'urgence lui permettait de traiter toutes sortes de problèmes de santé. D'autre

part, une patiente était décédée subitement d'un infarctus suite à une intervention chirurgicale. Le cas01 confie que ce décès l'avait un peu marqué.

*« Puis je me souviens, en tout cas je me garde ça comme prétexte ou comme souvenir, à un moment donné juste faire de (...), bon, c'était quand même juste une chose, et ça m'intéressait quand même pas mal le reste, je me souviens qu'on ait perdu une femme, une femme de je ne sais pas moi, dans la cinquantaine, suite à une (...) et qui a fait un infarctus. Et ça, ça m'avait un peu marqué. Je faisais aussi en même temps (...) où on traitait toutes sortes d'affaires. »*

L'ensemble de ces raisons ont fait en sorte que le cas01 a pris la décision de ne plus suivre le programme de résidence en médecine spécialisée et de retourner à la pratique médicale générale au début des années 1990.

Le cas01 a opté de mettre sur pied une clinique médicale privée en solo dans un édifice de quatre étages entièrement dédié à des services de santé. Il poursuit ses propos en ajoutant qu'il a toujours désiré être propriétaire de son lieu de pratique. Il a donc été actionnaire de l'édifice pendant quelques années avant d'en devenir l'unique propriétaire au milieu des années 2000 pour ensuite le vendre quelques années plus tard. Une trentaine de médecins avaient un bureau dans l'édifice jusqu'à environ trois ou quatre ans (au moment de l'entrevue).

*« J'ai un bureau dans un building qui a 4 étages. Ça été un (...) qu'on appelait, (...), où il y avait une trentaine de médecins. (...) Alors j'ai toujours eu un petit peu dans ma tête à moi à un moment donné d'être propriétaire où j'étais. Alors je me suis joint au groupe, c'était un groupe de médecins qui étaient propriétaires du building et au bout de 10 ans, le principal actionnaire a voulu cascher, il avait des problèmes d'argent, alors il s'est organisé pour que j'achète tout le monde, parce que j'aurais pu juste l'acheter lui et j'aurais été majoritaire. Mais il m'a demandé d'acheter tout le monde, alors j'ai acheté tout le monde au lieu qu'on vende le building à disons une autre firme et qu'on en perde le contrôle. »*

Il ne reste plus maintenant qu'une dizaine de médecins de famille et spécialistes. En effet, le cas01 rapporte qu'il avait eu des pourparlers avec des dirigeants de l'Agence de santé et de services sociaux (ASSS) de Montréal pour que l'édifice abrite une clinique-réseau (CR). Les médecins ayant un bureau dans l'édifice auraient alors travaillé en réseau et offert des services sept jours sur sept, incluant les soirs et les fins de semaine. À cette époque, les médecins devaient également s'engager à faire le suivi de la clientèle. Qui plus est, le cas01 se serait vu octroyé un budget considérable pour la réalisation de la CR. Il soutient qu'à l'annonce de ce projet, près de la moitié des médecins ont quitté et déménagé leur bureau dans des cliniques avoisinantes.

*« On était venus me voir pour faire une clinique-réseau. J'ai dit "pourquoi chez nous?" Bien il a dit "(...), tu es la seule bâtisse qui a 4 étages, une radiologie et qui a le volume de médecins à (...) qui pourrait faire ça." J'ai dit "ok, mais qu'est-ce que ça fait dans la vie une*

*clinique-réseau?" "Bien vous devez être ouverts 7 jours par semaine, et faire le suivi de vos patients." Bon, j'ai dit "c'est correct, j'ai l'intention de faire ça", mais il a dit "(...) en plus, on va te donner un budget pour faire ça". J'ai dit "pardon?" Alors à l'époque on parlait d'un budget qui roulait entre 200 000 et 300 000\$ qu'on donnait à la clinique pour faire ça, et quand moi j'ai rencontré les médecins, je leur ai dit "écoutez, on va suivre nos patients, on va être plogués en réseau avec (...), (...) et compagnie, il y a juste un hic, c'est que vous ne pourrez plus voir les patients aux 5 minutes parce que là on va prendre le temps de les suivre." J'ai eu une démission en bloc de mes médecins d'urgence, la clinique s'est vidée d'à peu près... sur 30 médecins il y en a une quinzaine qui sont partis, des spécialistes sont partis aussi en même temps, et ils sont partis faire de la petite urgence bonbon à côté, une autre clinique avec une pharmacie qui les a ramassés, et tout ça parce que j'ai eu le malheur de leur dire "écoutez peut-être que la visite prendrait plus que 5 minutes parce qu'on nous demande de faire du suivi." »*

Dans les faits, l'octroi d'un important budget pour soutenir une CR aurait amené une compétition entre le cas01 et le groupe de médecins omnipraticiens qui offraient des services médicaux d'urgence (services cliniques sans rendez-vous) dans l'édifice. En outre, ces derniers auraient alors quitté l'édifice dans l'espoir de fonder leur propre CR dans un autre bâtiment. Selon lui, ceci ne s'est jamais concrétisé puisque la compétition se serait par la suite développée au sein même de ce groupe de médecins.

*« Il a fallu qu'en même temps arrive cette histoire-là de clinique-réseau où le gouvernement offrait un budget de 200 000-300 000\$ au groupe pour faire fonctionner la clinique-réseau, et ce qui est arrivé, c'est qu'il est arrivé une compétition avec le groupe d'urgence qui était là qui ont voulu faire la clinique-réseau eux-mêmes ailleurs, et finalement ça n'a pas marché, et comme on dit, la chicane a pogné entre les gars et les filles. Les filles sont parties avec leur petite clinique bonbon d'urgence avec Familiprix et les gars sont partis de leur bord. Et moi je suis resté avec je pense une dizaine de médecins. »*

Le choix de la communauté de sa deuxième communauté de pratique depuis le début de sa carrière, soit celle où il pratique au moment de l'entrevue, a été quelque peu influencé par une infirmière qu'il connaissait et qui habitait la communauté en question. De plus, il avait eu l'occasion de voir plusieurs petits CH sur l'Île de Montréal au cours de sa pratique médicale d'urgence au sein d'une organisation de services préhospitaliers d'urgence, dont le CH de la communauté où il pratique actuellement.

*« Alors en faisant (...) j'avais fait le tour pas mal de plusieurs petits hôpitaux à Montréal, dont l'hôpital (...), et à ce moment-là je connaissais une infirmière qui était justement aussi de (...), je trouvais le coin pas pire, alors j'ai arrêté ma résidence en 2<sup>e</sup> année de résidence pour revenir en pratique générale. »*

En terminant, il est important de souligner certains traits de personnalité que le cas01 mentionne explicitement au cours de l'entrevue. Celui-ci se caractérise comme étant une personne aux idées ouvertes.

*« (...) – et bon, comme j'étais quelqu'un qui avait quand même... on appelle ça comme avoir les idées ouvertes. »*

Il a lui-même payé ses études collégiales et universitaires; son père ne faisant que l'endosser. Le cas01 a donc été autonome et indépendant tôt.

*« (...), tout ce qu'il a fait c'est m'endosser, c'est moi qui payais mes études. »*

Le cas01 confie avoir toujours eu un tempérament d'entrepreneur.

*« Alors j'ai toujours eu un petit peu dans ma tête à moi à un moment donné d'être propriétaire où j'étais. »*

## **Pratique professionnelle actuelle**

Le cas01 pratique maintenant uniquement dans une clinique médicale privée en solo à temps plein depuis son retour à la pratique médicale générale au début des années 1990. Il consacre quatre jours par semaine pour faire de la clinique et un jour pour s'occuper de l'administration ou pour participer à des activités de développement professionnel continu (DPC). Il ne travaille plus à des heures défavorables (soirs et fins de semaine) et n'offre plus de services cliniques sans rendez-vous.

*« Et là, je fais 4 journées par semaine et la 5<sup>e</sup> c'est de l'administration que je fais ou je vais à l'université faire des cours ou des choses comme ça. »*

Le paiement à l'acte est l'unique mode de rémunération du cas01.

La clinique médicale solo est située dans un des arrondissements ouest de la métropole. L'ensemble de l'arrondissement où se trouve la clinique fait partie d'un territoire de réseau local de services (RLS). La population du territoire représente moins de 10 % de la population régionale totale. Celle-ci se démarque, à bien des égards, du portrait de la population montréalaise. La population du territoire compte plus de personnes âgées et moins de jeunes qu'ailleurs dans la région de Montréal. En outre, l'arrondissement où se trouve la clinique compte la plus forte proportion de personnes âgées du territoire. Une forte proportion des habitants de certains secteurs du territoire sont favorisés sur le plan matériel ou financier, tandis que près du quinzième des habitants du secteur où se trouve la clinique font partie des plus démunis. Selon les données

sociodémographiques du recensement 2006, près de 20 % de la population du territoire est âgée de moins de 18 ans, environ 63 % a entre 18 et 64 ans tandis qu'un près de 17 % a 65 ans et plus. Plus du tiers des ménages du territoire compte une seule personne. Les données socioculturelles du recensement 2006 indiquent que le français est la langue maternelle de presque cinq résidants sur dix. Environ le quart des résidants du territoire sont immigrants. Les données socioéconomiques du recensement 2006 indiquent, quant à elles, qu'un peu plus de 23 % des habitants âgés de 15 ans et plus ne détiennent aucun diplôme, certificat ou grade. Il s'agit là d'individus faiblement scolarisés. Par contre, moins de 20 % des habitants âgés de plus de 25 ans sont fortement scolarisés, détenant un diplôme, certificat ou grade universitaire. Le revenu moyen après impôt de la population de 15 ans et plus était de 25 828 \$. Moins de trois enfants sur dix vivent dans des familles dont le revenu est inférieur au seuil de faible revenu. Le territoire enregistrait un taux de chômage de moins de 8 % pour la semaine ayant précédé le jour du recensement (16 mai 2006). Enfin, plus de 35 % de la population âgée de 12 ans et plus rapportaient, en 2005, ne pas avoir de médecin de famille.

La clinique médicale solo est située dans un édifice de quatre étages entièrement dédié à des services de santé et abritant, entre autres, des bureaux d'une dizaine de médecins de famille et médecins spécialistes, de dentistes, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, d'ostéopathes et de massothérapeutes ainsi que des services d'imagerie médicale et d'analyses de laboratoire et une pharmacie-clinique. L'entrée principale du bâtiment donne sur un boulevard commercial important de l'arrondissement. Le quartier où se trouve la clinique est surtout commercial, avec des zones résidentielles dans les rues derrière le boulevard important. Il y a plusieurs commerces et services. Les maisons ne sont pas récentes, datant peut-être d'une trentaine ou une quarantaine d'années. Il s'agit en très grande majorité de triplex et de quadruplex, en rangée. Parmi les ressources de soins de santé disponibles tout près dans le quartier où se situe la clinique, on retrouve, entre autres choses, des cliniques médicales « privées » offrant des services médicaux généraux, spécialisés ou d'urgence, des pharmacies à petite, moyenne ou large superficie (dont une au rez-de-chaussée de l'immeuble où se trouve la clinique), des cliniques dentaires (dont une dans l'immeuble où se trouve la clinique), des cliniques de physiothérapie (dont une dans l'immeuble où se trouve la clinique), un centre local de services communautaires (CLSC) et un CH à vocation communautaire. Parmi les ressources de soins de santé et de services sociaux du territoire, on retrouve le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) qui est un établissement qui regroupe un CH de soins généraux



et spécialisés à vocation communautaire, deux CLSC et quatre centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Sur l'ensemble du territoire de RLS, on retrouve également un CH et son CHSLD qui est un site d'un centre hospitalier universitaire (CHU). Bien qu'il offre des soins de santé généraux à la clientèle située sur le territoire, il est d'abord et avant tout un CHU offrant des services spécialisés et sur-spécialisés à une clientèle régionale et suprarégionale. Il y a également sur le territoire plusieurs cliniques médicales « privées » offrant des services médicaux généraux (plus d'une vingtaine, dont deux sont des groupes de médecine de famille [GMF] accrédités) ou spécialisés, des centres de réadaptation (déficience physique, déficience intellectuelle, dépendances), centres jeunesse, plusieurs pharmacies (grande, moyenne ou petite superficie), plusieurs bureaux de professionnels de la santé (dentistes, audiologistes, orthophonistes, psychologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, optométristes, etc.) ainsi que plusieurs organismes communautaires dont les activités sont liées à la santé et aux services sociaux (santé mentale, toxicomanie, déficience physique, déficience intellectuelle, jeunesse, perte d'autonomie liée au vieillissement, etc.). Il y a également des cliniques de médecine privée (hors Régie de l'assurance maladie du Québec [RAMQ]) offrant des services diagnostiques, thérapeutiques et/ou médicaux aux individus ou aux entreprises. Enfin, certains professionnels de la santé non traditionnels offrent des services (naturopathes, homéopathes, massothérapeutes, chiropraticiens, ostéopathes, etc.).

La pratique du cas01 est toujours ouverte aux nouveaux patients. Il dit voir en moyenne trois nouveaux patients par jour. Les nouveaux patients reçoivent généralement leur premier rendez-vous dans la semaine suivant leur appel téléphonique. Le cas01 soutient que cette disponibilité et cette accessibilité s'expliquent par sa pratique fondée sur une prise en charge de plusieurs problèmes de santé par visite médicale. Il explique que l'état de santé est ainsi éventuellement stabilisé et qu'il n'a pas lieu de revoir le même patient plusieurs fois par année; une ou deux fois suffit.

*« Madame, en moyenne, je vois 3 nouveaux patients par jour à mon bureau. J'en vois. À tous les jours j'en vois des nouveaux patients, Madame. Un nouveau patient qui appelle, il a un rendez-vous la semaine prochaine. Pourquoi? Parce que quand vous traitez tout en même temps, Madame, à un moment donné tout est stabilisé et vous ne voyez plus votre patient 10 fois par année, vous le voyez une fois ou deux et tout est correct. »*

La durée moyenne de la consultation s'établit entre 45 à 60 minutes. Cependant certaines consultations sont plus longues et peuvent durer une heure et demie et parfois jusqu'à un maximum de 2 heures. Le cas01 prend le temps nécessaire pour regarder l'ensemble du tableau clinique et

traiter plusieurs problèmes de santé en même temps. Il est méticuleux et accorde de l'importance à ses notes de consultation.

*« Il n'y a pas grand monde qui prennent en moyenne disons je dirais 45 minutes – 1 heure avec leur patient pour prendre le temps de regarder tout le tableau et de traiter 3-4 affaires ou même 5-6 en même temps. »*

Il parle de la complexification de la pratique médicale générale, et plus particulièrement suivant le vieillissement de la population. Il y a plus de recommandations à suivre pour le dépistage de divers problèmes de santé. La durée de la consultation peut s'avérer plus longue puisqu'il y a plusieurs choses à prendre en compte.

*« Alors ça devient de moins en moins... mais c'est de même la réalité. Les gens de 60 ans là, on prend le temps de checker pour le cancer du côlon, cancer de la prostate, cancer du sein, cancer de l'utérus, l'ostéoporose, l'arthrose, la haute pression, le cholestérol. Je veux dire quand on a fait l'Assurance-Maladie, la moyenne d'âge des gens c'était quoi? 35 ans? Aujourd'hui la moyenne d'âge a beaucoup plus augmenté et... »*

Il a longtemps offert des services cliniques sans rendez-vous. Cette pratique lui était par ailleurs très lucrative. Celui-ci n'offre plus de tels services depuis environ cinq ans (au moment de l'entrevue).

*« J'en ai fait de la clinique sans rendez-vous. J'en ai fait, mon Dieu, jusqu'en (...) et je facturais mon 1 000 \$ du 4 heures. »*

Le personnel de support de la clinique se limite à une secrétaire.

Les principales caractéristiques de la clientèle du cas01 sont : francophone et anglophone, âgée (peut-être 60 % a plus de 60 ans), défavorisée, multiethnique (allophone; peut-être 25 %) et atteinte de multi-morbidité.

*« Âgée et défavorisée et multi problèmes. Le genre de patients que les gens n'aiment pas. Multiethnique, un peu. Parce que j'ai des patients qui sont noirs, j'ai des patients qui sont hindous, j'ai des patients anglophones. Mais disons pas multiethnique comme (...) peut-être, je dirais que 60% de mes patients doivent avoir 60 ans et plus et je dirais, je ne sais pas moi, un 10% sont noirs, un autre 10% sont chinois, un 5% peut-être asiatiques. »*

Le cas01 rapporte que ses patients ont recours à une pluralité de sources d'information en matière de santé : leur médecin de famille, leur réseau social (famille, proches, amis, voisins, collègues et autres personnes), Internet et les médias (télévision, radio, journaux, revues et autres).

*« Bien la plupart vont prendre l'information sur ce que je leur dis. Il y en a une minorité qui la prennent sur Internet, et une autre minorité "je connais une voisine ou mon frère ou untel m'a dit de prendre tel médicament", des patients qui viennent me voir "on m'a dit de prendre tel médicament, docteur, pouvez-vous me le prescrire? Je veux l'avoir". Mais l'information scientifique-là, ils vont l'avoir de moi parce que sinon c'est ce qu'ils entendent*

*à la télévision. (...). Alors les gens prennent leur information sur les annonces qu'ils voient dans les journaux. »*

Lorsque l'intervieweuse (en l'occurrence la chercheuse principale) lui demande si c'est une façon différente de pratiquer la médecine lorsque les individus viennent d'autres cultures, le cas01 répond dans l'affirmative et ajoute que les individus d'origine culturelle autre que québécoise de souche ont une vision des choses et des priorités différentes.

*« Oui, ils ont une vision différente des choses, ils n'ont pas les mêmes priorités que nous autres. »*

En pratique générale, le cas01 aimait donc, et aime toujours d'ailleurs, la prise en charge et le suivi au long cours et ce, tout en tentant de donner des opinions fondées sur les données probantes et sa compréhension de la médecine. Il confie qu'il lui arrive même de donner des opinions contraires à celles de certains médecins spécialistes. Certains de ses patients apprécient ce genre de deuxième opinion et viennent le voir pour ça, d'autres n'apprécient guère.

*« Et ce que j'aimais dans la pratique générale que je fais, c'est justement le suivi que je fais et j'essaie de rester, disons de donner une opinion basée sur les faits, et ce que je comprends de la médecine et ça arrive des fois que je vais donner des opinions qui sont contraires à certains spécialistes, j'ai des gens qui viennent me voir pour ça. J'ai des gens qui me quittent quand ils voient que je dis contre ce que le spécialiste dit, mais il me reste encore des patients qui viennent me voir et qui des fois, avant de se faire proposer telle opération en intervention, que ce soit cardiaque ou autre, ils viennent me demander, "Dr (...) dois-je vraiment me faire opérer?" J'ai connu plus d'un patient à qui j'avais dit "attendez, ne vous faites pas opérer tout de suite de la prostate, vous seriez mieux de faire checker votre cœur" et "non, non... le cardiologue m'a vu en pré-opération et c'est correct." Donc les deux ont claqué un infarctus lors de l'intervention de la prostate. »*

Le cas01 développe davantage sa pensée en expliquant sa conception du rôle du médecin omnipraticien. Sa conception est forte intéressante. Selon ses dires, le médecin omnipraticien est le spécialiste de la généralité du patient. Il s'agit du seul médecin pouvant donner une opinion fondée sur la prise en compte de l'ensemble de l'individu, fondée sur une connaissance globale de ce dernier. Au contraire, le médecin spécialiste ne donne parfois son opinion que sur une seule chose. Le cas01 semble encore une fois faire implicitement allusion au domaine de pratique limité de la médecine spécialisée.

*« C'est de la façon que je vois le rôle du généraliste. Le généraliste, quand je l'avais regardé à la télévision, c'était quelqu'un qui prenait le temps de regarder les différentes facettes et c'était le seul qui était disons le spécialiste de la généralité du patient et qui*

*pouvait donner une opinion en fonction de ça, contrairement à un spécialiste qui donne juste des fois son opinion sur une chose. »*

Pour le cas01, la préférence pour la prise en considération de l'individu dans sa globalité relève probablement d'une question de tempérament, de trait de caractère. Celui-ci est d'avis qu'il s'agit de tout un défi de tenir compte de l'ensemble des systèmes d'un individu, de comprendre leur fonctionnement et d'essayer de traiter toutes les choses qui ne fonctionnent pas bien.

*« Je veux dire ça doit aller avec mon tempérament, mon caractère. Parce que vous savez, c'est tout un défi de regarder une personne avec tous ses systèmes, la façon que ça fonctionne et d'essayer de réparer toutes les petites affaires qui ne marchent pas. »*

En fait, le cas01 est d'opinion que les médecins devraient traiter plusieurs problèmes de santé lors d'une seule visite médicale. Il croit par ailleurs qu'une telle pratique est plus gratifiante pour un omnipraticien. À ses yeux, la prise en charge de plusieurs problèmes de santé en même temps vient briser la monotonie et amène quelque chose de plus en bout ligne. Il est cependant conscient que ceci n'a jamais été prouvé. Qu'à cela ne tienne, le cas01 y croît.

*« Prendre le temps de traiter plusieurs choses à la fois, je pense que... en tout cas, je ne l'ai jamais prouvé, j'aimerais ça qu'on le prouve que ça... parce que ça ferait ouvrir la porte. Et j'ai l'impression que c'est plus gratifiant pour un médecin généraliste, et c'était pour ça dans le fond que j'avais pris la médecine générale. C'est pour pouvoir faire plus d'une chose à la fois, briser la monotonie, et que ça donne quelque chose de plus en bout de ligne. En tout cas j'y crois, que ce que je fais c'est quelque chose qui a de l'allure. »*

Enfin, le cas01 termine ses propos en soutenant que le rôle du médecin de famille peut inclure l'émission d'une deuxième opinion sur n'importe quel sujet. Il souligne l'importance de l'indépendance du médecin de famille. L'importance de l'indépendance professionnelle du médecin revient d'ailleurs à quelques reprises au cours de l'entrevue. Seuls les faits doivent influencer la pratique clinique des médecins de famille, et non pas des considérations d'ordre économique ou autres.

*« Alors on peut donner ça comme rôle du médecin de famille, c'est quelqu'un qui peut donner une deuxième opinion indépendante sur n'importe quel sujet. Et c'est ça que je préconise, l'indépendance du médecin de famille. (...) Mais d'être capable de dire de façon indépendante, écoute c'est ça le problème, c'est ça qu'il faudrait que tu fasses, moi je me dis toujours la maladie est là, elle est mathématique, elle n'a pas de sentiment. Elle va fesser quand ça lui tente et il faut que tu fasses face au bat avec les faits et non pas... parce que c'est... tu vas faire plus d'argent si tu fais ça. »*

En effet, le cas01 place beaucoup d'importance à l'indépendance professionnelle des médecins. Il avoue avoir toujours apprécié que les médecins prennent la meilleure décision possible pour le patient et ce, en demeurant indépendants.

*« J'ai toujours apprécié qu'on prenne la meilleure décision possible envers le patient et qu'on reste indépendant. »*

Il voit, d'une certaine façon, son travail de médecin comme celui d'un juge. Il se doit de jouir d'une indépendance professionnelle lui permettant de porter un jugement sur une situation sans subir l'influence de qui que ce soit.

*« Moi je suis d'une autre vision où j'aime bien préserver l'indépendance... en tout cas, dans ma vision des choses moi, je vois bien gros le travail des médecins comme le travail d'un juge. Moi j'ai à juger d'une situation d'une façon indépendante. Et la meilleure façon d'assurer ça, d'être indépendant, c'est que je ne sois pas influencé par que ce soit le pharmacien qui est là, qui... parce que le pharmacien qui t'arrive avec des cadeaux à tout bout de champ, c'est ça qu'on avait, on avait la pharmacie en dessous de chez nous et il nous arrivait toujours avec des cadeaux à Noël et tout ça, et... ils l'ont démontré en psychiatrie, si tu donnes un cadeau à un docteur, ça influence son jugement, alors... j'ai toujours apprécié qu'on prenne la meilleure décision possible envers le patient et qu'on reste indépendant. »*

Le cas01 préconise l'indépendance du médecin de famille. Il laisse sous-entendre les offres que faisaient certains pharmaciens propriétaires aux médecins pratiquant ou désirant pratiquer dans des cabinets privés. En effet, certains pharmaciens propriétaires offraient gratuitement un espace locatif, les réparations locatives ainsi que le support secrétaire et administratif. Les médecins n'avaient qu'à voir un certain nombre de patients par jour. Cependant, le cas01 ne s'est jamais senti à l'aise dans ce genre d'entente. En riant, il ajoute que les pharmaciens du secteur doivent le savoir puisqu'ils sont venus chercher tous ses confrères, mais pas lui.

*« Et c'est ça que je préconise, l'indépendance du médecin de famille. D'aller dans une pharmacie qui me demande de voir tant de patients par jour parce que ça va être plus rentable, je ne me sens pas à l'aise là-dedans. Et les pharmaciens le savent. Ils ne viennent pas me chercher. Ils sont venus chercher tous mes confrères et ils ne sont pas venus me chercher, moi (rire). »*

Cela étant dit, le cas01 rapporte que le nouveau propriétaire de l'édifice où se trouve sa clinique lui a confié ne pas avoir été en mesure de louer des nouveaux locaux rénovés à des médecins. Cet individu réalise fort bien qu'il est en compétition avec les pharmacies du secteur. De plus, même avec des loyers comparables, les pharmacies pourront toujours offrir des avantages matériels ou financiers (tels que des primes, récompenses, ristournes) aux médecins que des entrepreneurs indépendants ne peuvent offrir. Le cas01 va même jusqu'à dire qu'il est possible que les changements apportés au code de déontologie du Collège des médecins du Québec (CMQ) en mars 2008 n'empêcheront pas les pharmacies d'attirer les médecins. Selon ses dires, il y aurait suffisamment de têtes intelligentes dans l'industrie pharmaceutique pour contourner la loi et

développer des moyens pour que les avantages matériels ou financiers consentis aux médecins n'apparaissent nulle part. Qui plus est, il y aurait également un certain avantage pour les médecins d'être près d'une pharmacie, ne serait-ce que pour ses propres besoins personnels en médicaments ou pour le lien avec ses patients. Donc, aux yeux du cas01, il est attirant pour certains médecins d'occuper des locaux là où il y a la présence d'une grossiste, soit le pharmacien.

*« Il m'a dit qu'il a déjà rénové des locaux tout neufs à des médecins et qu'il n'a jamais été capable de remplir ses locaux. Et c'était quelqu'un de local, il sait que qu'il est en compétition avec les pharmacies, et les pharmacies auront toujours un avantage sur les médecins, parce que les pharmaciens peuvent donner des récompenses aux médecins qu'un autre entrepreneur indépendant ne peut pas donner. À part de baisser les loyers, mais ça, Jean Coutu est capable de faire ça et même si le Collège des Médecins a émis ses lois, j'imagine qu'il y a assez de têtes à Papineau dans l'industrie pharmaceutique pour trouver les moyens de contourner la Loi et les ristournes et qui ne paraîtront pas, x, y, z. Ils auront le moyen d'attirer les docteurs. Et comment je peux dire... il y a un certain avantage aussi pour un docteur à être là où il y a une pharmacie. Je veux dire le docteur a besoin de médicaments, ne serait-ce que pour usage personnel ou pour disons le lien avec ses patients, alors pour lui, c'est attirant d'être à une place où il y a un grossiste là, un pharmacien. »*

Ces passages parlent de l'importance de l'indépendance professionnelle dans la pratique décisionnelle du médecin de famille. On peut peut-être y voir une disposition propre au professionnalisme médical. Point intéressant, on peut peut-être noter aussi un certain manque de respect envers la profession de pharmacien.

Qui plus est, le cas01 est d'opinion que le médecin de famille a une obligation de moyens et non pas de résultats. Ce commentaire revient également à plusieurs reprises tout au long de l'entrevue. Selon lui, le travail du médecin omnipraticien ou de famille est d'offrir, de proposer aux patients les moyens. Il se doit d'expliquer les moyens proposés et les raisons qui justifient leur utilisation et ce, afin d'essayer de convaincre les patients de prendre les moyens proposés. Le médecin de famille n'a toutefois pas l'obligation de réussite puisque l'utilisation des moyens proposés relève des patients eux-mêmes ou du système de santé (disponibilité et accessibilité des services).

*« Bien, tout ce que j'ai c'est d'essayer de la convaincre de prendre des moyens et j'ai même pas l'obligation de réussite. Alors moi on va pouvoir me taper sur les doigts si j'ai pas pris le temps de lui dire "écoute, tu aurais pu faire ça pour essayer de traiter ça." Mais que le patient... le patient dit "vous allez me chicaner", je dis "on n'est pas là pour vous chicaner, on est là juste pour vous dire ce que vous devriez faire et vous savez la fameuse expression, l'homme propose, la femme dispose, bien c'est de même. Nous autres on propose, et vous, vous disposez, vous faites ce que vous voulez. Mais notre job c'est que vous compreniez que ça sert à ça et c'est pour ça." »*

Le cas01 gère les situations avec beaucoup d'incertitudes en informant le patient. Ceci dit, il va tout d'abord prendre le temps de faire un bilan et parfois de faire une requête d'examen. Celui-ci demande alors une consultation en médecine spécialisée dans l'éventualité où il n'est pas capable de résoudre le problème de santé.

*« Bien je veux dire quand c'est incertain, je le dis au patient, je dis "écoutez, je ne sais pas, on va aller demander au spécialiste." (...) Et si je ne suis pas capable de le résoudre le problème, on passe à l'autre étape, on demande un spécialiste. Mais c'est sûr que je vais prendre le temps de faire un certain bilan, comme je vais demander la résonance magnétique avant de peut-être l'envoyer voir le neurologue. Qu'il arrive là et que le neurologue va dire on va demander une résonance magnétique, je veux dire j'aime bien faire le bilan, alors quand les gens arrivent, bien je reçois la réponse, le bilan est à ça, ça, ça, ça, ça et je le sais, c'est tout le bilan que j'avais envoyé alors si tu peux me donner la réponse, paf! (...) Alors c'est souvent comme ça que je vais arriver, le bilan qu'on nous enseigne à l'université de faire, je prends le temps de le faire et quand là il a besoin d'un spécialiste, je vais souvent référer un spécialiste. »*

Le cas01 avoue s'être habitué à un certain style pour faire l'annonce de mauvaises nouvelles à ses patients. Avec l'expérience, il a appris à établir une distance émotionnelle entre ces situations et lui-même. Il réussit à faire une coupure entre sa vie personnelle et sa vie professionnelle.

*« On s'habitue au style. Et je veux dire ce qu'on fait c'est qu'on se coupe, on... Oui, il faut absolument. Et quand je pars du bureau et je m'en viens, bien le bureau il faut que je le laisse là. Ça j'arrive à le faire, côté patients. »*

Le cas01 parle de ses relations professionnelles avec les confrères médecins et les autres professionnels de la santé. D'entrée de jeu, le cas01 confie n'avoir que très peu d'interactions sociales avec des confrères médecins de famille et médecins spécialistes, mis à part lorsqu'il assiste à des formations à l'université ou à des conférences.

*« Alors disons que côté vie sociale entre les docteurs, à part de quand je vais à des cours à l'université ou des conférences, j'ai très peu de rapports. »*

Le cas01 rapporte d'ailleurs n'avoir que très peu d'interactions sociales avec les collègues médecins de famille ayant des bureaux dans le même édifice que lui. En fait, il affirme ne pas avoir le temps de socialiser durant la journée, à part peut-être un petit bonjour en tout début de matinée. Celui-ci mange d'ailleurs rapidement un sandwich entre deux patients en guise de lunch. Qui plus est, le cas01 rapporte un climat de compétition entre les médecins dans l'édifice. En guise d'exemple, il fait mention en riant qu'un des médecins de famille pratiquant dans une clinique solo comme lui avait même tenté d'acheter l'édifice à rabais et sous la condition que le cas01 quitte l'édifice.

*« Ah mon Dieu... à part des médecins que je rencontre lors des cours de l'université, il n'y a pas grand rencontres. Dans la clinique où je suis, c'est la compétition. Si je pense à un médecin qui est en face de moi, qui est médecin solo comme moi, il savait la situation économique difficile où j'étais avec le building que j'avais, alors il est passé en "silent partner" pour acheter à un prix bas et il demandait que je parte (rire). Mon autre collègue omnipraticien qui lui fait juste de la clinique sans rendez-vous 4 heures par jour, 4 jours par semaine et le reste il travaille ailleurs, il ne chiale pas trop, c'est toujours le gros bonjour, mais quand j'entre dans mon bureau, moi, à 8h30 le matin et que c'est le sandwich entre deux patients, non, j'ai pas le temps de socialiser plus que ça. »*

Point intéressant, le cas01 semble avoir peu de respect pour le travail des médecins de famille pratiquant en CLSC. En fait, il semble douter de l'ardeur au travail des médecins de famille pratiquant en CLSC puisque, selon lui, ces derniers ne verraient qu'un nombre minime de patients par jour pour ensuite ne rien faire.

*« Moi je souhaiterais dans le fond que pour pas se casser la tête, qu'on les mette à... qu'on nous mette à salaire nous autres, les médecins, en pratique générale. Mais la grosse crainte, c'est qu'on fasse tous comme dans les CLSC et qu'on voie juste 2-3 patients par jour et qu'on fasse plus rien. »*

Le cas01 considère que les médecins spécialistes sont des techniciens pour des problèmes de santé bien spécifiques; commentaire qu'il fait d'ailleurs à ses patients à l'occasion. En fait, il commente aussi parfois que la théorie est la même pour les médecins de famille et les spécialistes, mais que la seule différence entre ces deux types de médecin se situe au niveau que le médecin de famille ne peut pratiquer la chirurgie ou la biopsie.

*« Et ça m'arrive à l'occasion de dire vous savez, la différence entre un spécialiste et nous, les omnipraticiens, c'est la même théorie, sauf que moi je ne peux pas vous opérer ou je ne peux pas faire la biopsie. Alors des fois, j'ai souvent des gens qui... quand je réfère disons à une urologue parce qu'il y a un nodule ou quoi que ce soit, les gens me reviennent et disent "mon Dieu, elle est juste venue me voir en arrière, elle est partie puis sortie. Je suis resté 2 minutes dans le bureau." Je dis "oui, mais il était là juste pour ça, c'est un technicien, un spécialiste. Le spécialiste est là pour le problème." »*

Ceci dit, le cas01 prétend avoir un bon réseau de médecins spécialistes vers qui référer ses patients. Son réseau ne se limite pas à un seul CH. Il dit plutôt référer ses patients vers le CH approprié aux besoins des patients. Par exemple, il va référer ses patients vers l'Institut de cardiologie de Montréal si ceux-ci ont besoin de voir un cardiologue.

*« Bien je sais où référer les gens pour la bonne affaire. Alors pour certaines affaires je vais référer à l'Institut de Cardio, pour d'autres je vais les envoyer à l'Hôpital Général de Montréal, ou à l'Hôpital St-Luc ou à l'hôpital local (...). Alors ça, pour prendre le téléphone et d'appeler un spécialiste quand il y a une urgence, je veux dire je le fais. »*



Qui plus est, le cas01 contacte parfois personnellement les médecins spécialistes et insiste pour leur parler de vive voix et ce, particulièrement lorsqu'il juge urgent qu'un de ses patients soit vu rapidement. Il lui arrive même à l'occasion de parler à un médecin spécialiste pour ensuite transférer d'emblée le patient aux services de médecine spécialisée du collègue médecin spécialiste.

*« Alors un patient que c'est urgent et qu'il a besoin d'être vu et que j'ai besoin de parler au chirurgien, et je lui parle même s'il est en salle d'op. ou je l'appelle à son bureau. Le cardiologue, je veux dire je l'appelle, ou si j'ai besoin de transférer un patient qui a besoin d'un pontage, le patient va arriver, il va partir de mon bureau, il s'en va à l'Institut de Cardio et il va avoir son pontage. Tout le work up va avoir été fait. »*

Lorsque l'intervieweuse aborde une question connexe à savoir si les médecins spécialistes sont parfois de bonnes sources d'informations, le cas01 répond qu'effectivement ces derniers sont des sources écrites d'informations et ce, particulièrement à travers les demandes de consultation en médecine spécialisée qu'il fait et les rapports qu'il reçoit. Les collègues spécialistes ne sont toutefois pas des sources orales d'informations puisque le cas01 confie ne pas faire de demande d'information par téléphone.

*« Je le fais, mais en consultation. Pas par téléphone. Parce que quand on est au bureau, le seul temps qu'on a besoin de parler au téléphone, c'est parce que c'est une urgence. Et ça va arriver moins fréquemment. Alors oui, je vais l'avoir, mais beaucoup à travers les consultations que je fais et les rapports que j'ai des spécialistes. »*

Enfin, le cas01 soutient ne pas toujours avoir un bon retour de consultation de la part des médecins spécialistes. En fait, ceci semble dépendre de l'organisation dans laquelle pratique les médecins spécialistes. Par exemple, les médecins spécialistes en cardiologie qui pratiquent à l'Institut de cardiologie de Montréal lui envoient toujours une lettre dactylographiée pour l'informer du suivi en médecine spécialisée. Ceci dit, il précise qu'il y a certains médecins spécialistes qui pratiquent au CH de sa communauté et qui envoient des lettres écrites à la main qui sont parfois très difficiles à lire.

*« Ce que j'apprécie de l'Institut de Cardio, c'est que quand les patients sont vus là-bas et qu'on reçoit une belle lettre d'information, tout est dactylographié sur... on a l'information pertinente. C'est tout le contraire quand tu envoies à une autre place, tout ce que tu as c'est une petite feuille écrite à la main – ça, quand tu l'as – et que tu n'es pas capable de déchiffrer ce qui est marqué dessus. J'envoie les gens passer leurs tests de la fonction respiratoire à (...) pour ça. À (...), c'est écrit à la main et des fois on n'est même pas capable de comprendre ce qui est écrit. »*

Le cas01 semble avoir très peu de respect, sinon aucun, pour la profession de pharmacien. Celui-ci juge que les pharmaciens sont avant tout des commerçants et non des cliniciens. Au cours

de l'entrevue, il qualifie les pharmaciens tantôt de vendeurs de pilules, tantôt de grossistes.

Le cas01 parle aussi à au moins deux ou trois reprises d'erreurs dans les prescriptions de ses patients.

*« Alors moi ce que j'explique aux gens, j'ai dit "écoutez, la réalité, on ne me convaincra pas que... un pharmacien, c'est d'abord un commerçant. Et non pas un clinicien." Jean Coudu se fend en 6 pour essayer de donner une image de clinicienne, mais dans ma compréhension, on vous enseigne des molécules comment ça marche, et après ça vous avez le devoir de les vendre. Et si vous voulez que votre pharmacie marche, il faut en vendre. »*

Il doute qu'un pharmacien ait le temps d'avoir une longue discussion clinique avec le patient portant sur les médicaments, leurs effets secondaires et les interactions médicamenteuses possibles. Celui-ci pense plutôt que le pharmacien se contente d'imprimer une fiche d'information et de la remettre au patient, sans plus.

*« Le pharmacien peut avoir une discussion clinique sur les médicaments, les interactions et les effets secondaires et il va prendre le temps de discuter de tout ça avec le patient? Dans la vraie vie, je ne pense pas qu'un pharmacien va passer une demi-heure avec un patient pour lui expliquer comment ça marche. Alors c'est du Hollywood pour le faire venir, et c'est... en tout cas, ça fait partie du marketing, une fois qu'il est dans la place, entends-tu bien des gens qui vont aller se plaindre: "eh il était supposé m'expliquer et... c'est le papiers d'ordinateur", "ok, tout est expliqué là madame, tout est là dedans." »*

Le cas01 semble respecter la profession de sage-femme. Il a eu des expériences de collaboration interprofessionnelle avec ce type de professionnels de la santé à l'époque où la pratique d'obstétrique occupait une place importante dans sa pratique.

Il a peu, sinon aucune connaissance de la profession d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne.

Le cas01 aborde quelques circonstances du champ de la médecine (en général) et qui peuvent exercer une certaine influence sur la pratique médicale. D'entrée de jeu, il insiste sur l'importance du code de déontologie des médecins. Entre autres, il utilise le code de déontologie pour expliquer pourquoi, selon lui, la grève des médecins spécialistes en 2007 ne respectait pas l'éthique de la profession puisqu'elle allait à l'encontre des services à la population; propos qu'aurait également soutenu le Conseil des services essentiels. Encore une fois, le cas01 démontre qu'il ne semble pas avoir froid aux yeux puisqu'il avait alors déposé une plainte officielle auprès du CMQ.

*« Imaginez-vous, quand les médecins spécialistes ont arrêté d'enseigner aux étudiants et aux résidents, ils allaient à l'encontre de leur code de déontologie. J'ai fait une plainte moi, officielle, au Collège des Médecins. Je pense que la plainte a paru dans le journal (...), un mardi. ... Le Conseil des Services Essentiels a été dire carrément que ce qu'ils faisaient était à l'encontre aussi de ce qui se passait dans notre code d'éthique et que c'était pas, entre guillemets « légal », il y avait collusion, et c'est bien marqué dans notre code de déontologie, que s'il y a collusion entre les médecins pour aller à l'encontre des services à la population, tu passes au bat au Collège des Médecins. »*

Or, lors de la séance devant le comité de discipline du CMQ, la défense de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) a été de jouer sur l'interprétation d'une certaine loi adoptée par le gouvernement. Selon le cas01, cette loi oblige les directeurs de CH ou d'autres établissements à avertir le syndic dans l'éventualité d'agissements non corrects de la part des fédérations médicales. Le syndic amène ensuite la plainte devant le comité de discipline du CMQ. La défense de la FMSQ a donc été de dire que le cas01 n'est pas un syndic et que, de ce fait, il n'a pas le droit d'amener la plainte au comité de discipline. Fait à noter, il semble qu'aucun directeur de CH ou de tout autre établissement de santé n'ait porté plainte auprès du syndic durant la grève des médecins spécialistes de 2007. Le cas01 précise que tout le monde se tait.

*« Alors on s'est ramassés au comité de discipline cet hiver, la défense de la Fédération a été que quand le Ministre a fait la Loi 55, il a dit que la minute que les fédérations feraient quelque chose de pas correct, le directeur d'un hôpital ou d'une régie doit avertir le syndic et le syndic doit amener ça au comité de discipline. Et leur défense, c'était que comme ça été prescrit, la façon de faire, Dr. (...) n'est pas un syndic, il n'a pas le droit d'amener la plainte au comité de discipline. Seul le syndic a le droit d'amener la plainte. Alors vous voyez comment ils se servent d'une loi qui dans le fond au départ était... le Ministre, quand il a fait ça, la Loi 55, il a dit "écoute, la minute qu'il y a quelque chose de pas correct, j'espère qu'un des directeurs va aller se plaindre au syndic ou le syndic va faire sa job". Non... et tout le monde se tait. »*

On pourrait dire que ces passages illustrent bien que le cas01 est peut-être un mouton noir, un trouble-fête ou encore un empêchement de tourner en rond. Il faut sûrement beaucoup d'audace pour porter plainte contre un ou des confrères médecins de famille ou médecins spécialistes. Le cas01 ne démontre pas le besoin de conformité au groupe.

Selon le cas01, tout en médecine est basé sur le rendement économique. Le rendement économique est le principal critère de décision des médecins quant aux choix de carrière, de spécialisation, de type de pratique et de lieu de pratique. Le deuxième critère d'importance est le style de vie désiré tel que, par exemple, le temps pour la vie familiale. Il faut que le travail soit payant avant tout.

*« Alors quand j'ai regardé votre travail, oui, le rendement économique est la principale chose qui va faire décider un médecin de ce qu'il va faire comme pratique. Soit un spécialiste, soit s'en aller en hôpital ou soit s'en aller dans un groupe ou s'en aller solo. Tout est basé sur le rendement. L'argent, oui. Et après ça vient le style de vie, je vais tu avoir le temps de voir mes enfants? Mais c'est d'abord il faut que ce soit payant. »*

Selon ses propos, il semble donc que le revenu annuel des médecins, et le train de vie qui en découle, soient des sources de richesse qui incitent les individus à choisir la carrière médicale.

*« Les médecins sont d'abord là pour gagner de l'argent, ok, avoir un train de vie. Quand tu demandes pourquoi tu as choisi d'être médecin, bien c'est parce que dans mon image, le médecin c'est un gars qui est riche et qui gagne de l'argent. »*

Le cas01 est d'opinion que l'allégeance des médecins est d'abord et avant tout à leur portefeuille, donc à leur revenu, et à qui va défendre leur portefeuille. La FMSQ et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) jouent un rôle important à ce niveau. En tant que syndicats des médecins, ces deux Fédérations ont le rôle d'assurer la défense et la protection de leurs membres.

*« L'allégeance des médecins est à son portefeuille. Et à qui va défendre son portefeuille et les Fédérations font ça comme il faut. »*

Il semble donc qu'aux yeux du cas01, tout est une question d'argent en médecine. Des intérêts d'ordre économique et social (aspiration à un style de vie, statut social) exercent tous deux une influence sur les comportements et les décisions (non cliniques) des médecins. Ceci dit, c'est les intérêts économiques qui jouent le rôle d'influence le plus important. On fait ici allusion au statut social que la richesse matérielle ou financière amène à l'individu. Le capital symbolique désigne donc le capital économique puisque que ce dernier possède une reconnaissance particulière au sein de la profession médicale et de la société.

Point intéressant, il est d'avis que des raisons mercantiles ont rendu difficile la reconnaissance de la profession de sage-femme au Québec à l'époque. En fait, le cas01 avoue avoir toujours été sous l'impression que des raisons purement monétaires amenaient les médecins à craindre qu'un autre corps de métier entre dans leur chasse. Selon lui, les craintes exprimées venaient davantage des médecins de famille pratiquant l'obstétrique-périnatalité que des médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie. C'est les médecins de famille pratiquant l'obstétrique qui risquait le plus de perdre un revenu puisque le travail est sensiblement le même; c'est-à-dire le suivi et la prise en charge de grossesses et d'accouchements en l'absence de problème nécessitant un suivi spécialisé. Pour toutes ses raisons, il a fallu faire les preuves qu'il n'y avait pas plus de bébés qui décédaient lorsque les sages-femmes pratiquaient les accouchements avec compétence. En

résumé, c'était surtout les médecins de famille pratiquant l'obstétrique-périnatalité qui appréhendaient le plus une certaine compétition avec les sages-femmes quant à l'offre de services de soins d'obstétrique-périnatalité en première ligne, tandis que cette appréhension était principalement fondée (bien que de manière implicite) sur la crainte de perdre du pouvoir économique.

*« Et ce que je trouve plate... encore là, on revient au mercantile. Pourquoi les gynécologues ont eu peur à mon hôpital que les sages-femmes rentrent? Que ça leur enlève leur revenu? Voyons donc! Une sage-femme, je veux dire elle ne fera pas des césariennes. Si ça enlève le revenu à quelqu'un ça va être aux omnipraticiens, parce qu'ils font une certaine... un certain travail qui est pareil. Alors... et c'est vrai que je pense que la crainte était beaucoup plus des omnipraticiens qui pratiquaient des accouchements dans le temps que peut-être des spécialistes. Les spécialistes, comme ils étaient minoritaires dans le groupe, ils... En tout cas, moi j'ai toujours eu comme l'impression que la crainte que les médecins avaient qu'un autre quart de métier entre dans leur chasse c'était pour des raisons purement monétaires. Parce qu'il a fallu faire les preuves que les sages-femmes ça ne tuait pas plus d'enfants si les choses étaient faites comme il faut. »*

Ce passage représente un bel exemple de l'utilisation de trois types d'intérêts (professionnels, sociaux et économiques) pour justifier les actions de la profession médicale. En effet, il semble que les médecins, en tant que groupe professionnel, auraient fait usage de ressources culturelles du professionnalisme médical (connaissances scientifiques, compétences, capacités, etc.) afin de limiter et de contrôler l'arrivée d'un corps professionnel qui viendrait éventuellement retirer ou limiter une partie des ressources financières (ou du marché) des médecins (plus particulièrement les médecins de famille offrant des services d'obstétrique-périnatalité); donc ici on voit apparaître d'un côté des dispositions propres au professionnalisme médical et d'un autre des dispositions propres au côté affaires de la médecine. En bout de compte, en tentant de s'assurer que les sages-femmes ne tuaient pas plus d'enfants que les médecins, la profession se montrait aux yeux du public comme le défenseur et le protecteur des intérêts et du bien-être de la population (rôle social de la médecine), et plus particulièrement des femmes enceintes; donc l'usage de dispositions propres à la médecine sociale vient d'apparaître ici. On boucle la boucle !

Point intéressant, le cas01 est d'avis que la FMSQ et la FMOQ bénéficient toutes deux d'énormément de pouvoir politique. Le lobby médical est très puissant auprès du gouvernement.

*« Qui a le plus de pouvoir, c'est notre président de la Fédération des Omnipraticiens et le président de la Fédération des Spécialistes. Vous l'avez très bien vu avec la grève des spécialistes, l'année passée. M. Charest qui a fallu qu'il vire de bord et M. Couillard qui a fallu qu'il vire de bord devant la grève, même s'il était... »*

Le pouvoir d'influence politique des médecins est tel que lorsque vient le temps de prendre de grosses décisions, les décideurs politiques prennent le temps de s'assurer de ne pas froisser les susceptibilités des fédérations médicales. Aux yeux du cas01, ce sont donc les fédérations qui mènent les grosses décisions.

*« Mais quand vient le temps de prendre les grosses décisions, on prend le temps de s'assurer qu'il n'y a pas de grosses vagues qui sont déplacées ou quoi que ce soit. C'est les fédérations qui mènent. »*

Autre point intéressant, le cas01 ajoute que les allégeances des médecins sont aussi à la profession médicale. Il fait particulièrement référence à la protection des intérêts des collègues ou confrères médecins. Cette allégeance serait prioritaire à celle envers les patients. Le médecin risque d'être rejeté du groupe, de la « gang », s'il protège les intérêts des patients au détriment des intérêts de ses pairs.

*« Non, non, Madame, moi je l'ai fait d'être là pour le patient, ça m'a ramassé en comité de discipline, ça m'a fait mettre en dehors de l'hôpital, et je me suis fait dire par mes confrères, "(...), tu n'es pas un gars de gang". Bien oui, mais j'ai dit "on n'est pas supposés être là pour défendre le patient?" Alors je veux dire... »*

À la lecture de ces propos, il semble qu'on puisse imaginer que les intérêts du groupe de collègues et de confrères médecins de famille et médecins spécialistes exercent, de façon implicite ou explicite, des pressions sur les médecins et viennent influencer la pratique de ces derniers.

Lorsque l'intervieweuse demande s'il existe une loi d'omerta en médecine, le cas01 répond d'emblée par l'affirmative.

*« Ah oui! Bien sûr! Ah oui, il y en a une. »*

On peut donc voir un intérêt de protéger les intérêts de la profession médicale. La loi d'omerta ferait, en quelque sorte, que les médecins n'ont pas le droit de parler contre leurs pairs (du moins publiquement) ni de porter plainte s'il se passe quelque chose d'inacceptable au CH ou ailleurs.

En fait, le cas01 opine à quelques reprises au courant de l'entrevue que les médecins de famille sont en constante compétition avec leurs confrères médecins de famille et médecins spécialistes. À ses yeux, les médecins sont des entrepreneurs de petites et moyennes entreprises (PME) qui sont continuellement confrontés à la compétition de leurs pairs. Le cas01 fait explicitement allusion au côté entreprise ou affaires de la pratique de la médecine.

*« J'ai même eu un jeune médecin à un moment donné que je connaissais dans les environs parce qu'il connaissait mon épouse, qui voulait venir chez nous et je disais j'en ai un médecin qui fait du sans rendez-vous, je vais lui en parler. Et le médecin qui faisait du sans rendez-vous m'a dit "écoute (...), je préfère rester tout seul, quitte à ce que tu me charges plus cher comme bureau ». Alors comme je disais dernièrement encore à l'autre, "les médecins c'est toutes des petites PME qui vivent en compétition". »*

En outre, certains médecins spécialistes peuvent ne pas apprécier que des médecins de famille fassent une intervention qui relève de leur domaine médical de spécialisation.

*« J'ai une patiente la semaine passée que j'ai vue, elle fait du lupus. Elle avait une arthrite inflammatoire au niveau du genou. Je lui ai fait son infiltration de cortisone en plus d'avoir traité ses autres problèmes dépressifs, x, y, z qu'elle présentait en même temps. Quand elle a revu le rhumatologue, le rhumatologue était en beau maudit parce qu'elle n'est pas venue le voir. Bien oui, mais elle a dit "j'étais là et il était capable de le faire". Il a dit "tu te (inaudible) avec ton médecin de famille, ne viens plus me voir". Alors la compétition existe même entre spécialistes et omnipraticiens. Bien je peux vous dire... bon, je me suis fait déjà brailler par un orthopédiste d'avoir réduit une cheville à l'urgence, une cheville qui était déboîtée ou un coude qui était déboîté et de l'avoir fait. Et une chance, dans le temps, j'avais un chef de département qui me supportait, il a dit "ça été très bien fait, c'est quoi le problème?" »*

Les médecins de famille sont régulièrement confrontés aux opinions médicales différentes ou divergentes des autres médecins, omnipraticiens ou spécialistes.

*« Vous savez, tantôt je donnais l'exemple de la femme qui avait un lupus et que je lui avais fait l'injection pour son genou et qu'elle était bien contente parce que je l'avais soulagée et que le spécialiste avait mal réagi... quand les patients m'arrivent de même, ils ne comprennent pas, je dis "écoutez, nous les omnipraticiens, on est toujours en compétition avec tous les spécialistes en ville et même nos confrères. On est habitués de vivre avec la compétition, avec une opinion différente disons des spécialistes par rapport à la nôtre et qu'est-ce qu'on fait avec. »*

En fait, il aimerait que le médecin de famille soit mis au courant lorsqu'un de ses patients est admis à un CH et qu'il lui soit alors permis de lui rendre visite, de prendre connaissance du dossier médical et d'échanger de l'information pertinente avec les collègues médecins hospitalistes et spécialistes. En plus, celui-ci aimerait que le médecin de famille puisse assurer ce suivi même s'il n'a pas de privilèges au CH où le patient est hospitalisé ou du moins, qu'on lui accorde un certain type de privilèges s'il ne pratique pas ou ne pratique plus l'hospitalisation. Selon les dires du cas01, il y a comme une compétition entre les médecins et une hantise des médecins de voir plusieurs autres médecins venir donner une opinion par rapport à quelque chose qui viennent mélanger les cartes. En ce moment, il y a comme une déconnexion entre le travail du médecin de famille en clinique qui ne pratique pas ou ne pratique plus l'hospitalisation et le travail des médecins en CH.

L'information ne circule pas librement d'un endroit à un autre et à chaque fois il faut recommencer à zéro.

*« Je veux dire, j'ai toujours pensé qu'à un moment donné pourquoi on ne permettrait pas au médecin de famille qui suit ses patients de pouvoir être mis au courant de ses patients qui vont à l'hôpital pour pouvoir aller échanger, donner de l'information de façon pertinente, sans qu'on se fasse dire "ah non, viens pas te mêler de nos affaires et viens pas intervenir." J'ai l'impression que cette compétition-là et cette hantise-là des autres médecins d'en avoir plusieurs qui donnent leur opinion par rapport à quelque chose et que ça vient mélanger les cartes, mais de travailler déconnectés entre le médecin du bureau et les hôpitaux, je trouve ça pas correct. (...) Et ça, ça aurait été quelque chose que j'aurais aimé qui puisse se continuer, qu'un médecin de famille puisse garder un privilège de... comment je peux dire donc... un médecin grand-père ou un médecin consultant mais qui puisse avoir le droit et à ce moment-là l'information de l'hôpital passe vraiment d'un bord et de l'autre, au lieu de à chaque fois ça recommence à zéro. »*

Il semble, à la lecture de ce passage, que les médecins craignent le regard différent sur leurs actes médicaux, le jugement de la pertinence des actes ou de l'absence d'acte médical et la critique des collègues.

Le cas01 discute quelque peu de leaders et de circonstances du champ de la médecine familiale et qui peuvent exercer une certaine influence sur la pratique médicale. Lorsque l'intervieweuse demande au cas01 de penser à des leaders dans le champ de la médecine familiale au Québec et de donner les caractéristiques qui, à ses yeux, en font des leaders, il répond d'emblée l'émission de télévision Marcus Welby, M.D. Selon lui, c'est suite à cette émission de télévision qu'on a commencé à appeler la médecine générale la médecine familiale. Le cas01 est d'opinion que l'image du médecin de famille du type Marcus Welby, M.D., c'est-à-dire le médecin qui voit son patient au bureau et qui le suit si ce dernier est hospitalisée, est quelque chose qui manque actuellement dans le système de santé québécois. Le médecin de famille n'est généralement pas informé lorsque ses patients sont hospitalisés. D'autant plus qu'il ne peut aller voir ses patients au CH, prendre connaissance du dossier et fournir des informations pertinentes au médecin hospitaliste traitant, à moins que qu'il n'ait des privilèges au CH.

*« Et c'est même après lui qu'on a commencé à appeler la médecine générale la médecine familiale. Quand on regarde de façon chronologique, le terme médecine familiale n'existait pas avant la fameuse émission Marcus Welby. Et c'était quoi l'image? C'était l'image du médecin qui partait du bureau et qui suivait le patient, même à l'hôpital. Et ça vois-tu, c'est quelque chose qui manque. Regardez mon patient qui cette semaine a subi en 5 jours 2 CT-scan thoraciques. Si moi comme dans le bon vieux système mon patient entre à l'hôpital et on prend le temps de me le dire et on me laisse aller le voir sans que ça fasse de chicane, et on me laisse regarder dans le dossier, je peux avoir une certaine valeur qui va être pertinente. Mais c'est tellement pas comme ça, il faut que tu aies des privilèges de*



*l'hôpital, si tu as des privilèges à l'hôpital, il faut que tu fasses les gardes à l'hôpital. Moi j'en ai fait 15 ans dans les hôpitaux et j'ai fait 5 ans à (...), je pense que j'ai fait mon devoir militaire à la société de remettre ce que... pendant 15 ans de temps j'ai vécu une fin de semaine de garde sur deux et choix de Noël ou Jour de l'An. »*

Point intéressant, le cas01 se dit incapable de nommer deux leaders dans le champ de la médecine familiale au Québec, faute d'en avoir en tête.

*« Alors vous me demandez d'en nommer deux... non, j'en vois pas; j'en vois pas parce que... je regarde tellement peu ce qui... je regarde bien la revue des Médecins de Langue Française qui parle toujours d'un médecin qui s'est démarqué, dans l'Actualité Médicale, encore là, un autre médecin qui s'est démarqué, mais de leader "leader" là... »*

Le cas01 croît que le paiement de 40 \$ pour l'examen durant la visite n'est pas en lien avec la réalité de ce qui doit accomplir un médecin de famille durant le suivi des patients. Il fait très fréquemment mention des cliniques sans rendez-vous et la rémunération de 40 \$ pour 5 minutes de consultation que les médecins de famille chargent à la RAMQ pour les visites. Le cas01 croit par ailleurs que la rémunération actuelle favorise le type de consultation « un problème par visite ».

*« Quand dans le fond, pourquoi est-ce qu'on ne permettrait pas aux médecins... Moi quand le patient passe 1h30 de temps dans mon bureau, je comprends que ok, on veut me payer moins cher que celui qui en a vu, je ne sais pas moi, 8 + 4, 12 disons dans l'heure et demie. Ok, on veut me payer moins cher que celui qui en a vu 12. Mais pendant que le patient qui a passé une heure et demie de temps dans mon bureau, j'ai peut-être traité par exemple 12 problèmes, le dépistage du cancer du côlon, la cigarette, x, y, z, mais qu'on me paye seulement 40\$ pour l'heure et demie, versus l'autre au sans rendez-vous qui va avoir fait 35\$ fois... je ne sais pas moi, fois 14, on peut faire le calcul, je ne sais pas moi c'est 200\$, 300\$. Il y a une grosse différence. »*

Il semble faire allusion, du moins de manière implicite, à la complexification de la pratique médicale générale. Il fait allusion au fait que le vieillissement de la population est associé à la polypathologie (multimorbidité) et la polymédication et que ceci peut exercer une influence sur la pratique. D'autant plus qu'il y existe plus de recommandations à suivre pour le dépistage de divers problèmes de santé. La durée de la consultation peut s'avérer plus longue puisqu'il y a plusieurs choses à prendre en compte. Il croît par ailleurs que la rémunération actuelle accordée par la RAMQ n'est pas en lien avec la réalité de la pratique des médecins omnipraticiens en bureau privé. Selon ses dires, ce type de pratique deviendrait de moins en moins payant.

*« Alors ça devient de moins en moins... mais c'est de même la réalité. Les gens de 60 ans là, on prend le temps de checker pour le cancer du côlon, cancer de la prostate, cancer du sein, cancer de l'utérus, l'ostéoporose, l'arthrose, la haute pression, le cholestérol. Je veux dire quand on a fait l'Assurance-Maladie, la moyenne d'âge des gens c'était quoi? 35 ans? Aujourd'hui la moyenne d'âge a beaucoup plus augmenté et... »*

En commentant dans ce passage que la pratique de la médecine familiale deviendrait, selon lui, de moins en moins rémunératrice, il laisse peut-être entrevoir le côté entreprise ou affaires (« business ») de la pratique médicale en cabinet privé.

Point intéressant, le cas01 semble faire allusion au peu de respect, du moins dans le milieu médical, pour le travail des médecins de famille pratiquant en CLSC. Ce point ressort lorsque celui-ci commente qu'on pourrait mettre tous les médecins de famille sous le mode de rémunération à tarif horaire (c'est-à-dire à salaire). En fait, il semble douter de l'ardeur au travail des médecins de famille pratiquant en CLSC puisque, selon lui, ces derniers ne verraient qu'un nombre minime de patients par jour pour ensuite ne rien faire. Le mode de rémunération à tarif horaire en serait la cause.

*« Moi je souhaiterais dans le fond que pour pas se casser la tête, qu'on les mette à... qu'on nous mette à salaire nous autres, les médecins, en pratique générale. Mais la grosse crainte, c'est qu'on fasse tous comme dans les CLSC et qu'on voie juste 2-3 patients par jour et qu'on fasse plus rien. »*

Qui plus est, le cas01 soutient que les nouvelles modalités organisationnelles et financières des services de première ligne favorisent un climat de compétition pour l'inscription de la clientèle. La mise en place d'un forfait annuel de prise en charge et de suivi de la clientèle serait à l'origine de cette compétition pour l'inscription de la clientèle, et plus particulièrement de la clientèle vulnérable. La compétition découle donc de considérations d'ordre économique, soit de la rémunération.

*« Alors là c'est rendu que je reçois des avis de l'Assurance-Maladie qui disent que mon patient Untel, je ne suis plus son médecin de famille. Alors on prend le temps de l'appeler, "qu'est-ce qui s'est passé monsieur? On n'est plus votre médecin?" "Ben non, vous êtes toujours mon médecin". "Bien on vient de recevoir l'avis comme quoi vous avez un autre médecin." "Bien voyons donc, non, non!" "Avez-vous été dans une clinique d'urgence?" "oui" "Vous ont-ils fait signer un papier?" "oui". Bon, c'est rendu que dans les cliniques d'urgence... alors j'ai des patients qui m'ont dit... "écoute, nous autres, tous les patients qui étaient là, la secrétaire est venue nous dire "bon, il faut tous signer ce papier-là si vous voulez être suivis ici; il faut signer ça". Les gens signent tous." Alors c'est rendu la guéguerre, que justement ces GMF-là ou ceux qui font de les cliniques d'urgence font tout de suite signer le patient. Alors là tout est automatique, là à ce moment-là on n'est plus rémunérés pour ça, nous autres, au (taux) forfaitaire, les médecins solos, puis là il faut courailler en plus à travers le patient pour qu'il revienne signer un autre formulaire. »*

Ceci dit, le cas01 sent qu'il est entrain de perdre la compétition face aux CR et aux GMF puisqu'il ne peut offrir les mêmes services dont, entre autres choses, les services infirmiers. Celui-ci reçoit à

l'occasion des avis l'informant que certains de ses patients sont maintenant suivis par des médecins pratiquant dans des cliniques-GMF. Il ne revoit que rarement les patients partis en GMF.

*« Parce qu'en ce moment c'est les cliniques-réseau, et les GMF, alors comment voulez-vous que je compétitionne moi, avec le GMF qui va avoir l'infirmière... bien pour l'instant, je compétitionne... je compétitionne, mais je la perds la compétition. Parce que les nouveaux patients que je vois, c'est des nouveaux patients de justement médecins solos. Et je reçois une fois de temps en temps des papiers qui me disent non, là j'ai un de mes patients à moi qui est parti dans un GMF. Et habituellement les gens, quand ils sont partis dans des GMF, je ne les revois pas. J'en vois, mais c'est une minorité. »*

Le cas01 fait allusion au travail en interdisciplinarité et à la compétition pour les soins primaires par la profession de pharmacien et par l'arrivée d'un nouveau type de profession de la santé, soit la profession d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. D'entrée de jeu, celui-ci semble avoir peu, sinon aucune connaissance de la profession d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Il opine que l'arrivée de ce nouveau type de professionnels de la santé est liée à un phénomène de vide causé par la pénurie de médecins de famille au Québec. D'autres corps de métier viennent alors prendre la place et offrir les services nécessaires. Point intéressant, il est d'opinion que l'interdisciplinarité est devenue une obligation suivant le manque de médecins de famille pour répondre aux besoins de la population.

*« Alors j'ai l'impression que l'interdisciplinarité, c'est une obligation maintenant parce qu'on manque de joueurs. Comme il n'y a plus de médecins qui font de la prise en charge, bien on va chercher un autre corps de métier, l'infirmière pour venir faire du travail que dans le fond le médecin faisait et que là il n'a plus le temps de faire. »*

Rapidement, il dirige ses commentaires vers les considérations d'ordre économique, plus particulièrement vers la rémunération. En fondant son opinion sur la pratique des sages-femmes, il dit que dans l'éventualité où l'infirmière praticienne spécialisée et le médecin de famille feraient le même travail, seul le mode de rémunération différerait, la première offrant ses services sous le mode de rémunération à salaire et le second offrant ses services sous le mode de rémunération à l'acte.

*« J'ai posé la question je pense au Collège, à ma fille qui va devenir un jour, qui va avoir un âge je veux dire... c'est quoi la différence entre l'infirmière praticienne ou l'omnipraticien? Aujourd'hui je ne saurais pas quoi lui dire. Parce que si on permet à l'infirmière praticienne de faire le même travail, la différence, c'est quoi? C'est une va être payée à salaire et l'autre il va être payé à la sueur de son front avec un salaire de crève faim s'il veut faire la même chose? Alors la seule différence que je vois pour l'instant, de la rémunération, c'est qu'on paye les infirmières praticiennes à salaire, là je me base sur les sages-femmes... »*

Pour ce qui est de la profession de pharmacie, le cas01 semble avoir très peu de respect, sinon aucun, pour celle-ci. Il juge que les pharmaciens sont avant tout des commerçants et non des cliniciens.

*« Alors moi ce que j'explique aux gens, j'ai dit "écoutez, la réalité, on ne me convaincra pas que... un pharmacien, c'est d'abord un commerçant. Et non pas un clinicien." »*

Le cas01 rapporte avoir été dérangé par des commentaires formulés par le président de l'Association des pharmaciens propriétaires du Québec voulant que les médecins n'indiquent que le diagnostic et que les pharmaciens s'occupent du traitement. Le cas01 juge qu'il s'agit de vouloir prendre la place des médecins. Celui-ci mentionne d'ailleurs avoir des collègues médecins de famille d'autres provinces canadiennes lui avoir dit que les pharmaciens étaient en train de prendre le marché des médecins de famille au Québec.

*« Quand j'entendais... c'est tu le président justement de l'Association des Pharmaciens Propriétaires qui disait "les médecins devraient juste prescrire "diabète", nous autres on s'occupe du traitement". Tabarnouche, c'est vouloir prendre la place de l'autre en titi, ça. Alors j'ai des gens des autres provinces qui voient ce qui se fait ici au Québec, et ils disent "tabarnouche, c'est aberrant, les pharmaciens sont en train de prendre votre marché, qu'est-ce qui va rester à un omnipraticien à faire?" »*

Qui plus est, le cas01 ne croît pas que les pharmaciens puissent être capables de prendre des décisions dégagées de leurs intérêts économiques. D'autant plus qu'on demande aux médecins de ne pas s'associer, de près ou de loin, avec une pharmacie afin d'éviter tout conflit d'intérêt. Il trouve donc charrié d'imaginer que les pharmaciens eux seraient en mesure d'avoir la même indépendance professionnelle que les médecins.

*« Alors... en tout cas, je ne crois pas que le pharmacien va être capable de prendre des décisions vraiment dégagés de son intérêt économique. Je veux dire... j'ai de la difficulté à croire ça. Moi on me demande, moi omnipraticien, de ne pas être en association avec une pharmacie pour vraiment me dégager entre le lien mercantile et la pharmacie et on va permettre à lui, au pharmacien qui est tout dedans d'avoir la même opinion que nous autres? "Come on!" C'est charrié. Je trouve que c'est charrié. »*

Enfin, celui-ci se demande bien ce qui va rester aux médecins de famille dans l'éventualité où les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne et les pharmaciens puissent faire le même travail en première ligne. Il réalise qu'il est probablement possible d'avoir plusieurs types de professionnels offrant des services similaires dans les pays peuplés tels que, par exemple, les États-Unis et la France. Cependant, il est d'avis que ce n'est pas le cas pour le Québec. Celui-ci laisse sous-entendre que le rôle du médecin de famille se différencie du rôle du pharmacien et de celui de l'infirmière praticienne spécialisée puisqu'il a une approche plus globale. Aux yeux du cas01, le rôle du médecin de famille amène celui-ci à prendre l'histoire, faire l'examen physique,

prescrire des traitements et s'occuper des problèmes. Il emmagasine des connaissances et des expériences au cours de ses années de pratique.

*« Si une infirmière praticienne est là pour le faire, si le pharmacien est là pour le faire, ça va bien en Europe, ça va bien aux États-Unis, mais je veux dire ils sont combien aux États-Unis? Ils sont 330 millions. En France, ils sont combien? Ils sont... je ne sais pas moi 30 quelques millions, je ne sais pas. Là où il y a bien du monde, je comprends que tout le monde va se partager la tâche, mais je veux dire au Québec, on est juste 7 millions. Alors si au Québec les infirmières praticiennes font la même job que les omnipraticiens, le pharmacien se met à faire la même job que l'omnipraticien, d'abord je ne pense pas que... vous savez, il y a prendre le temps de prendre l'histoire, de faire l'examen physique et de prescrire différentes affaires et s'occuper des problèmes. À moins de s'occuper de tout, t'emmagasines pas l'expérience. Alors nous à date, comme on faisait tout, on a toute une expérience qui est en arrière de nous autres, ça fait que quand un patient vient voir un médecin qui fait ses 25 ans de pratique, bien il a quelques petites expériences, un petit peu plus que le jeune qui commence et qui... ne pensera pas à telle ou telle autre affaire. »*

Le cas01 utilise donc ici une stratégie de différenciation montrant que les médecins de famille offrent des services généraux plus globaux (une ressource culturelle de la médecine familiale) que les autres professionnels de la santé en première ligne. Il utilise, entre autres choses, des ressources culturelles telles que les connaissances et l'expérience professionnelle acquises tout le long de la pratique médicale pour justifier sa pensée. Il termine en parlant de l'indépendance professionnelle des médecins. On peut voir ici des dispositions propres au professionnalisme médical.

Le cas01 parle de quelques modalités organisationnelles du système de santé qui peuvent exercer une certaine influence sur la pratique médicale. Le cas01 se demande d'ailleurs si le gouvernement ne préconise pas un système de santé fondé sur la quantité plutôt que sur la qualité. Il est bien entendu qu'une des préoccupations du gouvernement est de s'assurer que le plus de monde possible puisse avoir accès à un médecin de famille selon leurs besoins. Les modalités organisationnelles et financières du système de santé semblent laisser sous-entendre une plus grande importance à une pratique médicale où l'on voit plusieurs patients par heure en comparaison à une pratique médicale où l'on voit moins de patients par heure mais où l'on prend en charge plusieurs problèmes de santé au cours de la consultation médicale.

*« Et je veux dire, c'est sûr que les gouvernements, de la façon qu'ils voient ça eux autres, ils veulent traiter le plus de monde possible et ma façon de pratiquer moi, ils doivent se dire "ah bien Dr (...), s'il voit juste 12 patients par jour, ça ne fait pas bien du monde. On va rejoindre plus de monde avec une clinique-réseau qui est ouverte 7 jours par semaine et qui en traite, je ne sais pas moi, 800 que docteur (...) qui en traite en moyenne peut-être... je ne sais pas moi, 50 à 60 par semaine". »*

Le cas01 déplore par ailleurs l'absence d'un système d'assurance de la qualité de la pratique médicale propre au système de santé. Selon ses dires, l'instauration de l'assurance-maladie publique a permis l'accessibilité universelle aux services de santé, mais ceci sans définir des critères de qualité pour ce type de services. Il évoque le manque d'évaluation de la qualité médicale. Il y a bien le CMQ qui fait quelques investigations selon les plaintes reçues de la population mais, qu'à cela ne tienne, le système de santé lui-même n'effectue pas de surveillance de la qualité des actes médicaux, de la capacité des professionnels d'effectuer certaines tâches. Le cas01 est donc d'avis qu'il n'y a pas de contrôle valable de la qualité des soins médicaux. Il y a un laisser-aller en quelque sorte. Point intéressant, celui-ci dit que le programme d'assurance-maladie publique est ainsi fait que les médecins reçoivent une rémunération pour voir les patients et leur offrir des services et ce peu importe si les services amènent les résultats escomptés (guérison, soulagement, etc.).

*« L'Assurance-Maladie a augmenté l'accès des gens à la médecine, mais ça n'a rien fait pour la qualité médicale. Et ils sont où? (...) Alors je pense que... ils sont où nos gouvernements là-dedans, pour vérifier les critères de qualité? On se base sur le Collège des Médecins? Le Collège des Médecins, les quelques petites investigations qu'ils font de façon par ci par là, ils vont se baser sur les plaintes qu'ils reçoivent. Alors je parlais à mon dentiste qui lui je pense qu'il se fait auditer... si c'est pas à chaque année ou aux 5 ans, mais je veux dire ils ont des critères beaucoup plus serrés que nous autres, les omnipraticiens. Alors moi j'ai toujours dit que... disons que "l'Assurance-Maladie va payer qu'on guérisse, qu'on ne guérisse pas, qu'on traite, qu'on ne traite pas. On t'a vu? Il faut qu'on paye." Alors le pan de vérifier la qualité des soins qui sont donnés est où? »*

Une fois de plus, le cas01 fait allusion au fait que la pratique médicale est fondée sur une responsabilité de moyens et non de résultats.

Point fort intéressant, les considérations d'ordre économique sont omniprésentes tout au long de l'entrevue. La majorité de ses commentaires touchent, de près ou de loin, à la rémunération des médecins de famille. Le cas01 semble très concerné par le suivi et la prise en charge de la santé de ses patients. Il est toutefois d'avis que les médecins de famille sont présentement très mal rémunérés pour prendre en charge les individus.

*« Alors en ce moment on paye très mal les médecins pour prendre en charge les gens. »*

Il considère qu'un changement dans la pratique des médecins de famille permettrait de traiter plusieurs problèmes de santé lors d'une seule visite médicale; ceci pouvant être plus avantageux au niveau financier pour le médecin de famille. En fait, il semble s'agir principalement d'une question d'acte médicale (rémunération).

*« Il y a de la place pour regarder toutes les choses en même temps, et prendre une décision médicale. Le problème, c'est que c'est pas payant et c'est pour ça que je suis un des seuls ou que je fais une pratique aberrante. »*

Ces passages résument de manière succincte une relation entre des dispositions propres au professionnalisme médical et des dispositions propres au côté entreprise ou affaires de la pratique médicale. On parle de la « mauvaise rémunération » et de l'impact sur le plan financier (ressources et intérêts économiques des médecins de famille) associée à la prise en charge et au suivi de la clientèle (valeurs professionnelles de la médecine familiale, donc ressources culturelles).

Il croit fermement que la rémunération se devrait d'être en fonction du nombre de problèmes de santé traités ou pris en charge au cours de la même consultation médicale. Celui-ci affirme qu'il existe une aberration dans le système de rémunération actuelle qui est très bien connue dans le milieu médical, c'est-à-dire qu'on ne permet aux médecins de famille en pratique privée (bureau) de ne facturer qu'un seul examen (ordinaire ou complet) par visite médicale et ce, indépendamment du nombre de problèmes de santé traités ou pris en charge durant la consultation et des examens ou entrevues plus longues qui en découlent. Or, les médecins de famille qui pratiquent dans des cliniques sans rendez-vous peuvent réclamer le tarif pour un examen pour une durée de consultation d'environ cinq minutes.

*« Pourquoi on ne permet pas à un praticien généraliste quand il traite deux problèmes lors de la même visite qu'il puisse facturer deux examens à l'assurance-maladie. Je vous donne un exemple, un patient vient me voir pour un suivi de son mal ce cou CSST disons. Il me montre un panaris, qui est complètement un problème différent. Je peux tu facturer l'assurance-maladie 2 examens différents? C'est deux maladies différentes; c'est ça que notre code dit. Un examen ordinaire est une pathologie, une maladie. Mais mes dirigeants syndicaux disent non. (...) Alors il y a une aberrance qui est très bien connue dans le milieu, c'est-à-dire qu'on ne permet aux médecins de bureau de ne facturer qu'un examen, mettons que c'est un examen ordinaire, c'est quoi? C'est 17\$ pour faire un chiffre rond? Et l'examen complet est 35\$ pour disons les gens de 60 ans et moins, et si j'ai traité – c'est la position de ma Fédération – si j'ai traité la haute pression, le diabète, le cholestérol, l'ostéoporose, l'hypothyroïdie, tout en même temps cette journée-là, et que ça va m'avoir pris disons, je ne sais pas moi, 45 minutes, je vais être payé seulement 35\$, comme celui à la clinique sans rendez-vous, qui voit le patient juste pour le rhume ou pour la pression et tu reviendras voir ton médecin de famille pour faire autre chose, lui est payé 35\$ du 5 minutes. Alors qu'on ne se pose pas de questions. »*

Ainsi donc, la rémunération semble exercer une influence négative en créant un contexte favorable à une pratique médicale axée sur le facile et le rapide. Le cas 01 se demande bien d'ailleurs où est la place pour les médecins de famille qui désirent avoir une pratique de la médecine où l'on prend le temps nécessaire de bien faire les choses et de traiter plusieurs problèmes de santé au cours de la

même visite médicale. Pour le moment, ce type de pratique médicale où l'on prend le temps de regarder toutes les choses en même temps n'est malheureusement pas payante. D'autre part, la rémunération peut également jouer un rôle dans la pénurie de médecins de famille offrant des services cliniques de prise en charge et de suivi en première ligne.

*« Où est-ce qu'elle est la place pour le médecin qui prend le temps de traiter le diabète en même temps que la thyroïde, en même temps que l'ostéoporose, en même temps que l'hypertension, etc., et en plus s'il est déprimé, il prend le temps de traiter ça. Elle est où la place pour les praticiens pour faire ça? Alors quand tu demandes à notre fédération ils disent "tu peux le faire, mais tu factures juste un examen." Alors le médecin qui fait ça va chercher 40\$ de l'heure, quand son confrère qui fait du sans rendez-vous, qui voit un patient aux 5 minutes, lui va chercher 40\$ du 5 minutes. Alors on ne se pose pas la question pourquoi il n'y en a pas de médecins qui font du suivi, c'est pas payant. »*

En fait, le cas01 est d'avis que le système de rémunération est bâti pour faire en sorte que les médecins fassent de l'argent rapidement et facilement. Il fait allusion encore une fois au fait que les médecins ont une obligation de moyens et non de résultats. Les médecins reçoivent une rémunération pour le traitement d'un problème de santé et ce, indépendamment du succès ou non du traitement. D'autre part, les médecins de famille ont parfois de bons réseaux de médecins spécialistes vers qui ils réfèrent leurs patients. Il peut parfois en découler une utilisation inappropriée des services médicaux spécialisés, particulièrement dans les cas où les problèmes de santé pourraient être pris en charge en première ligne. Le cas01 est convaincu que certains médecins spécialistes sont bien contents puisque leurs cliniques sont pleines de patients atteints de problèmes faciles à traiter.

*« Alors le système est fait en fonction que le médecin puisse faire de l'argent facilement, rapidement, traiter un petit problème, qu'il soit traité ou pas, il est payé pareil, et en plus, bien s'il a un bon réseau de spécialistes à qui il réfère, bien je veux dire le spécialiste est bien content aussi, il a des bonnes cliniques et il fait juste traiter un petit problème. »*

Le cas01 est d'avis que la rémunération actuelle des médecins de famille ne favorise ni la pratique de prise en charge et de suivi de la clientèle ni la pratique de la médecine préventive. Aux yeux de celui-ci, ceci s'explique par le fait que ces types de pratiques ne sont pas payantes. Et du coup, ça peut s'expliquer le manque de médecins de famille qui offrent des services de prise en charge et de suivi en première ligne. En guise d'exemple, il est nécessaire de consacrer du temps de consultation médicale pour expliquer et convaincre les patients de l'importance de faire des tests de dépistage. Selon le cas01, les médecins ne sont pas rémunérés pour cette période de temps. Malgré cela, le cas01 pratique la médecine préventive et retire une satisfaction à savoir que grâce à cette



pratique il a permis le dépistage de cancers à des stades précoces chez ses patients. Ceci dit, celui-ci opine que la mise en place de son idée de permettre aux médecins de famille de pouvoir facturer la RAMQ par problème de santé traité ou pris en charge durant la consultation médicale viendrait inciter ceux-ci à développer la pratique de prise en charge et de suivi de la clientèle ainsi que la pratique de la médecine préventive. Il donne comme exemple la rémunération des pharmaciens où le coût des services est payable pour chaque médicament fourni en vertu d'une ordonnance.

*« Alors il y a vraiment une résistance des médecins à faire du suivi avec les patients, c'est simple, c'est pas payant. Mais pendant ce temps-là, nos gens... je veux dire si on passe à côté de tel problème, bien ils se ramassent à l'autre urgence et ils se ramassent à l'autre hôpital et comme je vous dis, il faut des fois avoir... moi j'en ai fait des dépistages disons de cancer du côlon à des gens qui n'avaient rien, mais juste prendre le temps de convaincre quelqu'un d'aller passer un test de dépistage, ça prend du temps ça. Et je ne suis pas payé pour, pourquoi je le ferais? Mais d'avoir fait ça, j'ai permis à des gens de 56 ans qu'on trouve un cancer du côlon à un stade A et d'autres à un stade même un petit peu plus avancé, puis c'est au bout du doigt qu'on le trouve. Je veux dire... de faire de la médecine préventive, c'est pas payant en ce moment, et c'est pour ça qu'on manque de médecins de famille qui font de la prise en charge. Si on permettait à des médecins (...) de façon officielle, oui maintenant, les médecins généralistes, vous pouvez facturer par problème. Un peu comme les pharmacies, les pharmaciens, ils ont un tarif professionnel pour chaque médicament qu'ils remplissent. »*

Le cas01 aborde très rapidement la non-rémunération de certaines tâches de nature administrative ou clinique en lien avec le suivi et la prise en charge des patients, telles que, par exemple, le temps qu'elle consacre à ses dossiers (appels téléphoniques, révision des tests diagnostiques etc.).

*« Parce que prendre le téléphone et appeler, je ne sais pas, le spécialiste, quand tu as une infirmière GMF qui le fait, c'est le fun, ça sauve de ton temps, mais quand tu es médecin en solo, c'est toi qui faut qui le fasse, sauf que tu n'es pas payé pour. »*

Le cas01 est d'avis qu'une pratique fondée sur une prise en charge de plusieurs problèmes de santé par visite médicale amène éventuellement une stabilisation de l'état de santé du patient. Il n'y a alors plus lieu de revoir le même patient plusieurs fois par année; une ou deux fois suffit. Bien entendu, le revers de ce type de pratique médicale est que la rémunération est moindre, tandis que l'avantage est une plus grande disponibilité et accessibilité du médecin de famille. Celui-ci ajoute néanmoins que ce n'est pas un type de pratique encouragé par la FMOQ puisque la majorité des médecins omnipraticiens veut autre chose.

*« Parce que quand vous traitez tout en même temps, Madame, à un moment donné tout est stabilisé et vous ne voyez plus votre patient 10 fois par année, vous le voyez une fois ou deux et tout est correct. Alors quand vous prenez le temps de traiter tout, vous êtes moins payé que votre confrère qui traite juste une affaire, bonjour la visite, et en plus vos patients*

*sont en santé et ils viennent moins souvent. Bien ça vous sauve des plages et vous avez de la disponibilité. Mais ça, ma Fédération, elle n'encouragera pas ça, parce que la majorité, c'est pas ça qu'elle veut. »*

Le cas01 ajoute que des ententes récentes prévoient maintenant le paiement d'un forfait annuel de prise en charge et de suivi de la clientèle, en particulier de la clientèle vulnérable. À ses yeux, ces ententes ne sont en rien un signe que la FMOQ veut encourager les médecins à avoir une pratique de prise en charge et de suivi. En premier lieu, il considère que ceci lui ajoute une charge administrative supplémentaire puisqu'il doit s'assurer de voir chaque patient vulnérable au moins une fois par année pour être éligible à recevoir le forfait annuel. En deuxième lieu, le cas01 y voit une aberrance puisque si le patient vulnérable va bien et qu'il décide de revoir son médecin après plus d'un an, et bien le médecin n'a pas droit au montant forfaitaire. Selon lui, il y a là une sorte d'incitation à ne pas bien faire les choses pour s'assurer de revoir les patients vulnérables plus souvent.

*« Qu'on ne vienne pas me faire accroire que les fédérations ça veut encourager tout, pour encourager le médecin à prendre en charge les gens. Tout ce qu'ils ont fait pour l'instant, c'est de nous donner un 40\$ pour qu'on voit le patient, ou qu'on ne le voit pas, mais il faut le voir au moins juste une fois dans un an, et là maintenant, il faut prendre le temps de vérifier si on l'a bien vu, parce que sinon on va nous l'enlever ce 40\$. Alors on nous donne une administration à faire de plus, si on ne veut pas le laisser à notre secrétaire, il faut que ce soit nous autres qui le fasse justement sur nos temps libres, il faut maintenant qu'on prenne le temps de voir que nos patients vulnérables on les a moins vus pendant un an. Et si tu fais une prescription pour un an parce que ton patient vulnérable va bien et tout a été réglé, bien là tu vas être pénalisé si le patient a pris un an et demi avant de venir te voir parce que tout allait bien. C'est aberrant. Si tu traites bien tes gens et que tu les vois moins souvent, tu es payé moins cher que si tu les traites moins bien, tu les gardes un petit peu malades et ils viennent te voir plus souvent. »*

Encore une fois, le cas01 opine que le fait de permettre aux médecins de famille de pouvoir facturer la RAMQ par problème de santé traité ou pris en charge durant la consultation médicale viendrait éliminer le besoin d'instaurer des forfaits de prise en charge et de suivi de la clientèle. Il juge que le médecin qui serait performant et qui prendrait le temps nécessaire pour traiter plusieurs problèmes de santé durant la visite médicale aurait alors droit d'être payé de façon raisonnable.

*« (...), enlevez les forfaits, on n'a plus besoin de forfait. Le médecin qui va être performant, qui va prendre le temps de traiter 5-6 affaires, il va être payé de façon raisonnable. »*

Point fort intéressant, le cas01 est d'opinion que la rémunération devrait être en fonction de la performance des médecins. Sans grande surprise, celui-ci semble conceptualiser le médecin

performant comment étant un médecin de famille qui prend en charge ou traite plusieurs problèmes de santé lors d'une même visite médicale.

*« Moi je suis dans on reste dans la médecine publique, mais on permet au médecin performant de gagner plus cher que le médecin qui n'est pas performant. Autrement dit le médecin qui va prendre le temps de traiter le diabète, en même temps que la haute pression, en même temps que l'ostéoporose, en même temps que l'arthrite... »*

Un peu plus tard dans l'entrevue, il confie que, dans le fond, il souhaiterait que le paiement à tarif horaire (c'est-à-dire à salaire) soit l'unique mode de rémunération des médecins de famille ou omnipraticiens. Il se dit conscient que plusieurs craindraient que les médecins de famille en bureau « privé » ne se limitent qu'à quelques patients par jour, tout comme en CLSC. Il est également conscient qu'il en est de l'intérêt du gouvernement de mettre en place un mode de rémunération à l'acte qui incite les médecins à travailler plus fort. Ceci dit, plusieurs médecins spécialistes et employés de l'État reçoivent un paiement à tarif horaire. Le cas01 se demande bien qu'est-ce qui justifie se manque de confiance envers les médecins pratiquant en cabinet « privé ». À ses yeux, ça réglerait bien des problèmes si tous les médecins de famille seraient rémunérés suivant le mode de rémunération à tarif horaire.

*« Moi je souhaiterais dans le fond que pour pas se casser la tête, qu'on les mette à... qu'on nous mette à salaire nous autres, les médecins, en pratique générale. Mais la grosse crainte, c'est qu'on fasse tous comme dans les CLSC et qu'on voie juste 2-3 patients par jour et qu'on fasse plus rien. Alors le gouvernement, c'est dans leur intérêt de nous donner peu et il faut "varger" pour avoir plus, parce que dans le fond, si on veut prendre le temps de traiter le monde avec différents problèmes, on le fait maintenant à l'hôpital. J'ai des internistes qui voient les gens à forfait. Parce qu'ils ont 7 patients par jour et ils sont payés tant par patient. Alors on le fait dans les hôpitaux, c'est quoi l'affaire de pas avoir confiance au médecin dans le bureau? Si vous pensez qu'il perd son temps, bien vous faites un audit, vous vérifiez. Pourtant, les ingénieurs sont payés à l'heure, les avocats de l'aide juridique sont payés à l'heure. Pourquoi que je ne serais pas payé à l'heure moi non plus dans mon bureau? Je facture les heures que j'ai passées avec le patient. Ça réglerait un casse-tête. »*

Le cas01 aborde l'époque où le gouvernement imposait des plafonds de rémunération trimestrielle dans le but de contrôler et de contraindre les pratiques des médecins. Selon lui, tous les médecins de famille arrêtaient alors de travailler lorsqu'ils atteignaient leur limite et prenaient ainsi des vacances à chaque fin de trimestre, diminuant du même coup l'accessibilité aux services médicaux généraux. Or, ces plafonds sont maintenant une histoire du passé. Le cas01 pense qu'il est possible que l'abolition des plafonds de rémunération trimestrielle incite encore plus les médecins à offrir des services cliniques sans rendez-vous ou à pratiquer dans des cliniques sans rendez-vous (telles que les CR pas exemple). D'autant plus que l'organisation des services en CR ou en mini-

urgences semble propice à ne répondre de manière ponctuelle qu'à un symptôme ou un problème particulier.

*« Ah il n'y a plus de plafond, là. Alors avant il y avait un plafond, les médecins prenaient tous des vacances à la fin du mois de novembre, à la fin du mois de février, à la fin du mois d'août. À chaque fois que c'était une fin de trimestre le médecin prenait des vacances, mais là... Maintenant il n'y a plus de quotas, les cliniques-réseau n'ont plus de quotas, le médecin peut faire 40\$ du 5 minutes, alors pourquoi il se plaindrait le médecin? Surtout que quand tu vois le patient en clinique d'urgence, le setup est fait pour dire "écoute, je te vois juste pour ton problème urgent, tu reverras ton médecin. Ah tu n'as pas de médecin de famille? On va te donner une liste, t'en trouveras un. Ou on va te référer au CLSC." Alors le patient qui est là pour traiter son urgence... je veux dire il prend ce qui passe. »*

Le cas01 croit que la rémunération supérieure en CH est également responsable de la pénurie de médecins de famille en première ligne. Il y voit une incitation à consacrer une part importante, voire parfois même la totalité, de la pratique à des activités de deuxième ligne. Selon lui, plusieurs nouveaux médecins de famille font le choix de débiter leur pratique médicale en CH parce que c'est le type de pratique qui offre le plus d'avantages sur le plan financier. Non seulement les médecins y sont-ils mieux payés, mais encore, ceux-ci n'ont aucun frais administratif (frais généraux, de bureau, etc.) à déboursier.

*« Dans les hôpitaux, vous n'avez pas de frais, je veux dire, maintenant il y a des forfaits dans les hôpitaux, des forfaits de nuit, dans mon temps il n'y en avait pas, mais là ils ont des forfaits de nuit, des forfaits de soir, alors ils vont là où l'argent se fait plus facilement. »*

Le cas01 croit beaucoup en la pratique en solo dans une clinique médicale privée, mais déplore l'absence d'incitatif pour encourager les médecins de famille à pratiquer dans une telle organisation. Ceci a pour résultat qu'il existe de moins en moins de cliniques d'omnipraticque solo au Québec. Il croit même que ces cliniques seront appelées à disparaître.

*« Alors ce lui qui est solo, qui fonctionne... en tout cas qui aime fonctionner comme ça et qui est capable de traiter plusieurs choses en même temps, il n'y a rien qui l'encourage dans notre système en ce moment. Alors c'est pour ça que vous allez en trouver de moins en moins des médecins de solo. Et les bureaux de médecins solos se ferment et c'est soit récupéré par des groupes. »*

Il souhaite donc davantage de support pour les cliniques privées en solo. Encore une fois, ses arguments sont fondés sur des considérations économiques. En outre, celui-ci se plaint que, suivant la rémunération actuelle, il lui ait impossible d'embaucher une bonne secrétaire, une infirmière ou encore, une travailleuse sociale. Le cas01 estime que lorsqu'il prend en considération les frais généraux de bureau (loyer, salaire de la secrétaire, etc.) et l'absence d'avantages sociaux, il a un revenu inférieur à celui des médecins de famille pratiquant dans un CLSC.

*« Parce que si je fais ça, et je suis la façon qu'on veut rémunérer les médecins, bien je fais des journées de 500\$ par jour et je commence à 8h30 et je finis à 7h. Alors ça, multipliez ça par 5, ça fait 2 500\$ par semaine, multipliez ça par peut-être 48 semaines si je prends un mois de vacances, ça fait à peu près un revenu de 115 000\$ par année. 115 000\$ par année, j'ai aucun bénéfice social, il faut que je paye une secrétaire, il faut que je paye un bureau. Je fais moins cher que si j'étais au CLSC. »*

Quant on considère les frais de bureau pour soutenir les cliniques médicales « privées », le cas01 se demande bien pourquoi des nouveaux médecins de famille feraient le choix de débiter leur pratique médicale dans ce type d'organisation et d'offrir des services cliniques de prise en charge et de suivi. Il est beaucoup plus payant, et moins contraignant, d'offrir des services cliniques sans rendez-vous.

*« Alors quand c'est rendu qu'au bureau on ne fait pas plus que dans le CLSC, pourquoi est-ce que les jeunes iraient se planquer dans un bureau? Sauf si c'est du sans rendez-vous. Parce que le sans rendez-vous, c'est 40\$ du 5 minutes. »*

Point important, le cas01 dit que le côté mercantile ne l'influence pas assez pour aller au devant de sa responsabilité face à ses patients. Il ajoute que le désir d'être médecin et de prendre soin du monde suppose, en quelque sorte, un oubli de soi. Celui-ci fait mention d'une importante décision financière qu'il a dû prendre lors de la vente de l'édifice où se trouve sa clinique. Certains individus intéressés par l'édifice en question étaient prêts à lui offrir une somme considérable s'il acceptait de déménager sa clinique. Le cas01 a préféré vendre l'édifice à un autre individu pour un montant nettement inférieur en échange d'une garantie de pouvoir garder sa clinique dans l'édifice pour encore plusieurs années. Cette décision difficile a été fortement influencée par son sentiment de responsabilité envers ses patients. Celui-ci craignait également d'être mal jugé et l'objet de rumeurs voulant qu'il ait pris l'argent et quitté les lieux, laissant ainsi tomber ses patients.

*« Et je pense que juste la dynamique de savoir que moi je vais à une place, que là je pars, je trouvais que ça aurait été... ça aurait pu être perçu de façon négative, de deux façons. Je vends au gros prix, parce que c'est sûr qu'on m'offrirait le gros prix pour que je m'en aille, on m'offrirait disons 200 000\$ de plus que ce que j'ai accepté maintenant. J'ai accepté maintenant 200 000\$ de moins, mais je reste. J'aurais pu accepter 200 000\$ de plus, mais partir. Alors que la rumeur fasse "ah bien il a cashé son cash et il a sacré son camp." Ça ne m'intéressait pas de gérer avec ça, et il y avait tellement de patients... comment je peux dire... handicapés ou des histoires compliquées que... en tout cas je me serais senti plate de laisser tomber ce monde-là. Et ça, je me dis c'est peut-être ça mon problème, je veux dire je ne suis pas assez mercantile pour me détacher, quand je regarde des médecins à (...) qui ont laissé tomber leur clientèle, là ils sont rendus au privé. Je me dis... ils sont... si tu veux être un médecin et tu veux prendre soin du monde, c'est un peu... comment je peux dire... un oubli de soi... »*

On peut voir ici comment le fort sentiment de responsabilité envers ses patients a prédominé dans une décision financière importante dans la vie du cas01 et ce, au détriment de ses propres intérêts

économiques (et du coup, ceux de sa famille). Ainsi donc, sa disposition pour la médecine est passée au devant de sa disposition pour les affaires, en quelque sorte.

Le cas01 a des problèmes avec la RAMQ au moment de l'entrevue. Cette dernière lui réclame une somme importante suivant une pratique qu'elle qualifie d'aberrante en comparaison aux autres médecins de famille du Québec. Le cas01 conteste la décision du Bureau de Révision et la cause est maintenant dans les mains du Bureau d'Arbitrage (ou tribunal administratif). Il devra faire la preuve qu'il y avait indication médicale de faire ce qu'il a fait.

*« Alors en ce moment, c'est entre les mains de la cour, parce que moi j'ai facturé (...). Un médecin du Collège des Médecins m'a stoolé à la Régie de l'Assurance Maladie, l'Assurance Maladie m'a fait un audit, et de la façon que la loi est faite, c'est que si vous avez un profil de facturation qui est différent des autres, vous avez tout de suite une investigation pour s'assurer que vous ne faites pas ça de façon non nécessaire ou que c'est pas médicalement indiqué. (...) Je me suis fait investiguer, j'ai passé en Bureau de Révision. Le Bureau de Révision a dit parce que je facturais (...), c'était pas nécessaire. Même s'il dit que ma façon de facturer était en fonction des pathologies, de l'âge des gens, (...), c'était non nécessaire. Alors là, moi je conteste ça, et là je leur ai présenté, au Bureau d'Arbitrage ou au tribunal administratif pour leur démontrer que la journée que j'ai (...) mon patient, il y avait indication de le faire, (...). »*

Le cas01 parle très brièvement des problèmes de disponibilité et d'accessibilité aux services de santé. D'entrée de jeu, il affirme que le seul problème qu'il voit est au niveau de la disponibilité et de l'accessibilité de certains services diagnostiques et médicaux spécialisés destinés à la population du territoire local. Le CH à vocation communautaire du territoire de CSSS où se situe la clinique médicale solo du cas01 possède un plateau technique plutôt limité, tandis qu'il y a de longs délais d'attente pour voir certains médecins spécialistes. Aux yeux du cas01, il n'y a cependant pas de problème de disponibilité et d'accessibilité aux services diagnostiques, chirurgicaux et médicaux si l'on considère l'ensemble du territoire régional (Île de Montréal). La proximité de CH, dont plusieurs à vocation universitaire, offrant des services spécialisés et sur-spécialisés et l'importance des plateaux techniques font en sorte que les patients arrivent à avoir accès aux services nécessaires.

*« Bien il y a des choses que (...) n'offre pas toutes. Les scintigraphies c'est pas offert. Et les breath tests pour détecter l'hélicobacter. Alors c'est un hôpital communautaire. Mais disons encore là que le patient qui se plaignait qu'il devait aller au Montréal General, je lui disais "écoutez là, vous n'êtes pas en province où il faudrait que vous fassiez 60km pour vous rendre avoir le test, c'est (...) km. C'est pas la fin du monde." Alors je veux dire... à Montréal, nos patients à (...) ont un problème d'accès? Le seul problème que je vois, c'est l'accès de spécialistes localement, parce que sur l'Île de Montréal, on en a assez pour qu'ils arrivent à se faire voir. (...) Alors les gens n'ont pas trop à se plaindre à Montréal, l'île de Montréal a un assez bon plateau pour être capable de desservir les gens. »*

En fait, le seul problème serait peut-être au niveau de la disponibilité et de l'accessibilité des services pédiatriques où les délais d'attente peuvent être très longs. Selon le cas01, il n'y a pas suffisamment de médecins pédiatres pour répondre aux besoins de la population montréalaise.

*« Il y a peut-être un accès qui est déficient, c'est en pédiatrie. Alors j'ai des patients qui viennent me voir pour leur enfant avec des troubles d'hyperactivité parce qu'ils n'arrivent pas à avoir accès... un an et demi d'attente pour avoir accès. En pédiatrie c'est un problème je pense à Montréal. Il n'y a pas assez de pédiatres pour la clientèle d'enfants qu'on a. Ça c'est un problème. Il y en a qui ont des bureaux sur rue, ils sont juste saturés. Ils sont saturés, saturés, saturés. Ça en ville, il y a un manque de pédiatres. »*

Le cas01 survole très rapidement un seul avantage du nouveau modèle d'organisation de l'offre des services médicaux de première ligne, soit le GMF. En fait, il souligne le travail en collaboration avec les services infirmiers.

*« Oui, mais dans un GMF il y a l'infirmière de liaison qui peut vous enlever... les gens aiment bien ça les GMF, parce qu'ils disent ça m'enlève de l'ouvrage à faire. Mais je comprends, tu as une infirmière de fourniture. Mais nous autres, les médecins solos, on n'est pas capables de se les payer. »*

En outre, lorsque l'intervieweuse lui demande ce qu'il lui manque pour être le médecin que vous rêvez d'être, le cas01 répond d'emblée de gagner plus d'argent. Il confie envier un dentiste offrant ses services dans le même édifice et dont la rémunération lui permet d'avoir à son service, entre autres choses, une hygiéniste dentaire, des réceptionnistes et une secrétaire administrative. Le cas01 aimerait bien avoir une rémunération supérieure lui permettant d'avoir à son service du personnel de support.

*« Gagner plus d'argent. J'aimerais ça moi, me la payer ma secrétaire. J'ai un dentiste chez nous, dans notre clinique, lui il est capable de se payer une secrétaire administrative, deux réceptionnistes, une hygiéniste dentaire, etc., etc., etc. Et que je l'envie! Je ne peux pas me payer ça, moi. »*

Il s'agit ici d'une réponse prévisible selon le contenu de l'entrevue, mais toutefois intéressante. Le passage démontre des dispositions propres au côté entreprise ou affaires de la pratique médicale en cabinet privé. En effet, le cas01 utiliserait un revenu supérieur afin de s'adjoindre du personnel administratif et peut-être même du personnel infirmier, augmentant ainsi son offre de services.

Ceci dit, lorsque l'intervieweuse lui demande s'il regrette son choix de la médecine familiale, le cas01 répond par l'affirmative. Des raisons et des conséquences liées à la rémunération seraient à la source de cette réponse. Point intéressant, le visage du cas01 se crispe tandis que le ton de voix devient sec et plus fort lorsqu'il fait mention de certains problèmes financiers, tels que, par

exemple, le peu d'argent investi dans un régime enregistré d'épargne-retraite et tous les coûts relatifs au fonctionnement de la clinique qu'il doit défrayer à même son salaire.

*« Oui. Hum, Hum. Madame, quand c'est rendu que vous avez (...) ans, que vous n'avez pas une cenne dans votre REER, et que vous vous arrachez les bras pour être capable de faire vivre une famille de 4 et que vous êtes médecin qui a 25 ans de pratique, il y a quelque chose d'aberrant dans le système et ça commence à ressembler à Cuba. »*

Mais qu'à cela ne tienne, le cas01 affirme aimer son travail. Malgré tous les problèmes qu'il a connu et une moindre rémunération (en comparaison aux médecins spécialistes), celui-ci prend toujours plaisir à prendre le temps d'aider un individu ayant un problème et à le régler.

*« Moi je pense que c'est ça qui m'a tenu. J'aime ma job. Alors même si je gagne moins d'argent, même si 56 tuiles m'ont tombé sur la tête, je veux dire le plaisir que j'ai à prendre le temps d'aider quelqu'un qui a un problème et de le régler, "it makes my day". »*

En fait, le cas01 retire une valorisation de son rôle par des petites histoires à succès ou des événements où il a fait la différence. Il se voit un peu tel un héros méconnu (« *unsung hero* ») qui fait la petite affaire pas bien spectaculaire mais qui, à un moment donné, peut faire toute la différence. En guise d'exemple, celui-ci mentionne le diagnostic d'un carcinome in situ ne nécessitant qu'une chirurgie mineure mais qui, si le médecin de famille ne se serait pas rendu compte de la masse à l'examen clinique, aurait éventuellement été un cancer invasif et causé la mort de la patiente.

*« Alors oui, Dieu merci que ça arrive encore des petits "success stories" ou des événements qui font que ah, bien tu as fait la différence. Mais encore là je reviens à l'expression de "unsung hero" quand tu trouves un petit cancer de façon précoce, c'est rien de spectaculaire, c'est un carcinome in situ, tu l'enlèves et ça finit là. Mais si on ne s'en serait pas rendu compte, le patient aurait passé une autre année ou deux ans, ça serait un cancer invasif et le patient serait mort. Ça fait toute la différence. Mais c'est pas ça qui parait dans le show par exemple. »*

## **Place et rôle de l'évaluation économique dans la pratique clinique**

Le cas01 ne connaît ni l'évaluation économique, ni la pharmacéconomie, ni l'économie de la santé.

*« C'est du chinois pour moi cette énonciation-là. »*

Il dit plutôt être familier avec l'utilisation d'autres termes tels que le coût à la société et la non réalisation de tel dépistage puisque ça coûterait trop cher.

*« C'était pas ce terme-là qu'on utilisait. Mais il me semble qu'on nous a toujours parlé de... bon, le coût à la société, est-ce que ça en vaut la peine, (...) ou on ne fait pas tel dépistage parce que... je veux dire ça coûterait trop cher... c'est tu ça que...? »*



Le cas01 a écouté avec attention et intérêt l'explication de l'évaluation économique faite par l'intervieweuse. Il est important de préciser que cette partie de l'entrevue portant sur l'évaluation économique et la prise en compte de considérations d'ordre économique dans la pratique décisionnelle fût particulièrement brève et ce, malgré les tentatives de la part de l'intervieweuse d'approfondir le sujet pour comprendre les perceptions et les attitudes du cas01. Ce dernier est plutôt préoccupé par l'utilisation des ressources comme telle.

Suite à cette explication, celui-ci a mentionné l'importance de l'évaluation économique suivant la place importante de la médecine publique et le lourd fardeau que celle-ci crée à la société d'avoir à payer tout ça. Il est d'ailleurs d'opinion que les informations issues d'évaluations économiques peuvent s'avérer particulièrement importantes pour les décisions prises aux niveaux macro et méso.

« Alors cette discipline-là, oui c'est une discipline importante parce que... comme les gouvernements ont pris... bien en tout cas, je dis les gouvernements, à travers le monde, la médecine publique a pris une grosse place. Ça, Dieu merci à la 2<sup>e</sup> Guerre Mondiale dans ce sens-là, c'est depuis ce temps-là que tout ça est sorti. Ça ne serait peut-être pas sorti avant, mais en tout cas, étant donné que c'est un gros fardeau maintenant à la société d'avoir à payer tout ça, il faut faire ces études-là pour justement dire "écoute, ça, ça vaut la peine de le faire, ça, ça ne vaut pas la peine de le faire." Maintenant, qu'est-ce qui va faire qu'on va dire ça vaut la peine ou pas, bien là c'est qui va décider des critères et c'est quoi les critères. (...) Alors disons que cette science-là est quelque chose de bien important je pense pour les gouvernements ou n'importe quelle organisation qui a à prendre des décisions sur est-ce qu'on utilise un traitement ou pas. »

Le cas01 croit que l'évaluation économique et les coûts à la société n'ont pas de place ni dans le processus décisionnel des médecins de famille ni dans les conseils qu'ils donnent aux patients; la primauté étant accordé aux critères de qualité de vie et de survie du patient.

*« Pour moi en tant que médecin de famille, le critère doit être la qualité de vie du patient et la survie du patient. C'est ça qui doit être le critère. Le coût à la société, c'est pas de mon ressort. »*

De ce fait, les informations issues d'évaluations économiques et les coûts à la société ne devraient pas être considérés dans les recommandations des guides de pratique clinique (GPC). Le rôle du médecin de famille est d'informer le patient des meilleurs traitements disponibles (obligation de moyens). La disponibilité des services ou la capacité de payer est un problème séparé qui revient au patient ou au gouvernement (en tant qu'assureur).

*« Une ligne directrice doit nous dire si mon patient s'il prend tel traitement, va avoir une meilleure qualité de vie ou va survivre plus longtemps. Maintenant à savoir si c'est le*

*gouvernement qui va le payer ou pas, ça c'est une autre question. Alors il y a un dilemme ici. Moi en tant qu'omnipraticien, je peux dire aux gens et je pense que j'ai commencé à le dire. Moi je vous décris le moyen. Mais je réalise très bien, avez-vous les moyens de le faire ou pas, ça c'est une autre question. (...) Alors moi si on me donne les guidelines qui me disent on va faire ça, mais ça on ne le fera pas parce que ça coûte trop cher à la société, là je me dis on se trouve à faire un viol – c'est le mot qui me vient – à l'individu. »*

Ce passage semble illustrer une conception des ressources de santé en tant que « biens » (« *commodities* »), tel qu'employé dans le domaine de l'économie. Selon Kluge (2007), à partir du moment que l'on parle de capacité à payer c'est que les ressources ne sont pas (ou ne sont plus) considérées comme des biens sociaux (« *social goods* ») mais plutôt comme des biens qui peuvent faire l'objet d'une transaction commerciale (concepts en économie). En fait, toujours selon Kluge, ceci peut démontrer une conceptualisation différente de la nature et du rôle de la profession médicale. En fait, cette conceptualisation serait davantage en lien le côté entreprise ou affaires (« *business* ») de la pratique médicale.

## **Place et rôle de l'information et des connaissances dans la pratique clinique**

Le cas01 possède des connaissances en épidémiologie et en statistiques qu'il aurait acquises au cours de ses activités de formation en médecine familiale.

*« Bien il me semble qu'on m'a enseigné en médecine familiale que quand le nombre de patients que tu perds est plus grand que les différentes statistiques dans tes études, tu n'es pas supposé être capable de conclure, parce que tu ne sais pas ce qui est arrivé dans tes 300 patients. Ça aurait pu faire changer... si la différence de patients que tu perds est plus grande que tes différentes statistiques, dans le fond ça ne devrait pas être valide. »*

Il dit être familier avec l'utilisation de termes propres à l'épidémiologie tels que le nombre de patients à traiter pour que ça en vaille la peine (le cas semble faire ici référence au nombre de patients à traiter pour éviter un événement (NPT), ou le *number needed to treat (NNT)*, un concept en épidémiologie.

*« C'était pas ce terme-là qu'on utilisait. Mais il me semble qu'on nous a toujours parlé de... bon, (...) le nombre de patients qu'il faut traiter pour que ça en vaille la peine, (...). »*

Le cas01 soutient que les connaissances issues des données probantes (études scientifiques, GPC) influencent sa pratique. Pour lui, une bonne information de qualité se caractérise comme étant une information probante, c'est-à-dire une information qui présente des faits ou des données

scientifiques prouvés. Qui plus est, il juge important que cette information ait une valeur clinique et non seulement une valeur statistique. En l'absence d'une valeur clinique, celui-ci n'utilisera pas le service en question.

*« C'est une information probante. Encore là ce matin, on parlait de certaines choses, j'ai dit c'est quoi l'information probante, c'est quoi les preuves qu'on a, parce qu'il y a toujours la valeur statistique et la valeur clinique. Alors statistiquement, tel médicament baisse le cholestérol de 10%, oui mais en bout de ligne, ça fait tu que le patient fait moins d'a.c.v.? Alors moi c'est plus intéressant de savoir si ça a une valeur clinique. Alors si ça n'a pas de valeur clinique, ça reste sur la tablette. Si ça a une valeur clinique, là je l'utilise. »*

On peut peut-être identifier chez le cas01 une attitude pragmatique, c'est-à-dire un jugement de l'information qui se fonde sur la possibilité que le service de santé étudié amène des résultats cliniques concrets.

Le cas01 précise néanmoins que le caractère probant des données scientifiques ou des faits n'est pas toujours évident. Celui-ci souligne l'importance de prendre le temps nécessaire afin de bien analyser les études. Il faut également bien expliquer aux patients les informations disponibles et leurs limites. Afin de clarifier sa pensée, le cas01 donne l'exemple d'un nouveau médicament utilisé dans le traitement de l'obésité chez les adolescents. Bien que les données scientifiques montrent une perte pondérale après six mois de traitement, il semble que la majorité des individus ait repris leur poids initial après une année et ce, même en continuant le traitement médicamenteux. Ce nouveau médicament ne faut donc pas grand-chose aux yeux du cas01.

*« Bien c'est parce que la donnée probante des fois elle n'est pas évidente. Elle ne ressort pas tant que ça, et quand tu prends le temps de regarder les études, bien oups... c'est pas ça qu'on pensait alors aujourd'hui c'était sur l'obésité chez les enfants, et on parlait du médicament orlistat, et bon, quand on regarde au bout d'un an, au bout de 6 mois ils perdent le poids, mais au bout d'un an tout le monde l'a repris, même avec le médicament. Alors dans le fond le médicament ne vaut pas grand-chose. Il est encore sur le marché. Alors qu'est-ce qu'il reste comme données probantes? Alors ce que j'explique aux gens, "ça peut vous aider à perdre du poids pendant 6 mois, ça coûte très cher, mais dans un an, si vous n'avez pas changé vos habitudes de vie, ça va revenir au même." »*

Il parle également du temps qu'il prend pour expliquer les résultats des études scientifiques (souvent fortement médiatisées) aux patients afin que ceux-ci puissent prendre une décision éclairée. Ceci nécessite du temps de la consultation médicale pour lequel les médecins ne reçoivent aucune rémunération supplémentaire.

*« Et quand tu te rends compte que l'information sort en même temps dans le Newsweek, dans le Time magazine et dans tous les journaux en même temps et à la télévision, tu dis tabarnouche, ça été un bon battage médiatique cette affaire-là, quand dans le fond, même*

*pour le cancer du sein, on se rendait compte que les femmes qui prenaient des hormones avaient des cancers avec des récepteurs d'œstrogène qui répondaient plus et donc survivaient plus que celles qui n'avaient pas pris d'hormones. Tu dis merde... un chance qu'il nous est resté qu'il y a 5% des femmes qui ont des bouffées de chaleur ad vitam aeternam et que je veux dire, on prend le temps de leur expliquer, on dit "écoutez, vous avez une chance sur mille de plus d'avoir disons peut-être un problème cardiaque, mais là c'est un choix que vous avez à faire, et si vous, vous n'en faites pas de cholestérol et que vous ne faites pas ci, ça, ça, bien écoutez, dans les grosses études statistiques, on a mis tout le monde dans le même panier." Prendre le temps d'expliquer ça aux femmes pour les déculpabiliser, ça prend du temps, mais on n'est pas payés plus cher. Alors c'est plus facile de dire bien là on ne touche plus aux hormones, pif, paf et on... en tout cas, on a fait suer un paquet de gens en laissant tomber ce plan-là. »*

Le cas01 fait appel à différentes sources pour obtenir des informations ou des connaissances. Ces sources lui sont utiles autant pour maintenir ses connaissances que pour en acquérir de nouvelles. Il utilise principalement des sources écrites.

*« Alors je vais chercher l'information principalement de façon écrite quelque part... »*

En cas d'un besoin d'information rapide, et puisqu'il n'a pas accès à un ordinateur à son bureau à la clinique, celui-ci se réfère à sa bibliothèque personnelle où il y trouve, entre autre chose, des cahiers du participant remis lors d'activités universitaires de DPC, des livres de références et des GPC. En cas d'un besoin d'information approfondie, le cas01 se réfère à l'internet et plus particulièrement à des sources documentaires électroniques telles que la version électronique de revues médicales internationales reconnues à lesquelles il est abonné.

*« Je veux dire, rapide au bureau, comme j'ai pas d'ordinateur, ça va être le merge sur les livres, textbooks, bon, je suis abonné au New England Journal pour avoir en plus approfondi, le American Journal... le JAMA... Alors je vais aller chercher sur Internet, ou sur les guidelines ou les textbooks l'information quand j'en ai besoin. Non, mais j'utilise beaucoup les cours de l'Université de Montréal que je reçois parce que c'est très bien fait, par sujet, c'est grâce à ça que j'ai commencé à prescrire de l'insuline, on me disait comment le faire et j'avais la recette x, y, z, alors dans mon bureau à la clinique, c'est les piles de cahiers de cours, ils sont tous empilés d'un bord et de l'autre, moi je sais où est telle information et c'est comme ça que je me tiens à date. »*

L'industrie pharmaceutique et ses représentants ne lui sont plus une source importante d'information. Le cas01 voit donc très peu de représentants pharmaceutiques, sauf à sa demande s'il a besoin d'une information sur un médicament en particulier. Cependant, puisqu'il juge que les informations colportées par ces derniers sont très marketing, il va surtout préférer chercher l'information nécessaire sur l'internet ou encore, dans des activités universitaires de formation où les informations sont plus neutres.

*« Ils continuent de venir nous voir pour essayer de se faire signer leur petit papier, donner des échantillons et tout ça, mais j'en vois très peu. Je vais en voir des fois sur commande si j'ai besoin d'avoir une information sur un médicament en particulier, mais comme par Internet on peut demander l'information, et ce que je fais, comme j'ai fait aujourd'hui, je vais à l'université où est-ce qu'on a autant d'information de façon neutre. »*

Le cas01 avoue néanmoins avoir beaucoup appris lors de soupers et d'activités de formation organisés ou commandités par l'industrie pharmaceutique, particulièrement en début de carrière. D'autre part, ces soupers et activités donnaient des occasions de sorties gratuites les soirs et les fins de semaine pour lui et sa famille. Celui-ci a éventuellement pris conscience du fort marketing de cette industrie et de l'influence importante que ceci a sur la pratique médicale. D'autant plus que le cas01 a réalisé qu'il partageait beaucoup d'informations avec les représentants pharmaceutiques; informations qui par ailleurs pouvaient s'avérer fort utiles pour le marketing de l'industrie. Il insiste maintenant pour que les représentants pharmaceutiques lui versent un honoraire de 50 dollars par visite; ce que peu accepte.

*« J'en vois presque plus maintenant. Au début de ma pratique, comme j'avais, comment je dirais donc... une grande soif de me tenir à date, de me tenir à date, je les voyais et comme on se faisait payer des soupers et des fins de semaine, ça m'a permis de sortir ma famille, mais moi j'étais toujours celui par exemple qui était là au cours et il y en avait une gang qui étaient partis faire du ski, et qui posais les questions. Alors j'ai beaucoup appris moi avec les compagnies pharmaceutiques. À un moment donné, quand j'ai réalisé que oui, je veux dire le marketing était très fort, et que merde, des fois on prescrivait peut-être les médicaments, et à tort, j'ai dit bien écoute "enough is enough", ça va faire. Et là j'ai dit un matin, je me suis rendu compte aussi que ça devenait, pour peut-être, supposons je ne sais pas moi, le 10 minutes qu'ils passaient dans mon bureau, il y avait peut-être 5 minutes d'information qu'ils me donnaient, et moi il y avait peut-être 10 minutes d'informations que je leur donnais, pourquoi que leur médicament ne perçait pas ou ce que les patients n'aimaient pas et tout ça. J'ai dit un instant, c'est autant de l'information qu'ils ont de notre part quand ils viennent nous voir, alors là j'ai dit à un moment donné, bien écoute, ce sera tout le monde pareil, maintenant si vous voulez venir me voir, c'est 50\$ la visite. Très peu m'ont payé. Et le mot s'est passé. »*

Encore une fois, le cas01 ramène des considérations d'ordre économique dans ses commentaires. Cette fois-ci, il a demandé aux compagnies pharmaceutiques de le rémunérer pour voir un représentant suite à la réalisation qu'il recevait des informations mais que lui-même fournissait gratuitement des informations utiles à ces dernières durant la visite du représentant. Il semble que le cas01 ait jugé que son temps et ses informations avaient une valeur monétaire. On peut imaginer que l'échange d'informations est vu, en quelque sorte, comme une transaction d'affaires dans la tête du cas01. Le côté entrepreneur est apparent à nouveau.

Lorsque l'intervieweuse lui demande s'il a développé une intuition dans sa pratique, le cas01 répond d'emblée que l'intuition joue beaucoup en médecine et que selon lui, cette intuition est basée sur la mémoire. En fait, il a l'impression qu'elle est basée sur les connaissances acquises par la formation et sur les connaissances acquises par l'expérience professionnelle. Selon lui, il y a un travail d'intégration qui se fait et ce, parfois même sans le vouloir. Le cas01 poursuit alors en donnant un exemple illustrant comment ses connaissances et son expérience en médecine familiale lui avaient permis de faire un diagnostic d'œdème aigu pulmonaire alors qu'il était résident en médecine spécialisée (mais non dans le domaine de la médecine cardio-vasculaire) dans un CHU et ce, au grandement étonnement du résident en médecine interne qui l'avait appelé pour une consultation aux soins intensifs médicaux.

*« Bien l'intuition est basée sur la mémoire. Moi, j'ai toujours dit ça. L'intuition-là, elle ne vient pas toute seule, c'est pas une génération spontanée, si l'idée te vient, c'est parce qu'il y a quelque chose... t'en es peut-être pas conscient, mais par association ça arrive à ça, alors te souviens-tu... la façon que la mémoire fonctionne, des fois on ne peut pas arriver à comprendre pourquoi c'est ça qui me fait penser à ça, mais oui, l'intuition joue beaucoup en médecine et c'est basé j'ai l'impression sur ce qu'on a appris, sur la connaissance, et sur l'expérience qu'on a eu. Parce qu'on a un travail d'intégration qui se fait, même des fois sans le vouloir. Alors je me souviens, j'étais en (...) et comme c'était moi qui étais de garde aux soins intensifs, je me faisais appeler parce que j'étais en chirurgie, aux soins intensifs médicaux pour un patient qu'on pensait qui faisait une occlusion intestinale, qui était tout en sueurs, tatati, tatata, et j'ai dit au médecin, au résident en médecine interne, j'ai dit "écoute, ton patient fait une OAP, tu vas le mettre sur la nitro, tu vas (inaudible) le patient. Et je me souviens j'étais avec l'étudiant et l'autre disait tu es (...), toi? Bien c'est parce que j'avais fait mes 10 ans de pratique en médecine générale avant de revenir faire ma (...). Alors oui, l'intuition est basée sur la mémoire et sur l'expérience. Alors en médecine, ça va jouer. »*

Le cas01 développe davantage sa pensée en ajoutant que l'intuition fait appel au côté analogique. Selon lui, l'analogie joue elle aussi beaucoup dans la pratique de la médecine. Il poursuit en donnant un deuxième exemple ayant eu lieu au courant de sa résidence en médecine spécialisée. Cette fois-ci, l'exemple illustre comment son expérience de stage en Afrique durant sa formation médicale et les caractéristiques raciales de la patiente lui avait permis de faire un diagnostic d'anémie falciforme. Il dit que le diagnostic est venu de l'établissement implicite d'une analogie entre le symptôme (mal au ventre) et la couleur de peau (noire) de la patiente. Il termine en disant que pour tous les médecins, l'expérience, la photo, le portrait forme un tout et que ça joue dans la pratique.

*« Alors j'imagine que l'intuition fait appel au côté analogique, je veux dire quand ça ressemble à un canard, c'est un canard. Alors en médecine, l'analogie, ça joue beaucoup. Mais la petite expérience que j'ai eue pour les années de résidence que j'ai faites, l'intuition*

*jouait autant aussi pour le chirurgien. Je me souviens, ça me fait remémorer des cas, juste pour l'anecdote, pour le plaisir que ça donne. J'étais encore résident en (...) et comme je faisais mon stage en chirurgie, on m'appelle pour voir une jeune dame noire qui avait des crampes au ventre, des crampes au ventre, crampes au ventre, et bon, c'est tu parce que j'ai été en Afrique faire mon stage en Afrique à un moment donné quand j'étais étudiant en médecine, mais j'ai dit... on m'avait fait demander en chirurgie pensant que c'était peut-être quelque chose de chirurgical et j'ai dit à l'interniste "as-tu pensé lui faire un frottis pour voir si elle n'est peut-être pas en anémie falciforme?" Et finalement c'était une anémie falciforme. Mais ça c'est de l'analogie. C'est une noire, elle a mal au ventre. Quand tu es en Afrique, tu sais que l'anémie falciforme ça fait partie de la bastringue, alors je pense que oui, autant pour les spécialistes, l'expérience, le portrait, la photo, c'est un tout et ça joue. »*

Les deux exemples qu'utilise le cas01 correspondent exactement à ce que Bourdieu appelle le sens du jeu (ou le sens pratique) dans lequel sont impliqués les acteurs sociaux. La bonne intuition dans la pratique de la médecine est le résultat de la mise en œuvre de dispositions acquises tout au long de la formation et de la pratique médicales.

## **Place et rôle du médecin de famille dans l'utilisation des ressources de santé**

Le cas01 est d'opinion qu'en réalité la double considération de la responsabilité face au patient et de la responsabilité face à la société est une équation difficile, qui ne peut jouer qu'au niveau discursif. Le rôle du médecin est d'abord et avant tout d'offrir au patient le meilleur traitement possible qui est réaliste.

*« Bien c'est une équation mathématique qui est difficile. C'est de la belle parole, mais comment je peux dire... c'est de vouloir faire de la discussion un point c'est tout. La réalité est que ce que je dois offrir à mon patient, c'est le meilleur traitement possible qui est réaliste. »*

Le cas01 considère qu'il n'a de responsabilité qu'envers son patient devant lui et que ses choix d'utilisation des ressources ne doivent en rien être influencés par les coûts à la société.

*« Alors moi quand je traite le patient, je traite le patient seul. Et ce que ça coûte à la société, ça ne doit pas influencer son traitement à lui. C'est la façon que je fonctionne. »*

Ici, les passages indiquent très bien que le cas01 met la priorité sur ses obligations éthiques (ressources culturelles professionnelles) et qu'il peut être difficile dans la pratique de jongler entre les intérêts de la société (médecine sociale) et les intérêts du patient (rôle médical de la médecine). La disposition propre au professionnalisme médical aura toujours priorité sur la disposition propre à la médecine sociale.

D'autant plus que cette difficile équation (en parlant de la double considération de la responsabilité face au patient et de la responsabilité face à la société) ne relève pas seulement de lui et que, dans le fond, il pense n'avoir pas grand contrôle sur celle-ci. Le cas01 est d'avis que les individus ont le droit à l'accès aux services puisqu'ils ont payé des taxes. Il mentionne à nouveau que le médecin il a une obligation de moyens et non de résultats. Le rôle du médecin de famille est d'informer le patient des meilleurs traitements disponibles (obligation de moyens) tandis que la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des services sont des problèmes séparés qui reviennent au système de santé (ses acteurs et ses structures) ou au patient. En fait, on dirait que le cas01 se sent « coincé entre deux chaises », en quelque sorte. Son rôle de médecin de famille lui dicte de proposer des moyens aux patients, tandis que la décision de suivre ou de prendre les moyens revient aux patients. Même si les patients décident de suivre ou prendre les moyens, et bien l'utilisation des ressources peut alors dépendre de l'opinion ou de la décision professionnelle des médecins spécialistes ou encore de la disponibilité ou de l'accessibilité des services diagnostiques, chirurgicaux ou spécialisés. En résumé, puisqu'il a une obligation de moyens et non de résultats, le cas01 peut offrir l'espoir aux patients en leur proposant des moyens, mais l'utilisation des ressources en bout de ligne ne relève pas de son ressort.

*« Alors je me dis, est-ce que la société devra payer pour tout? Je me dis les gens, s'ils ont payé des taxes comme tout le monde, ils ont le droit d'avoir une chance aux services. Et maintenant, je ne trouve pas que je vais avoir une grosse, grosse influence moi, parce que le robinet il est déjà mis en haut avec l'accès aux spécialités. Alors j'ai des patientes qui auraient mérité de se faire opérer pour une valve et je sais très bien qu'ils ne l'ont pas opérée parce qu'elle avait 56 autres pathologies et elle en a crevé. Alors la question que vous avez posée, ça l'air d'être une belle question mais dans le fin fond j'ai pas grand contrôle là-dessus. Oui, quand le patient vient me voir, je vais lui dire les moyens qu'on peut faire, mais c'est pas moi qui contrôle les moyens 1) et 2) c'est le patient qui décide s'il veut les prendre ou pas. Alors comme il y a déjà un bon (inaudible) au niveau des spécialités, moi je le réfère au spécialiste, mais si le spécialiste ne veut pas l'opérer, "that's it". J'ai déjà eu des patientes que le spécialiste n'a pas voulu opérer pour le cancer du poumon parce qu'elles avaient déjà fait un petit peu d'angine, je l'ai envoyée à un autre hôpital et ils l'ont opérée et elle a toffé 5 ans de plus. Une autre parce que c'était une retardée mentale, on ne voulait pas lui donner des transfusions, je l'ai envoyée à une autre place, elle a eu ses transfusions, elle a vécu 2 ans de plus. Alors... comment je peux dire... toute l'équation ne dépend pas juste de moi. Il y en a l'autre bord qui contingentent déjà, alors mon travail d'omnipraticien, comme j'ai pas l'obligation de résultat, mais juste de moyens, je peux offrir l'espoir aux patients, mais en essayant de lui trouver quelque chose. Mais s'il va avoir le service en bout de ligne, je ne sais pas. »*

Encore une fois, celui-ci ajoute qu'il est sous l'impression que ses actions n'ont pas un impact significatif sur la société. Le cas01 se dit toutefois conscient qu'à au moins une occasion ses actions



ont éventuellement amené des retombées positives importantes pour un certain groupe de professionnels de la santé non médecins.

*« Alors je veux dire, ce que moi je fais, j'ai pas l'impression que ça a un impact sur la société. Des fois, de façon très occasionnelle, oui, ça a un effet, le fait que j'ai permis à (...) et que ça se ramasse dans les médias, et que finalement un parti politique l'a récupéré et ça finalement permis aux (...) de se ramasser jusqu'à leur cours à l'université et maintenant de pouvoir pratiquer. Mais à part de cas anecdotiques comme ça, je ne suis pas au courant si les choses que je fais ont un impact plus que ça dans la société. Il y a ça que j'essaie de me battre, si ça peut avoir un impact, oui, mais c'est tellement... c'est tellement minime à côté de l'infini, que je veux dire si ça arrive, "damn luck". »*

Le cas01 est le seul parmi l'ensemble des participants à l'étude (cas et informateurs clés) à faire ce genre de commentaires (en fait, l'idée générale derrière les commentaires). On peut y voir qu'il a le sentiment, en tant que médecin de famille, d'être au bas de la pyramide et d'être un « petit joueur » dans le système de santé. Ainsi donc, ce qu'il fait et les décisions qu'il prend n'auraient que peu d'influence et de répercussions sur la société et les coûts.

Lorsque questionné davantage quant à son sentiment de responsabilité face à la société, le cas01 répond rapidement que dans les situations où le patient est autonome, fonctionnel et souffrant, ce dernier a droit aux services. C'est autre chose dans les situations où le patient n'est plus autonome et fonctionnel, tel que dans les cas de maladie d'Alzheimer, où là l'important est de s'assurer qu'il est confortable.

*« Si le patient est autonome, fonctionnel et il souffre, il a le droit de l'avoir. Si on parle de quelqu'un qui est Alzheimer et qui n'en a plus conscience, je pense que l'important c'est de le rendre simplement confortable. »*

Cela étant dit, il ajoute qu'il serait peut-être souhaitable de prendre en considération les coûts importants lors de la prise de décision clinique, mais toutefois en relation avec le contexte médical du patient (c'est-à-dire les données cliniques, particulièrement la qualité de vie et la survie ou l'espérance de vie). À titre d'exemple, le cas01 parle de l'installation d'un pacemaker au coût de 20 000 \$ chez un patient ayant une espérance de vie de 10 ans en comparaison à un patient ayant une espérance de vie de 6 mois. Cette prise en compte des coûts ne devrait en aucun temps être dans l'objectif du coût sociétal mais bien dans une perspective individuelle.

*« Et quand j'entends des cardiologues dire "eh tel pacemaker ça coûte 20 000\$ de la shot, on a à prendre une décision, on lui donne tu ou on ne lui donne pas"... en tout cas, si c'était moi qui était le cardiologue, c'est sûr que je ferais mon critère, je me dirais ce patient-là a une espérance de vie je ne sais pas moi, de 10 ans de plus, qui est bien actif, je me pose moins la question. Mais le patient que je pense qui a une espérance de vie juste de 6 mois,*

*c'est pas vrai que je vais lui mettre un pacemaker qui coûte 20 000\$. Alors, comment dire... c'est plus basé sur le contexte médical du patient que la société. »*

Lorsque l'intervieweuse lui demande ce qu'il entend par une utilisation réaliste des ressources, le cas01 hésite un peu avant de fournir deux brefs exemples pour illustrer ce qu'il veut dire. En premier lieu, il aborde les recommandations voulant que les médecins de famille motivent les individus obèses à perdre du poids. Aux yeux du cas01, il s'agit là d'une tâche insurmontable compte tenu de l'absence d'une thérapie médicamenteuse efficace et du peu de moyens mis à sa disposition. En deuxième lieu, le cas01 parle des individus qui font tout pour avoir accès à des services de santé afin d'éviter la mort, alors que leur situation clinique est parfois telle qu'il est évident que la mort est inévitable dans un avenir proche.

*« Bon, comment je peux dire... les obèses qui viennent nous voir là, bon il faut que je le motive à maigrir, on n'a pas de médicament à date efficace pour le faire maigrir et avec le peu de moyens que j'ai on me demande de faire une tâche qui est insurmontable. Les gens, bon, la personne qui ne veut pas mourir à tout prix, il va aller chercher la chirurgie qu'il veut parce qu'il ne veut pas mourir. J'ai vu des gens, bon se faire faire des pontages et comme on dit, ils vont crever pareil 2 mois après. »*

Il semble, à la lecture de ce passage, que le cas01 utilise deux exemples dans lesquels l'utilisation des ressources de santé ne serait pas réaliste compte tenu de circonstances ou de contraintes diverses. On peut peut-être, à nouveau, identifier chez le cas01 une attitude pragmatique, c'est-à-dire une utilisation des ressources qui s'adapte à la réalité des patients et du contexte de pratique.

Le cas01 mentionne l'indication médicale et l'utilisation des ressources de la société en tant que payeurs de taxes. Il souligne le rôle primordial de l'indication médicale pour juger de la pertinence des services de santé; le médecin étant le seul à pouvoir utiliser cette raison pour justifier sa décision clinique.

*« C'est mon opinion, mais c'est... il reste quand même, quand on prend une décision, on ne fera pas un test pour rien. Parce que je le dis à tout bout de champ, des fois cette expression-là, "on ne fera pas ça aux payeurs de taxes." Mais ce que je dis dans le fond au patient, c'est qu'il n'y a pas d'indication médicale de le faire, alors je ne gaspillerai pas les taxes du payeur de taxes. Alors moi c'est toujours l'indication médicale, l'indication médicale, l'indication médicale. Parce que je suis le seul qui peut donner cette raison-là. Je veux dire le politicien peut dire on va arrêter de faire ça parce que ça coûte trop cher. Mais le patient, quand il a à avoir un conseil sur sa santé, ce qu'il veut savoir, c'est pas la décision du politicien, ce qu'il veut savoir c'est ce qu'il y a de mieux pour lui. Là, qu'il peut se le payer ou pas, lui prendra la décision, le patient. Et le gouvernement prendra sa décision. »*

On peut voir dans ce passage comment le cas01 utilise l'indication médicale, qui est une ressource culturelle professionnelle, et les intérêts de la population en tant que payeurs de taxes pour décider d'utiliser un service (intérêt propre à la médecine sociale). S'il n'y pas d'indication à utiliser un service alors il ne le fera pas puisqu'il s'agirait d'un gaspillage des fonds publics. On peut voir dans ce passage l'influence prédominante des dispositions propres au professionnalisme médical dans le processus de prise de décision portant sur l'utilisation des ressources de santé.

Le cas01 semble ne pas avoir intériorisé les contraintes budgétaires du système de santé, ou sinon peu. Tout d'abord, il avoue ne pas connaître de façon précise les coûts des services de santé tandis que ceux-ci ne représente pas un de ces critères de décision. Mais plus important encore, l'allégeance du médecin de famille est à en premier lieu à son patient devant lui et non à la société.

*« Donc je pense que le médecin doit prendre sa décision par rapport au patient qui est là, il ne doit pas être contaminé, parce que sinon, quand il traite la société, c'est pas son patient qu'il traite. »*

Il ajoute que, selon la perspective de la relation médecin-patient, les patients ont des attentes précises quant au rôle des médecins. Les patients s'attendent, entre autres, à ce que seuls leurs propres besoins soient pris en compte par les médecins et non ceux de la société ou de la communauté.

*« Non, parce que c'est pas la communauté que je traite, c'est le patient. Parce que dans la relation médecin solo, quand le patient vient te voir, il veut que tu prennes soin de lui. L'argument je fais ça, et c'est le payeur de taxes... tu ne revois plus ton patient. J'ai pas grand patients qui ont l'altruisme poussé à ce point-là. Quand le patient vient te voir, c'est comme... il vient voir le curé, il dit "curé, sauve mon âme... celle de l'autre là, c'est de moi que tu t'occupes". »*

Cela dit, le cas01 tente parfois d'agir de façon économique. Par exemple, il lui arrive parfois de se questionner quant à l'examen diagnostique qui peut offrir le « meilleur rendement » compte tenu de la situation clinique du patient. Il utilise en outre son expérience clinique afin d'identifier l'examen le plus pertinent ou le plus approprié pour répondre à la question clinique posée; l'objectif étant d'éviter un gaspillage de taxes en faisant une utilisation préalable d'examen sub-optimaux.

*« Je vais à un moment donné tenter des fois d'être économique. Moi, faire un rayon du genou pour un problème d'entorse, quand on sait que les tissus mous ne paraîtront pas au rayon X, quand on sait que les tissus mous n'apparaîtront pas non plus au scan, bien des fois je vais demander directement la résonance magnétique et on va arrêter de demander le scan avant de demander la résonance magnétique. La même chose pour un problème de dos qu'on pense plus être un problème de disque, on va arrêter de demander le scan pour... là c'est mon expérience qui joue, j'en ai vu des scans qui disent qu'il n'y avait rien et c'est à la résonance magnétique qu'on voit les tissus mous et l'hernie discale. Alors j'essaie d'être*

*économique dans le sens que... qu'est-ce qui peut donner le meilleur rendement. Parce que je trouve que c'est un gaspillage de taxes de faire 3-4 examens quand dans le fond on peut aller à un qui va nous dire tout de suite c'est quoi le problème. »*

Le cas01 soutient tenter d'être également économique dans ses décisions thérapeutiques. Par ceci il entend continuer de prescrire des médicaments plus âgés et qui ont fait leur preuve lorsque ceux-ci sont pertinents compte tenu des circonstances cliniques du patient.

*« Là, je veux dire, les médicaments antidiabétiques, je vais prescrire encore ce que le gouvernement paie, le metformin et le glyburide, et si ça marche, je vais laisser le patient là-dessus, à moins qu'il fasse une insuffisance rénale ou autre chose. Alors je vais prescrire des médicaments pour l'hypertension, je vais encore commencer avec le petit Hydrodiuril et ajouter un petit (inaudible) et si ça fonctionne, je les laisse là-dessus. Mais je veux dire le petit Hydrodiuril en tout cas, l'étude ALLHAT l'a montré, nos petits diurétiques sont aussi efficaces que les nouveaux médicaments. »*

Le cas01 fait une utilisation prudente des nouveaux médicaments, préférant être patient et avoir un certain recul quant à l'innocuité de ceux-ci. Cependant, il ajoute que l'apport de la contribution novatrice des nouveaux médicaments et l'indication médicale sont aussi des critères d'influence sur la prise de décision clinique. Enfin, celui-ci continue d'utiliser les médicaments plus âgés qu'il connaît bien et qu'il sait utiles.

*« Alors mais ça je vais le dire aux gens maintenant, quand c'est des nouveaux médicaments, je dis "vous savez, avant on attendait le test du premier million, là on va attendre le test de peut-être 3-4 millions de patients qui l'auront essayé parce qu'on sait qu'avec certains médicaments des fois, c'est après quelques années qu'il y a certaines complications quand même assez graves qui ressortent." On a eu l'expérience avec le Redux où il y a eu des valvulopathies et là ça été retiré du marché, l'expérience avec le Vioxx, alors j'y vais bien mollo avec les nouveaux médicaments, à moins que ça soit vraiment un médicament qui est tout seul, qu'il n'y en a pas d'autre qui fait la même chose. Alors... exemple le Champix. Le Champix, c'est le seul qui a aussi des agonistes des récepteurs de la nicotine. Il n'y en a pas d'autre sur le marché. Alors le Champix oui, je l'ai utilisé quand même assez rapidement. Mais là où les bons vieux médicaments font encore effet, je les prescris encore. »*

Il arrive au cas01 de prescrire des médicaments d'origine même si ceux-ci sont génériques. Certains facteurs justifient ce choix, tels que la crainte d'une réponse thérapeutique inférieure avec un médicament générique dans certaines classes thérapeutiques ou encore des avantages du médicament d'origine (par exemple, la présentation du médicament). Il est d'avis que l'inscription de la mention « ne pas substituer » sur la prescription est tout un aria. Ce qui fait que, pour une économie de temps, il n'inscrit cette mention que pour quelques médicaments génériques.

*« Oui, ça va arriver que je vais prescrire les marques d'appoint comme quand Calcia est sorti, qui est un calcium qui se mâche, il y a une différence entre mâcher un calcium qui fond dans la bouche que les grosses pilules qui se ramassent dans la toilette. Par rapport à*

*la réponse, certains antidépresseurs, quand on m'a expliqué que le brevet pour faire un générique, ils ont une certaine marge et des fois ça peut avoir une certaine différence chez les patients, alors à un moment donné je me suis dit pour un antidépresseur, je suis mieux de prescrire un médicament d'origine, mais c'est tellement un aria parce qu'il faut rajouter le "pas de substitution" que finalement, encore là par économie, à un moment donné on se dit de la merde, et c'est vraiment pour quelques médicaments, disons sur 40 prescriptions, je vais peut-être le faire sur pas plus que 10. »*

Il développe alors sa pensée quant à l'euthanasie en faisant un lien, plus ou moins explicitement, entre les coûts de fin de vie et le droit à l'euthanasie dans un contexte de vieillissement de la population et de rareté des ressources de la société. Celui-ci est d'avis que la société aura à réfléchir et à proposer des solutions. Bien qu'il n'en fasse pas explicitement mention, le cas01 semble faire allusion à un débat de société en quelque sorte.

*« Et moi le patient qui dit "j'en ai assez et je veux fermer les livres", je pense qu'il devrait avoir un moyen et un "pathway" où est-ce qu'on puisse permettre l'euthanasie sur ceux qui l'auront choisi. En tout cas en Europe ça se fait, 3 médecins différents, dont un médecin de famille et deux médecins indépendants, et si tout le monde est d'accord sur la décision, bien on... il y a un moyen à un moment donné de dire "assez c'est assez". Je pense qu'avec la population qui va vieillir, il va falloir qu'on trouve un moyen pour que les gens qui disent "ok, quand c'est assez, c'est assez", on va le faire. Et ça permettra aux autres de mieux survivre. En tout cas à un moment donné, ça arrive tout à cette question-là, qu'on ne peut pas tous survivre toute la gang. Il y en a qui s'offrent de dire je vais laisser ma place à un autre. Et puis je ne pense pas qu'on va tomber dans un scénario d'horreur si on permet cette éventualité-là de (inaudible). (...) Alors moi, en tout cas c'est mon opinion personnelle, je pense que quand les gens ne sont pas déprimés, ils ne sont pas dans une période de stress mais qu'ils disent à un moment donné je pense que là c'est le temps de laisser ma place aux autres, il faudrait le respecter ça, et trouver une façon de le faire, que ça se fasse de façon non culpabilisante. »*

Lorsque l'intervieweuse lui demande s'il existe des conflits entre les intérêts de la société et ceux du médecin de famille dans sa pratique quotidienne, le cas01 répond d'emblée dans l'affirmative. Il est d'opinion que la recherche d'une solution facile est un des principaux conflits entre les intérêts de la société et ceux du médecin de famille. La société (au sens large) est à la recherche de la solution rapide nécessitant un minimum d'effort pour régler les problèmes; la pilule miracle, en quelque sorte. De son côté, le médecin de famille tente de fonder ses recommandations sur les données probantes et propose des alternatives pas toujours agréables. Le cas01 utilise l'exemple du problème d'obésité pour lequel les données probantes supportent l'efficacité de l'exercice. L'individu peut avoir de la difficulté à suivre ce type de recommandations suivant le manque de motivation et d'argent, le travail, les obligations familiales et autres.

*« Ma réponse c'est oui tout de suite. Lesquels. Parce que la société elle veut quelque chose qui peut lui fixer son problème et vite. Les gens, ils ne veulent pas être malades et oui, ils aimeraient bien avoir une pilule miracle pour régler le problème. Puis... alors quand on ne l'a pas cette solution-là ou que non... on dit écoutez... exemple encore là, le patient... nos patients obèses, si on veut éviter l'épidémie de diabète et tout ça, il faut leur dire de faire de l'exercice. Les gens n'ont pas le temps de faire de l'exercice. Ils travaillent, ils ont leurs choses familiales et tout ça, ou ils ne sont pas motivés ou ils n'ont pas d'argent. Mais merde... c'est ça qu'on nous enseigne, qui est grade A, niveau 1, qui a un effet, et je ne fais pas une cenne à recommander ça, il n'y a pas un pharmacien qui fait une cenne à recommander ça, mais on le sait que c'est ça qui peut être bon. Eh il y a un maudit conflit là. La société, c'est pas ça qu'elle veut. Elle veut la facilité... les principes, minimum d'effort, maximum de rendement, c'est ça que l'être humain veut. Alors ça, ça fait que d'emblée oui, que ça va entrer en conflit avec la médecine, parce que des fois la médecine va demander des choses qui sont moins plaisantes. »*

Cela dit, le cas01 commente qu'il y a des décisions qui sont politiques. Il s'agit là de décisions prises en tenant compte des préférences populaires et qui sont souvent des stratégies utilisées par le gouvernement pour gagner du pouvoir politique. En guise d'exemple, le cas01 parle de la décision d'accorder le droit aux sages-femmes de pratiquer l'accouchement à domicile. D'un autre côté, selon lui, un des rôles des médecins est d'informer la population sur ce qui est le mieux pour la santé. Pour continuer avec le même exemple, selon lui, il est préférable d'accoucher en CH suivant les risques de complications.

*« Mais... je crois qu'une femme devrait plus accoucher à l'hôpital encore qu'à domicile. Parce que pour en avoir fait pendant 10 ans de temps, ça peut revirer en soins intensifs en dedans de 10 minutes. Et la salle d'op. est mieux d'être proche à 10 minutes d'avis que de se ramasser avec une paralysie cérébrale chez l'enfant. Alors quand j'entendais la Ministre Pauline Marois "ah on va laisser les sages-femmes retourner à la maison" oh tabarnouche! C'est... il y a des décisions qui sont politiques, ce que les gens veulent faire et il y a nous autres, en médecine... nous autres on est supposés dire ce qui est mieux pour la santé. »*

Le cas01 semble ici faire implicitement allusion au rôle social de la médecine en tant que défenseur des intérêts de la population. Ceci peut peut-être indiquer la présence d'une disposition propre à la médecine sociale.

Le cas01 a par la suite plutôt répondu aux questions concernant la double considération de la responsabilité face au patient et de la responsabilité face à la société dans la pratique de la médecine familiale selon une perspective macro; limitant ainsi ses réponses aux perspectives de la population et de la société plus précisément et évacuant, en quelque sorte, une réponse selon la perspective de la pratique clinique.

De façon toute à fait intéressante, le cas01 dit qu'il existe deux types ou classes d'individus qui viennent voir les médecins. Tout d'abord, il y a un type de clientèle axée sur le maintien de la santé ou l'atteinte d'une meilleure santé. Mais plus encore, il y a un type de clientèle axée sur la consommation de services de santé. En effet, plusieurs individus ne viennent consulter le médecin que pour avoir une prescription médicamenteuse, une requête d'examen ou une consultation en médecine spécialisée. Celui-ci soutient d'ailleurs que le refus d'acquiescer à la demande de ce type de clientèle fait en sorte qu'il ne les voit plus dans sa pratique. Il ajoute que ça fait marcher les cliniques sans rendez-vous par exemple.

*« Mais il faut comprendre que les gens, c'est quand même... en tout cas il y a différentes classes de gens, et il y a des gens que c'est juste des consommateurs, ils viennent voir le médecin pour avoir quelque chose, "je veux une pilule" comme je disais tantôt, mon voisin a telle pilule, j'aimerais l'avoir. Il y en a qui viennent parce qu'ils veulent justement être en santé, mais il y en a encore beaucoup qui viennent parce qu'ils veulent un nanane tout simplement. Et je veux dire, c'est... ces gens-là à un moment donné, quand c'est juste ça, tu leur dis "écoutez, je ne peux pas vous le donner Madame." Et bien souvent ces gens-là, tu ne les vois plus dans ta pratique. Mais ça fait marcher les cliniques sans rendez-vous par exemple. »*

Ce passage laisse percevoir l'influence que peut exercer le contexte de la société sur la pratique médicale. Par exemple, on peut penser à certaines valeurs de la société axée sur la consommation de biens et de services et de la société axée sur la santé et la vie; certaines valeurs de la société qui peuvent par ailleurs jouer un rôle quant à une utilisation des ressources de santé plus ou moins appropriée ou nécessaire.

Le cas01 avoue être sous l'impression que les stratégies et les activités de marketing des compagnies pharmaceutiques et des compagnies de produits naturels passent bien auprès de la population. Celui-ci va même jusqu'à dire que ces stratégies et activités de marketing ont plus d'impact que la simple recommandation venant d'un médecin.

*« Et j'ai l'impression moi que le marketing, disons pharmaceutique ou naturel, passe bien. (...) Et quand on regarde les annonces à la télévision où tout est orienté sur vous allez vous sentir mieux, ils vont prendre soin de vous, et x, y, z, ça a bien plus d'impact que la simple recommandation du docteur qui dit "écoutez là, ça va vous faire du bien si vous le prenez". »*

Point fort intéressant, un contexte bien particulier de la société pourrait expliquer pourquoi les individus utilisent une pluralité de sources d'information en matière de santé. Entre autres, le cas01 fait allusion à une diminution de la confiance des gens envers les médecins. En effet, selon ses dires, les médecins doivent faire face à une certaine stigmatisation liée à la croyance que les

médecins aient rendu des individus malades avec l'usage de certains médicaments au point tel que les gens s'imaginent tous que les médecins se font payer par les compagnies pharmaceutiques pour vendre ces médicaments-là.

*« Et là, les gens ont tellement retenu le stigma qu'on a rendu des gens malades avec des médicaments x, y, z, qu'ils nous prennent tous pour des imposteurs et ils s'imaginent tous qu'on se fait payer par la compagnie pharmaceutique en arrière pour vendre ces médicaments-là. Alors, comment je peux dire, on a toute une guerre à ramer. »*

Le cas01 est d'opinion que si la rémunération des médecins de famille permettait de traiter plusieurs problèmes de santé lors d'une seule visite médicale, il pourrait en découler des économies d'argent au gouvernement.

*« Et dans le fond, si on permettait... en tout cas, vous allez me trouver radoteux, je veux dire, qu'on permette à des médecins de traiter différents problèmes en même temps et d'être rémunérés en conséquence, je pense que ça va attirer des médecins à se tenir up to date et à traiter les choses. »*

Le cas 01 développe davantage sa pensée en ajoutant qu'idéalement il faudrait une meilleure utilisation des services médicaux spécialisés. Il dit entendre à l'occasion des individus se demander comment se fait-il que les médecins omnipraticiens traitent des patients atteints de diabète. Il est toujours surpris de voir que plusieurs individus croient qu'ils ont besoin des services de médecins spécialistes pour chaque problème de santé tel que, par exemple, un médecin endocrinologue pour leur problème d'hypothyroïdie ou un médecin diabétologue pour leur problème de diabète. Le cas01 affirme que plusieurs problèmes de santé peuvent être pris en charge par des médecins de famille en première ligne. Il faudrait donc réserver l'utilisation des services des médecins spécialistes pour des problèmes de santé nécessitant des services médicaux spécialisés. L'utilisation inappropriée des services médicaux spécialisés a des répercussions économiques importantes pour le système de santé. Il y a une multiplication des visites médicales, tandis que la rémunération des médecins spécialistes est supérieure. Aux yeux du cas01, la société ne fait aucune économie à ce niveau-là. Toutefois, il est d'avis qu'une utilisation des services médicaux généraux fondée sur la prise en charge de plusieurs problèmes de santé par visite médicale permettrait de sauver des coûts au gouvernement.

*« Quand j'entendais des gens dire comment ça les omnipraticiens vous traitez du diabète? Bien oui, un omnipraticien, ça peut traiter le diabète, ça peut traiter les problèmes de glande thyroïde. Moi, tous mes patients qui ont des problèmes de glande thyroïde, à part si c'est une hyperthyroïdie qui a besoin d'être traitée, bon Tapazole ou de l'iode radioactive, je vais le référer vers l'endocrinologue. Mais tous les cas d'hypothyroïdie, ça se traite en médecine primaire, en médecine de famille, et quand je vois le patient, ça lui prend son endocrinologue pour traiter son hypothyroïdie, ça lui prend son diabétologue pour lui*



*prescrire ses quelques médicaments diabétiques, je veux dire on ne fait pas d'économie dans la société, là. À chaque fois ces gens-là vont charger le gros prix, et ça multiplie le nombre de visites, quand dans le fond, comme je disais, il y a des patients qui vont venir nous voir 2 fois par année pour qu'on traite toutes ces affaires-là en même temps. Il me semble qu'à quelque part, je dois sauver de l'argent au gouvernement. »*

Ce passage représente un bel exemple de l'utilisation de trois types d'intérêts (professionnels, sociaux et économiques) pour justifier la pensée du cas01. Il montre d'abord des intérêts pour la profession de médecin de famille lorsqu'il souligne que la prise en charge de plusieurs problèmes de santé est possible en première ligne. Il montre ensuite des intérêts sociaux puisqu'il mentionne les économies à la société possible si certains suivis sont faits en première ligne par les médecins de famille plutôt que par les médecins spécialistes. Il semble que le cas01 utilise une stratégie ici dans laquelle il utilise des concepts en économie pour différencier la médecine générale et la médecine spécialisée face au pouvoir. En effet, il est sous-entendu que le suivi et la prise en charge réalisés par le médecin de famille est plus économique que le même suivi et prise en charge réalisés par le médecin spécialiste. Il y fait également le lien avec la rémunération par problème traité durant la visite; donc on fait allusion ici aux intérêts économiques des médecins de famille.

Enfin, le cas01 termine ses propos en ajoutant qu'il croit que certains médecins spécialistes abusent du système de santé puisqu'ils sont conscients qu'ils n'auraient pas besoin de voir les patients mais qu'ils le vont quand même pour faire de l'argent. D'autre part, il y a aussi des patients qui abusent du système de santé.

*« Bon. J'ai eu une patiente dernièrement qui a déjà eu une thrombose de l'artère rénale il y a 30 ans, son hypertension est très bien contrôlée, et qui voit toujours un néphrologue et sa créatine est normale, tout est beau, tout est beau et quand j'ai encore fait son examen général dernièrement, j'ai dit pourquoi vous voyez le néphrologue encore à chaque année? Elle m'a dit "parce qu'il m'a dit que si j'ai une complication, ça va aller plus vite à l'hôpital" ah... J'ai dit "comme ça il vous a par le chantage. Vous ferez bien ce que vous voulez Madame, mais (inaudible) et à part de ça, si jamais vous avez une urgence Madame, vous allez entrer pareil, vous allez entrer par l'urgence." Alors moi j'ai l'impression qu'autant il y a des médecins qui sucent le système, qu'il sait qu'il n'aurait pas besoin de voir les patients, mais ils le font pour faire de l'argent. Et tu as des patients aussi qui abusent. »*

## Histoire de vie du cas02

### Histoire de vie personnelle et trajectoire professionnelle<sup>8,9,10</sup>

Le cas02 est né et a grandi dans la région de Montréal. Il a eu à traverser quelques épreuves personnelles et familiales particulièrement difficiles et tragiques. Il fait mention de problèmes de santé et de morts d'êtres chers. Celui-ci parle d'une période de son enfance où son père et sa mère étaient tous deux hospitalisés en même temps pendant plusieurs semaines. Son père avait d'ailleurs passé proche de mourir. Le frère du cas02 est ensuite décédé accidentellement. Cet événement tragique a eu des répercussions importantes sur la vie familiale. En outre, son père a développé des problèmes de santé et de dépendance. Ceci a amené des relations familiales difficiles entre le cas02 et son père pendant quelques années. Ce dernier a éventuellement été guéri de ses problèmes de dépendance et ils ont fait la paix. Le père du cas02 est atteint d'un cancer depuis trois ans au moment de l'entrevue.

*« Moi bon, quand j'étais jeune, mes deux parents, mon père et ma mère se sont retrouvés plusieurs semaines en même temps à l'hôpital... mon père a failli mourir d'une (...) et ma mère... je ne me souviens plus quoi. Par la suite, il y a eu, bon, mon frère s'est (...), suite à ça mon père a fait une (...), une (...), il est devenu (...). Qu'est-ce qui est arrivé ensuite... bon, finalement, moi j'ai fait mon chemin, mon père s'est guéri de son (...), on a fait la paix. »*

Parmi les événements marquants de sa vie personnelle, le cas02 fait mention de la rencontre de sa conjointe et de la fondation d'une famille ainsi que de problèmes de santé. Il a rencontré sa conjointe dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Ils se sont d'ailleurs mariés dans cette région et ont eu deux enfants. Le cas02 avoue que sa vie professionnelle a dominé sa vie personnelle pendant 10 ans. Celui-ci a donc peu vu sa famille pendant cette période. Malheureusement, sa conjointe a éventuellement développé un problème de santé et est décédée subitement après une dizaine d'années de vie conjugale. Il a ainsi eu à vivre un veuvage précoce.

*« Je me suis marié ici, j'ai travaillé comme je vous le disais 10 ans, j'ai pas vu ma famille, et ma femme à un moment donné a développé des problèmes de santé (...). »*

<sup>8</sup>Par respect pour le cas02, la chercheuse principale (intervieweuse) n'a pas osé approfondir certains thèmes relatifs à l'histoire de vie personnelle et aux événements clés suivant les épreuves personnelles et familiales particulièrement difficiles et tragiques traversées par ce dernier. Elle a cru qu'il était préférable de ne pas insister.

<sup>9</sup>L'entrevue a eu lieu au CLSC, qui est le lieu principal de pratique du cas02. Il a donc été possible pour l'intervieweuse de visiter l'organisation ainsi que la communauté (municipalité) où celle-ci se situe.

<sup>10</sup>Pour les besoins du projet de recherche, seul le lieu principal de pratique du cas02 au moment de l'entrevue, ainsi que le quartier, la communauté (ville, municipalité ou arrondissement) et le territoire de RLS où se situe le lieu principal de pratique, sont décrits de façon plus ou moins détaillée.

Le cas02 fait mention d'un problème de santé qu'il a eu vers l'âge de 10 ans. Il a souffert d'une fracture articulaire compliquée qui a nécessité une hospitalisation et une chirurgie. Celui-ci confie d'ailleurs que c'est suite à cet événement qu'il a commencé à penser à une carrière de médecin. D'autant plus qu'à cette époque, l'émission de télévision Marcus Welby, M.D., était populaire et qu'il trouvait celle-ci « super trippante ». Il rapporte donc également l'influence de cette émission sur son choix de carrière.

*« Bon, disons une anecdote pour dire à quel moment j'ai pensé devenir médecin c'est quand j'ai été hospitalisé à l'âge de 9 ou 10 ans pour une fracture compliquée du (...) et à ce moment-là on passait Marcus Welby à la télévision, je trouvais ça super trippant, alors c'est à ce moment-là. »*

Le cas02 avait donc en tête de venir médecin depuis son enfance mais des événements dans sa vie personnelle ont fait en sorte qu'il avait mis cette idée de côté pendant quelques années. Celui-ci avait d'ailleurs arrêté ses études collégiales afin de vivre d'autres expériences, bien que le cas02 soutienne qu'à chaque année il pensait revenir aux études pour s'orienter vers la médecine. Finalement, celui-ci est retourné aux études collégiales alors qu'il était au début de la vingtaine et a décidé de présenter à nouveau des demandes d'admission en médecine.

*« Mais par la suite il s'est passé toutes sortes de choses dans ma vie et j'ai mis ça de côté. J'ai mis ça de côté au cégep où je m'orientais déjà vers ça mais j'ai arrêté quelques années mes études de cégep pour vivre un petit peu d'autre chose, et c'est revenu vers l'âge de 22 ans où j'ai décidé de me réessayer, de refaire une demande. Essentiellement c'est ça, mais c'est quelque chose que j'avais en tête depuis longtemps et d'ailleurs quand j'ai arrêté 6 ou 7 ans d'étudier pour faire autre chose, j'y pensais à tous les ans de revenir dans cette discipline-là. »*

Le cas02 est détenteur d'un doctorat en médecine de l'Université de Montréal et a complété une année d'internat rotatoire (multidisciplinaire) à la même université. Il n'a pas nécessairement fait le choix de la médecine familiale, mais a plutôt fait le choix de la médecine générale puisque le programme de résidence en médecine familiale n'était pas offert à l'Université de Montréal à l'époque où il devait faire son choix. Dans les faits, ce programme fût éventuellement offert l'année suivante.

*« Moi j'arrivais à la fin des internats qu'on appelait. Un an d'internat. Les résidences en médecine familiale commençaient l'année qui suivait. Donc j'ai juste fait un an d'internat. »*

Ceci dit, il soutient avoir toujours eu l'intention de pratiquer la médecine générale. D'entrée de jeu, le cas02 mentionne que la médecine générale lui semblait plus intéressante puisqu'elle était le premier contact avec le système de soins de santé. Mais plus encore, l'aspect général de ce type de

médecine dans laquelle le médecin ne limite pas sa pratique à un ou à deux domaines de la santé lui paraissait particulièrement intéressant. Au fur et à mesure de ses études, le cas02 avait effectivement noté qu'il existe plusieurs syndromes en médecine pour lesquels on ne peut se limiter uniquement à un seul organe ou à un ou deux symptômes mais qu'il faut également tenir compte de l'ensemble de ce que l'individu vit. Pour lui, il s'agit plutôt de voir l'ensemble des symptômes et de considérer leurs répercussions psychologiques et sociales possibles. Il semble faire allusion ici à l'aspect biopsychosocial de la pratique de la médecine familiale. Le cas02 fût attiré à la notion de médecine globale (ou de la "personne entière") dès le début de ses études médicales. Selon cette notion, il faut voir la personne entière, dans sa globalité, et traiter la personne et non les symptômes. Tout ceci fait en sorte que le cas02 était peu intéressé par la médecine spécialisée parce qu'il préférerait voir davantage l'individu dans son ensemble. Celui-ci semble ainsi faire implicitement allusion au domaine de pratique limité de la médecine spécialisée.

*« Ça toujours été ça mon intention, parce que je trouvais qu'on... bon, c'était le premier contact, le premier relais, mais c'était aussi justement général, on n'était pas limité à un ou deux domaines de la santé et ce que j'avais noté au fur et à mesure de mes études c'est qu'il y a plusieurs syndromes en médecine où on ne peut pas se limiter uniquement à un organe, un symptôme, un ou deux symptômes, à l'ensemble de ce que la personne vit. On doit plutôt voir l'ensemble des symptômes aussi, sur, la répercussion psychologique que ça peut avoir; la répercussion sociale. Dès le début, j'ai été attiré par la notion de médecine globale, qu'on mentionnait depuis des années. Il faut voir l'individu dans son ensemble et traiter l'individu et non les symptômes, alors pour moi, une spécialité m'intéressait moins parce que je voyais plus la personne dans son ensemble; ça me paraissait plus intéressant. »*

Parmi les événements marquants de sa formation en médecine (internat), le cas02 rapporte un événement qui a eu lieu durant son internat rotatoire et qui avait mis en péril la réussite de son internat. L'événement en question est survenu à l'époque où les internes et les résidents revendiquaient des horaires de travail plus normaux, plus acceptables. Or, le cas02 avait été témoin qu'un certain patron prodiguait des menaces d'échec aux internes et résidents sous sa responsabilité si ces derniers ne mettaient pas fin à leurs revendications. Le cas02 avait donc émis des commentaires à ce sujet dans sa fiche d'évaluation du stage. Malgré plusieurs lettres de recommandations favorables de la part de patrons précédents, la réussite de son internat avait été menacée par le patron en question puisque ce dernier lui avait donné un échec. Le cas02 avait dû aller s'expliquer à l'Université de Montréal.

*« Et durant justement mon internat, c'était l'année où les résidents et les internes faisaient grève pour avoir des horaires de travail plus normaux. Il faut savoir que dans ce temps-là on était de garde 24h aux 3 jours, c'était très épuisant. On nous demandait souvent même le lendemain, plutôt que de nous libérer à 8h, bien il fallait rester jusqu'à 2h de l'après-midi*

*pour recommencer le lendemain à 7h ou 8h. Alors c'était les revendications, d'avoir quelque chose de plus normal, plus acceptable et bon, moi je finissais mon internat dans un hôpital universitaire et à la fin de mon internat on a reçu des formules d'évaluation et je me suis laissé aller en mentionnant justement qu'un des patrons qui démontrait... il avait un malin plaisir à menacer les résidents et les résidentes qu'ils pourraient perdre leur résidence, qu'ils pourraient ne pas pratiquer en spécialité s'ils n'arrêtaient pas de faire leurs moyens de pressions et j'en ai vu qui ont pleuré, qui se sentaient menacés et tout ça. Alors moi, je me suis dit je suis interne, j'ai fini mon stage, j'ai eu des bonnes notes partout, je ne vois pas pourquoi je me gênerais, alors j'ai fait mes commentaires, mais disons qu'il s'est passé quelque chose d'assez particulier, c'est que sur les 6 patrons que j'avais durant ces stages-là de 4 mois dans le même hôpital, la seule évaluation qui est demeurée, qui s'est rendue à l'université, c'est celle du patron que j'avais critiqué et lui me coulait carrément. Alors là, mon internat était menacé, il a fallu que j'aie m'expliquer à l'université, il a fallu que je retourne voir tous mes autres patrons et qu'ils me refassent des lettres de recommandation; elles ont toutes été faites. Puis c'est ça, j'ai vu qu'on n'est jamais à l'abri finalement, même si on voudrait que les choses changent on n'a pas beaucoup de pouvoir là-dessus. Alors ça, ça été un événement marquant. Mais ça n'a pas changé grand-chose dans ma façon de faire. (rire). »*

Le cas02 poursuit ses propos en ajoutant d'ailleurs que le patron en question était un individu fort connu publiquement. Malgré cela, le cas02 jugeait qu'il ne pouvait passer ça sous silence. C'était trop difficile à ses yeux de voir des individus démolis par ce patron.

*« Là ça été vraiment spécial, ce que je vous ai raconté et je vous dirais que c'est quelqu'un même de très connu publiquement, cette personne-là, mais je ne pouvais pas laisser ce... c'était trop dur pour moi, de voir les gens qui étaient démolis et c'est ça. »*

Mis à part cet événement, le cas02 affirme que, durant sa formation, la grande majorité des relations professionnelles avec les médecins spécialistes et les collègues résidents en médecine spécialisée étaient conviviales et agréables. L'atmosphère de travail était bonne en général. La plupart du temps il y avait une forme de reconnaissance, un sentiment d'appréciation ou encore, un bon échange sans sentiment d'être de trop. En guise d'exemple, il relate une expérience professionnelle qui a eu lieu dans un certain département durant son internat. Les médecins spécialistes du département, donc ses patrons, les invitaient à aller prendre une bière et le lunch à la brasserie à tous les vendredis après-midi.

*« Ah dans la grande majorité des cas, c'était convivial et c'était agréable. Entre autres choses, quand j'ai fait ma (...), là encore j'ai fait 4 mois dans un autre hôpital. Je veux dire le vendredi midi après la tournée, les patrons nous invitaient à aller prendre une bière à la brasserie et à finir la journée comme tout le monde. Alors il y avait une forme de reconnaissance et la plupart du temps c'était comme ça, il y avait un bon échange et on ne se sentait pas de trop ou on se sentait appréciés. (...) Mais en général, l'atmosphère était bonne. »*

Le cas02 a déménagé dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean à la fin de sa formation en médecine pour y débiter sa pratique médicale. Celui-ci pratique la médecine omnipratique principalement en CLSC depuis 20 ans au moment de l'entrevue. Il possède un champ d'intérêt particulier. Ce champ de pratique a occupé une place très importante dans la pratique du cas02 pendant plusieurs années; il est moins présent depuis quelques années. Bien que ce dernier avoue qu'il n'avait aucune connaissance dans ce domaine à la fin de sa formation, il a lu beaucoup au point tel qu'il en a presque fait une spécialité à un moment donné. Celui-ci a rédigé des cahiers d'intervention, dispensé des formations aux personnels médical, infirmier et autres, organisé des conférences et enfin, fondé un des premiers lieux de soins de la région essentiellement dédié à la pratique de son champ d'intérêt particulier.

*« Je me suis retrouvé avec des personnes qui avaient (...) comme je disais tantôt, mais sans aucune formation au niveau (...). Les soins (...), quand j'étais étudiant, c'était peut-être 2 heures de formation sur (...) et c'est tout. Alors j'ai dû apprendre sur le tas, j'ai lu beaucoup au point où à un moment donné j'en ai fait presque une spécialité, j'ai écrit des livres d'intervention, des volumes d'intervention là-dessus, on a fait des formations en soins palliatifs ici pour les infirmières, le personnel et les autres médecins. »*

Qui plus est, le cas02 a fait la promotion pour une formation adéquate dans le domaine de son champ d'intérêt particulier. En outre, il avait mis en œuvre des actions d'influence et de pression auprès d'acteurs politiques, médicaux, universitaires et sur les médias. Plus précisément, celui-ci avait envoyé des lettres au président du CMQ, aux recteurs des universités, aux médias ainsi qu'au ministre de la Santé et des Services sociaux. Il était mentionné dans la lettre que les nouveaux médecins avaient un niveau inadmissible de connaissances dans le domaine médical particulier et qu'il fallait en faire un programme obligatoire de stage. Le cas02 avaient alors reçu des réponses passives. Mais il y a finalement eu des développements après quelques années avec la mise en place d'un stage obligatoire et celui-ci s'en réjouit.

*« J'ai envoyé des lettres aux recteurs d'universités, au président du Collège des Médecins, j'avais même écrit aux médias, à Claude Charron, la Ministre de la Santé à ce moment-là, disant que c'était inadmissible qu'on n'ait pas plus de connaissances, on est une des provinces... déjà en Amérique du Nord on a beaucoup de recul ou de retard par rapport aux États-Unis, mais que le Québec c'est encore pire que toutes les autres et qu'il fallait en faire un programme obligatoire de stage. (...) Je trouvais que c'était essentiel d'avoir une formation là-dedans. Mais j'ai pas eu vraiment de réponse favorable à part que "oui, vous avez raison, on devrait travailler là-dessus." Mais finalement après quelques années, il y a eu effectivement des développements. Et là maintenant c'est devenu un stage obligatoire; ça je suis content. »*

Cela dit, le cas02 dit avoir été sensible aux besoins de la population lorsqu'il a débuté sa pratique médicale dans la région. Il a alors adapté sa pratique en conséquence. Entre autres, pendant les 14

ou 15 premières années de sa carrière, celui-ci a eu un bureau dans trois cliniques privées, pratiqué dans trois CLSC et un CHSLD, offert des services cliniques avec rendez-vous et sans rendez-vous, travaillé à des heures défavorables (soirs, fins de semaine), fait des gardes, fondé un lieu de soins dédié à la pratique de son champ d'intérêt particulier et enfin, offert les soins de maintien à domicile. Il n'a toutefois jamais fait d'hospitalisation, par manque de temps et d'intérêt. Donc, après une quinzaine d'années de ce régime, le cas02 a décidé de réduire ses activités puisque, selon ses dires, il avait brûlé toutes ses réserves.

*« Moi je ne fais pas d'hospitalisation parce que bon, quand je suis arrivé, j'étais sensible aux besoins de la population, j'avais beaucoup de travailleurs qui allaient dans le bois au nord du Québec, etc., et tout ça, et qui ne pouvaient pas consulter les médecins parce que c'était juste la semaine. Alors j'ai commencé à faire des soirs, j'ai fait des samedis, des dimanches pour les accommoder. J'ai fait des centres d'accueil, on a fondé une maison de (...) ici, la première en dehors de (...), la première maison régionale. Alors j'étais impliqué à peu près dans tout ça, alors de l'hospitalisation, je n'en faisais jamais, et je n'en ai jamais fait finalement, il y avait des centres d'accueil aussi que je couvrais, on allait dans les paroisses pour les personnes âgées. Alors je n'ai jamais fait d'hospitalisation et à cause du fait que je n'avais plus le temps d'en faire non plus, et je n'avais pas vraiment d'intérêt à ça. »*

Les mesures d'attraction des médecins en région éloignée du gouvernement du Québec, telles que les incitations financières pendant la formation, ont exercé une influence déterminante sur le choix de sa région de pratique. En effet, alors qu'il était étudiant en médecine, celui-ci avait bénéficié de bourses liées à l'obligation de pratiquer pendant quatre années en région éloignée. Le cas02 avait visité une certaine partie des régions du Saguenay-Lac-Saint-Jean et de l'Abitibi-Témiscamingue.

*« Ça, ça été décidé... bon, c'était le temps des bourses, comment je pourrais dire, on donnait un certain montant d'argent pour aller pratiquer à l'extérieur pendant qu'on est aux études et j'avais été dans la région de (...), et j'avais visité ici. Et celle-ci m'apparaissait intéressante, mais je devais m'engager à cause du programme de bourses à venir travailler 4 ans. Alors ça été simplement ça. J'ai visité une journée la région, j'ai vu quelques médecins et j'ai trouvé ça bien, alors j'ai décidé de m'établir ici. »*

La mission de l'organisation de santé a, quant à elle, exercé une influence déterminante sur le choix de l'organisation de pratique du cas02. Ce dernier rapporte que la mission initiale du CLSC a toujours inclut la prévention, le dépistage et l'enseignement. Il avait de l'intérêt pour ces types de services. C'est donc ce qui l'a attiré en premier à pratiquer dans l'organisation où il pratique encore aujourd'hui. Dans les faits, le cas préfère fouiner, chercher les moindres détails ou problèmes.

Celui-ci prétend préférer la prévention au traitement et juge que ceci est davantage profitable à long terme pour tout le monde.

*« Bon ici, c'est un CLSC, c'est sûr que les objectifs, comment je pourrais dire, la mission initiale du CLSC, ça toujours été prévention, dépistage, enseignement. C'est ce pourquoi ça m'intéressait. J'ai plutôt tendance à être quelqu'un qui fouine et qui cherche des petites bibites et qui essaie de prévenir plutôt que de traiter, je trouve que c'est plus simple et qu'à long terme c'est plus avantageux pour tout le monde. »*

Qui plus est, le modèle organisationnel des services en CLSC a également exercé une influence déterminante sur le choix de l'organisation de pratique du cas02. Le cas02 aimait (et aime toujours d'ailleurs même après 20 ans) la mentalité du CLSC voulant qu'il n'y ait aucune, sinon très peu de hiérarchisation des services au sein même de l'organisation. Bien entendu, la présence d'un dirigeant, d'un leader pour porter les dossiers est requise, mais les services ont tous la même importance. Le cas02 est d'avis que cette mentalité ne prévaut pas nécessairement en CH puisqu'il y existe plutôt une hiérarchisation professionnelle et interprofessionnelle au sein d'une même profession. Il rapporte avoir été témoin de ceci lorsqu'il travaillait en CHSLD.

*« Ce qu'il y a de particulier je dirais aussi dans un CLSC, c'est que ce que j'aimais, c'est le fait que ça prend un dirigeant, un leader, un porteur de dossier disons, mais que tout le monde en fait a le même... les interventions ont toutes la même importance. Chacun a sa place et il n'y a pas personne qui peut faire tout. Ça j'aimais ça comme mentalité ici en CLSC. C'est encore comme ça ici, et les échanges sont intéressants, sont agréables. Ce qu'on n'a pas nécessairement en CH, où comme je mentionnais il y a plutôt une hiérarchie professionnelle et interpersonnelle au sein d'une même profession. C'est ce que j'ai vu quand je travaillais en CHSLD, c'est la même chose aussi. On est un médecin, et il y a les infirmières, tandis qu'ici les ergos, les physios, tout ça, on est tous au même niveau. Pour moi en tout cas, après 20 ans, ça n'a pas changé. »*

Il est possible de voir deux types différents d'intérêts dans ces deux passages. En premier lieu, le cas02 adhère à la mission de l'organisation et montre de l'intérêt pour le modèle d'organisation des services en CLSC; ceci laisse entrevoir une disposition organisationnelle. En deuxième lieu, il parle de ses préférences pour des activités médicales propres à la médecine sociale, telles que la prévention, le dépistage et la promotion (enseignement); ceci laisse entrevoir des dispositions propres à la médecine sociale.

À cette époque où le cas02 a débuté sa pratique, le CLSC offrait des services cliniques avec rendez-vous, des services cliniques sans rendez-vous ainsi que plusieurs programmes de santé et de services sociaux. Une quinzaine de médecins de famille y pratiquaient à temps plein. Il soutient que la fusion du CLSC, des CHSLD et du CH du territoire de laquelle est né l'établissement CSSS est



venu tout changer. Selon les dires du cas02, les enveloppes budgétaires ont alors été partagées en donnant la priorité à la mission hospitalière, suivi des CHSLD et finalement du CLSC. Plusieurs médecins de famille ont cessé de pratiquer au CLSC. Il rapporte que le manque d'argent à causer la disparition de plusieurs services et programmes de santé ainsi que la réduction de la disponibilité d'autres services et programmes. Dans les faits, le cas02 confie que la mission du CLSC n'est plus ce qu'elle était; elle a beaucoup déperî.

*« Alors ça été, où je travaille présentement, bon quand je suis arrivé il y avait du sans rendez-vous, du rendez-vous, il y avait beaucoup de programmes, des femmes enceintes, SMI, vaccination, les programmes en santé mentale, tout ça, ça s'était beaucoup développé. Mais avec le temps ici, on a été une des régions où il y a eu les premières fusions avec le CH et le CHSLD. Avec la fusion, il y a eu la fusion de la direction, des cadres. À ce moment-là les enveloppes ont été plus difficiles à partager, le CH a eu la priorité, le CHSLD la deuxième, et le CLSC finalement a pris le reste. Même actuellement, je m'interroge sur le % de l'enveloppe versé aux programmes de prévention et en particulier au programme de Soins à domicile, malgré l'emphase mis là-dessus par le Ministre de la Santé. Ce qui en a suivi c'est que bon, il y a des médecins qui ont quitté. Au début quand je suis arrivé, on était peut-être une quinzaine ici, là présentement, en termes d'heures/médecins, on est, de semaine, l'équivalent d'un médecin et ¾ à temps plein, au lieu d'une quinzaine à temps plein. Alors là le sans rendez-vous, on n'en fait plus. Moi présentement, je me suis consacré au suivi de clientèle lourde et en santé mentale parce qu'il y a des besoins et il n'y a pas beaucoup de disponibilité. Il y a beaucoup de programmes qui sont disparus à cause du manque d'argent. Alors pour ce qui est de la mission ici, bien c'est plus tout à fait la même chose. Ça a déperî beaucoup. »*

Le cas02 fait mention de quelques expériences professionnelles marquantes de sa pratique en médecine. En premier lieu, il rapporte avoir vu des individus recevoir des soins dans des situations très dramatiques, tant au plan financier ou matériel que médical, lorsqu'il a débuté sa pratique médicale dans la communauté. Selon le cas02, le CLSC aurait été un des premiers à offrir des programmes de soins de maintien à domicile et de soins spécifiques pour des patients dans un domaine qui est éventuellement devenu le champ d'intérêt particulier du cas02. En outre, il a été témoin de situations difficiles dans lesquelles des individus recevaient des soins de maintien à domicile dans des conditions de grande pauvreté. Celui-ci a également été témoin de situations difficiles dans lesquelles les médecins qui offraient des services de soins de maintien à domicile laissaient aller les situations de façon dramatique.

*« Moi quand je suis arrivé, bon c'est ça ici, dans la MRC (...), ça été un des premiers CLSC si c'est pas le premier à faire du maintien à domicile et (...). Et quand je suis arrivé ici, il n'y avait personne sur leurs programmes, alors j'ai proposé mes services et j'ai été catapulté dans des situations, les gens vivaient des situations très dramatiques tant financièrement que médicalement et tout ça. Et en allant dans les maisons, là je voyais plus comment ils vivaient. (...) Mais c'est ça, moi quant j'ai commencé, j'ai fait beaucoup de*

*domicile et j'ai vu qu'il y avait des gens qui n'étaient pas en mesure de sortir, qui étaient traités par les médecins qui allaient aux maisons, mais qui laissaient aller les situations de façon dramatique. (...) J'ai vu que les gens qui étaient à domicile étaient vraiment démunis »*

Le cas02 poursuit ses propos en ajoutant que ce qui l'a fâché à l'époque, et qui le surprend toujours au moment de l'entrevue puisque la situation demeure, c'est la crainte qu'avait les patients de perdre leur médecin. Cette crainte faisait en sorte que les patients prenaient les services à domicile qu'ils pouvaient recevoir et évitaient de se plaindre des services médicaux reçus. Il trouvait, et trouve toujours, tout ceci très choquant.

*« Et il y a une chose qui m'a fâché à ce moment-là, que je ne pensais pas qu'au 20<sup>e</sup> siècle on pouvait voir, et qui survient encore ici en 2008, c'est que les personnes ont peur de perdre leur médecin. (...) Mais pour ces gens-là qui étaient pris à domicile, qui ne pouvaient pas sortir, qui avaient besoin de soins à domicile, bien ils prenaient ce qu'ils pouvaient, et je suis toujours... on est toujours choqué. »*

Comme deuxième événement marquant, le cas02 parle d'une situation clinique vécue il y a de cela quelques années. Une personne était venue le consulter. Celle-ci était complètement démolie psychologiquement et évoquait des idées suicidaires. En faisant quelques recherches, le cas02 avait découvert qu'il s'agissait de la vingtième personne à quitter son emploi pour des raisons médicales, telles qu'une dépression, un syndrome d'épuisement professionnel (« burn-out ») ou autres. Ces personnes avaient toutes travaillé sous le même superviseur dans un service communautaire. Le cas02 désirait faire une déclaration comme maladie professionnelle pour harcèlement moral et a donc cru bon de contacter un des dirigeants du service communautaire pour l'en informer et lui faire part de ses inquiétudes quant à la santé des employés. Il allât même jusqu'à lui suggérer une enquête interne. Le service communautaire avait par la suite envoyé une mise en demeure au cas02 lui demandant de se rétracter. Une copie avait également été envoyée au CMQ. Qui plus est, le Collège avait alors dit au cas02 qu'il avait outrepassé ses tâches. Le cas02 soutient que cet événement lui a appris plusieurs choses dont jusqu'où il pouvait aller, qu'est-ce qui revient au patient d'agir et sur quoi on pouvait se fonder pour défendre un dossier. En fait, ça lui a pris quelques années avant d'accepter de voir à nouveau des cas d'harcèlement moral ou du moins de s'impliquer.

*« Un autre événement marquant que j'ai vécu, c'est justement où il y a 6 ou 7 ans... 8 ans. Une personne qui venait, qui était complètement démolie, idées suicidaires, tout ça et en fouillant un peu, c'était la 20<sup>e</sup> personne qui quittait son emploi, soit pour dépression, soit pour burnout, soit pour toutes sortes de raisons. Et tout ça était relié à un supérieur en particulier. Et moi, bien j'ai voulu faire une déclaration comme maladie professionnelle pour harcèlement moral, j'ai communiqué avec le directeur de ce service communautaire-*

*là, lui disant que j'étais inquiet pour la santé des travailleurs et que je lui suggérais de faire une enquête interne, et deux semaines après j'ai reçu une mise en demeure avec une copie envoyée au Collège des Médecins me disant que je devais me rétracter, quand j'avais absolument rien dit, j'avais juste dit que je m'inquiétais pour la santé des travailleurs. Le Collège a dit la même chose, que j'avais outrepassé mes tâches. En tout cas. (...) C'est la même chose, que ce soit une intoxication chimique ou une agression morale ou physique, je pense que c'était mon rôle de le faire. Mais ça n'a jamais été reconnu, finalement c'est tombé. Mais ça, ça été un événement marquant et ça m'a pris quelques années à accepter d'en revoir d'autres ou en tout cas de m'impliquer. J'ai appris beaucoup aussi là-dedans, jusqu'où je pouvais aller et qu'est-ce que je devais laisser aux patients, et sur quoi on pouvait se baser pour défendre le dossier. Mais pour... j'ai jamais vraiment été appuyé. »*

En terminant, il est important de souligner certains traits de personnalité que le cas02 mentionne explicitement au cours de l'entrevue. La personnalité du cas02 semble empreinte d'humanisme. En effet, le contact humain est ce qu'il aime le plus dans sa pratique. L'approche humaine (ou le côté humain) en médecine est définitivement un des thèmes les plus récurrents des propos du cas02.

*« Le contact. Le contact humain, j'aime ça. »*

Il prétend être facile d'approche.

*« De ce côté-là, je pense que j'ai une approche, je suis assez facile d'approche. »*

Celui-ci confie être de nature curieuse, fouineuse.

*« (...) c'est dans ma nature d'être comme je disais, curieux, fouineur et plus j'ai d'éléments dans ma tête et dans mon dossier et plus je suis content. »*

Il précise être de nature pointilleuse et particulièrement sensible aux injustices et aux hypocrisies et ce, depuis toujours. Il n'a pas peur de crier injustice et d'aider, dans la mesure du possible, les personnes souffrant de ces injustices. Ceci l'amène parfois à ce mettre les pieds dans les plats.

*« Bien moi, disons que depuis que je suis très jeune, j'ai toujours été très pointilleux sur les... très sensible aux injustices et aux hypocrisies, etc., et bon, je me suis mis les pieds souvent dans les plats. »*

Ce trait de caractère est particulièrement évident lorsqu'il rapporte que ce qu'il trouve le plus difficile dans sa pratique et bien, se sont toujours les injustices.

Celui-ci admet ouvertement être de nature critique.

*« Je suis très critique, hein? C'est ma nature et je vous l'ai dit tantôt, je ne pourrai pas changer. »*

Mais plus encore, il se qualifie en tant qu'empêcheur de tourner en rond.

« Mais je suis celui qui empêche de tourner en rond. »

On peut dire que le cas02 ne semble pas avoir froid aux yeux puisqu'il a déjà envoyé des lettres au CMQ, aux universités, aux médias et au ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), entre autres choses, ou encore, menacer de déposer des plaintes à des ordres ou des organisations professionnelles.

Le cas02 avoue être un anticonformiste, voir peut-être ce qu'il existe de plus marginal des stades de la palette qu'on peut retrouver parmi les médecins.

*« Disons que je suis... je ne sais pas si ça peut aider à votre étude, mais je suis plutôt dans le plus marginal des stades de la palette qu'on peut retrouver dans les médecins, je suis un anticonformiste. »*

En outre, et de façon plus particulière, il affirme être plutôt fervent à la pensée « biologie totale » selon laquelle tout problème de santé est issu initialement d'un problème psychologique non résolu.

*« Moi, je suis marginal comme je vous disais, je crois même en ce qu'on nomme "biologie totale", je ne sais pas si vous connaissez ça? Où les maladies viennent d'un problème, d'un stress ou d'un conflit psychologique qui a été enfoui longtemps. Et même, je dirais que Laborit a été un des premiers à proposer que la majorité... toutes les maladies étaient issues d'un problème de stress et de désordre de cortisol plasmatique et tout ça. Puis moi je suis plutôt fervent de ça. Que tout est issu initialement d'un problème psychologique qui n'a pas été réglé. »*

## Pratique professionnelle actuelle

Le cas02 pratique maintenant uniquement dans un CLSC à temps plein. Dans les faits, celui-ci travaille au même CLSC depuis le tout début de sa pratique médicale. Il ne travaille plus à des heures défavorables et n'offre plus de services cliniques sans rendez-vous. Le paiement à tarif horaire (c'est-à-dire à salaire) est son unique mode de rémunération.

Au moment de l'entrevue, trois médecins de famille pratiquent au CLSC, soit un à temps plein (cas02) et deux à temps partiel (représentant à eux deux trois-quarts d'équivalent temps plein [ETP]). L'organisation n'offre plus de services de sans rendez-vous. En outre, elle offre des services infirmiers, de soins de maintien à domicile, d'éducation spécialisée, de physiothérapie, d'ergothérapie, de psychothérapie et de travailleurs sociaux. Elle offre également les services d'une intervenante en santé communautaire.

*« On en a ici, en ergo et physio. Physio à temps plein, un ergothérapeute une fois par semaine. Psychologues, travailleurs sociaux, il y a des éducateurs spécialisés aussi. Des infirmières aussi : 2 en santé courante, 1 en enseignement et suivi pour le diabète, 3 en soins à domicile et une en périnatalité et suivi de grossesse. »*

Le cas02 apprécie l'accès au dossier informatisé des patients à partir d'un poste informatique disponible dans chaque bureau de médecin. Ceci lui permet un accès rapide aux résultats des examens diagnostiques, dont les résultats des analyses de laboratoire. Il dispose également d'une connexion Internet à son bureau ce qui lui permet d'accéder rapidement à des informations.

Le CLSC fait partie d'un des petits CSSS de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Il s'agit plus précisément d'un point de service CLSC. Il est situé dans une municipalité agricole qui fait partie d'un des plus petits territoires de RLS de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Selon les données sociodémographiques des recensements de 1996 et de 2006, cette municipalité a vu sa population fondre d'environ 17 % en l'espace de dix années. La population de la municipalité représente maintenant environ 12 % de la population totale du territoire. D'autre part, la population territoriale du RSL représente près d'un dixième de la population totale régionale. En comparaison à l'ensemble du territoire, la municipalité où se situe le CLSC se caractérise principalement par un plus faible taux de chômage. Le taux de chômage est un peu plus de 9 %, ce qui est nettement inférieur à celui du territoire. Concernant le territoire de RSL, selon les données sociodémographiques du recensement 2006, presque 19 % de la population du territoire est âgée de moins de 18 ans, un peu moins de 64 % a entre 18 et 64 ans tandis qu'un peu plus de 17 % a 65 ans et plus. Les données socioculturelles du recensement 2006 indiquent que le français est la langue parlée à la maison par la quasi-totalité de la population. Il n'y a d'ailleurs qu'une très faible proportion d'immigrants sur le territoire (moins de 1 %). Les données socioéconomiques du recensement 2006 indiquent, quant à elles, que 26 % des adultes âgés de 25 à 64 ans du territoire ne détiennent aucun diplôme, certificat ou grade. Il s'agit là d'individus faiblement scolarisés. Par contre, 9 % des individus du même groupe d'âge sont fortement scolarisés, détenant un diplôme universitaire. Le revenu moyen après impôt de la population de 15 ans et plus était de 21 116 \$. Le territoire enregistrait un taux de chômage légèrement supérieur à 13 % pour la semaine ayant précédé le jour du recensement (16 mai 2006). Selon l'Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007, 10 % des adultes résidant sur le territoire affirment ne pas avoir un médecin de famille.

Le bâtiment où se trouve le CLSC se situe sur une des rues principales de la communauté. Le quartier où se trouve le CLSC est surtout commercial, avec des zones résidentielles dans les rues derrière les rues principales. Il y a plusieurs commerces, services et coopératives agricoles. Il y a également des écoles primaire et secondaire. Les quartiers sont petits. Il y a peu de maisons en briques, du moins pour les constructions récentes. Les maisons sur les principales rues ressemblent aux maisons plutôt typiques des villages de la région. On peut voir l'horizon à perte de vue et ce, à partir de plusieurs endroits dans la municipalité. Il y a quelques municipalités et villages avoisinants qui peuvent venir dans les commerces et utiliser les services généraux, et plus spécifiquement les services de santé, situés dans la communauté. Parmi les ressources de soins de santé disponibles tout près dans la municipalité où se situe la clinique, on retrouve une clinique médicale, une pharmacie à moyenne superficie, une clinique d'optométrie, une clinique dentaire et un CHSLD. La municipalité où se trouve le CLSC est environ à plus de 25 kilomètres de la zone dans laquelle se trouve la grande majorité des ressources de soins de santé et de services sociaux du territoire de RSL, incluant le CSSS qui est un établissement qui regroupe un CH de soins généraux et spécialisés à vocation communautaire, un CLSC (deux installations) et deux CHLSD. Somme toute, les ressources de soins de santé et de services sociaux disponibles sur l'ensemble du territoire incluent, en outre, plusieurs cliniques médicales privées offrant des services médicaux généraux (une dizaine) ou spécialisés, une dizaine de pharmacies (grande, moyenne ou petite superficie), des centres de réadaptation (déficience physique, déficience intellectuelle, dépendances), un centre jeunesse, plusieurs bureaux de professionnels de la santé (dentistes, optométristes, audiologistes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, etc.) ainsi que plusieurs organismes communautaires dont les activités sont liées à la santé et aux services sociaux (santé mentale, toxicomanie, déficience physique, déficience intellectuelle, jeunesse, perte d'autonomie liée au vieillissement, etc.). Enfin, certains professionnels de la santé non traditionnels offrent des services (acupuncteurs, chiropraticiens, ramancheurs, homéopathes, massothérapeutes, ostéopathes, etc.).

Le cas02 ne prend plus de nouveaux patients. Selon les informations informelles recueillies par l'intervieweuse (en l'occurrence la chercheuse principale) auprès de la réceptionniste du CLSC, il existe un délai d'attente de quatre à huit semaines pour les rendez-vous avec un médecin de famille (au moment de l'entrevue). La durée de la consultation s'établit à 45 minutes. Il considère qu'il agit d'une durée convenable, tout particulièrement avec les situations complexes de

polypathologie, de polymédication, de maladies mentales ou de maladies graves telles une insuffisance rénale ou cardiaque. Il faut prendre le temps nécessaire pour réfléchir, pour écouter le patient et regarder avec lui toutes les options, la prévention, l'enseignement, et enfin de traiter plusieurs problèmes de santé au cours de la même visite médicale. Le cas02 pense que les individus aiment ce genre de consultation et que ça répond sûrement à un besoin puisqu'il pratique de cette façon depuis le tout début.

*« Et moi je considère que ¾ d'heure, c'est une entrevue correcte. Parce qu'il y a des choses qu'on ne peut pas... on ne peut pas aborder une personne qui vit une dépression majeure en 15 minutes; on ne peut pas... un patient qui a une insuffisance rénale grave, ou une insuffisance cardiaque, il y a des choses, plusieurs choses qu'il faut vérifier. De plus en plus de polymédications. (...) Il faut prendre le temps de réfléchir et je ne condamne pas personne, je dis juste que moi, j'aime mieux prendre du temps parce qu'il y a des choses qu'on peut faire parce qu'on va trop vite qui ne sont pas correctes, comme des erreurs importantes. Chacun a sa place, ceux qui font de l'urgence il faut qu'ils aillent vite et il faut qu'ils pensent vite et ça c'est correct, ils ont leur place aussi. Moi ce que j'aime, c'est justement de réfléchir, de prendre le temps avec le patient de regarder toutes les options, la prévention, l'enseignement. Beaucoup d'écoute. Je pense que les gens aiment ça. Ça répond à un besoin en tout cas, parce que ça fait 20 ans que je fais ça comme ça. »*

Les principales caractéristiques de la clientèle du cas02 sont : vulnérable (50 %) et atteinte de maladie mentale (40 %). En outre, il voit majoritairement des individus atteints de maladies chroniques, mais aussi beaucoup d'individus souffrant de douleurs chroniques.

*« Le 40% concerne le suivi en santé mentale. Le reste est réparti comme suit : 50 % pour la clientèle vulnérable autre qu'en santé mentale et 10% pour du dépistage. »*

Il confie consacré la très grande partie de sa pratique au suivi de clientèles vulnérables et en santé mentale pour répondre aux besoins de la population dans le contexte où il y a peu de disponibilité et d'accessibilité aux services. Il offre également des services de soins de maintien à domicile et des services de soins spécifiques à la clientèle dans son champ d'intérêt particulier.

*« Moi présentement, je me suis consacré au suivi de clientèle lourde et en santé mentale parce qu'il y a des besoins et il n'y a pas beaucoup de disponibilité. »*

Le niveau socioéconomique des patients du cas02 est un facteur d'influence sur l'accès aux services. En effet, le cas02 rapporte que le contexte socioéconomique de la communauté où se trouve le CLSC fait en sorte qu'une partie importante de la population qui est soit peu fortunée, soit défavorisée tandis que plusieurs sont âgés. Plusieurs individus n'ont donc par les moyens financiers ou matériels pour se déplacer vers le secteur dans lequel se trouve la grande majorité des ressources de soins de santé et de services sociaux du territoire de RSL.

*« Mais qui n'ont pas les moyens. La plupart, comme je vous disais, il y a beaucoup de personnes âgées, il y en a beaucoup aussi qui n'ont pas d'automobile, ils sont obligés de dépendre d'un transport bénévole; beaucoup de personnes sur l'aide sociale. L'essence, avec les prix qui montent, ça ne les avantage pas non plus. Mais s'ils n'ont pas le choix, ils vont le faire. Je vais juste vous donner un exemple, moi j'ai vu un patient hier qui a probablement une thrombophlébite et il devait passer un examen à (...) et il n'y a pas été parce qu'il n'avait pas de transport. »*

Le cas02 rapporte que ses patients ont recours à quelques sources d'information en matière de santé : Internet et les médias (télévision, radio, journaux, revues et autres).

Le cas02 rapporte notamment que le réseau ou tissu social est encore tissé serré dans la communauté où se situe le CLSC. Point intéressant, voire même cocasse (mais néanmoins une pratique fréquente de la région), il dit qu'il est possible de faire des liens entre les noms de famille des individus et certains traits de caractère. Il est donc facile de catégoriser ou d'identifier les individus. Par exemple, on a qu'à dire en parlant d'un individu « C'est un Mailloux », et bien ça veut tout dire. Cela dit, le réseau social est tel que tout finit pas se savoir et ce, non seulement dans la communauté immédiate (municipalité) mais encore dans tout le territoire.

*« Les gens ont des noms et les noms sont attribués à certains caractères ou certains traits de caractère. De ce côté-là on identifie facilement les personnes. En tout cas on les catégorise beaucoup plus facilement. Et c'est ça, la population en général, il y a un bon réseau social et c'est assez serré. Quand il arrive quelque chose à quelqu'un, tout le monde le sait. Pas nécessairement dans le village, ça peut être comme je disais à la limite du territoire. Moi quand j'ai suivi la personne qui était atteinte du sida et qui est décédée, à un moment donné je me suis rendu compte que je n'avais pas dit qu'elle était décédée du sida. Mais j'ai failli me laisser... m'échapper, parce que c'était une personne qui vivait très loin de cette personne et elle connaissait cette personne-là. Elle en avait entendu parler, mais elle ne savait pas de quoi elle était décédée. Alors ici tout se sait aussi. Il se passe quelque chose ici... plus loin tout le monde est au courant. »*

Point intéressant, le cas02 évoque la place et le statut des médecins dans la communauté. Selon ses dires, les habitants accordent beaucoup de respect aux médecins, bien qu'il se demande parfois si ce n'est pas plutôt de la crainte. En outre, on n'appelle pas les médecins par leur prénom.

*« Oui, mais... en tout cas moi quand on m'appelle docteur, je sens que c'est du respect, mais des fois je me demande si c'est pas de la crainte. Ah oui. Non, ça c'est courant ici. On n'appelle pas les médecins par leur prénom. À part Monsieur, c'est docteur. »*

Le cas02 a le sentiment qu'il a une place socialement importante dans la communauté. Il dit sentir que son rôle de médecin de famille est valorisé et apprécié par les individus.

*« Bon. Je pense que j'ai un rôle quand même important à jouer. C'est apprécié. »*



Il prétend être facile d'approche. Cette capacité personnelle lui permet d'établir des relations médecin-patient simples et faciles. Bien que ces patients l'appellent par son titre professionnel, ils sont quand même très à l'aise de demander quelque chose ou de parler d'un problème quelconque.

*« C'est comme je disais, ils m'appellent docteur, mais c'est quand même... la relation est simple, c'est facile, ils ne sont pas gênés, ou en tout cas rarement gênés de demander quelque chose ou de parler d'un problème quelconque. De ce côté-là, je pense que j'ai une approche, je suis assez facile d'approche. »*

D'autant plus qu'il n'est pas rare que les individus ne suivent pas les recommandations du médecin ou ne prennent pas la médication selon les prescriptions du médecin. Ceux-ci ne l'avouent souvent pas librement au médecin par crainte de le décevoir ou de perdre son support. Le cas02 tente de mettre ses patients à l'aise en leur disant qu'il aime mieux tout savoir afin de s'ajuster.

*« Juste pour les médicaments par exemple, il faut leur demander s'ils les prennent, parce que souvent ils les arrêtent pour toutes sortes de raisons: "je suis tout étourdi, je ne file pas..." tout ça. Mais ils ne le diront pas; à moins qu'on leur demande. Je ne sais pas, si j'arrive, "bon votre pression est encore haute, ça ne va pas?" Je pense que je pourrais dire "on va augmenter la médication," et ils ne diraient pas un mot. Il faut que je leur demande: "est-ce que vous prenez vos médicaments?" "ah finalement j'ai arrêté il y a deux semaines". Alors là ça m'ajuste et je leur dis souvent, "j'aime mieux le savoir." Mais on dirait que là encore ils ont comme peur de décevoir. "Ah, il m'a donné une pilule qui ne marche pas, il va penser que je trouve qu'il n'est pas bon..." c'est peut-être ça qu'il se dit... »*

Le cas02 confie être également de nature curieuse, fouineuse. Il s'intéresse à l'ensemble de l'individu, incluant l'histoire de la famille bien entendu. Son rôle de médecin de famille l'amène à être à l'affût d'informations et de confidences de la part des patients ou des membres de la famille. Ceci résulte en des dossiers médicaux volumineux; ce qu'il apprécie grandement. Celui-ci est donc méticuleux et accorde de l'importance à ses notes de consultation.

*« Oui, pour la raison que je vous mentionnais tantôt, moi j'ai toujours été porté à m'intéresser à l'ensemble de l'individu et en (...), on dit toujours qu'on ne traite pas seulement la personne, mais on traite aussi la famille. Alors c'est un peu la même chose que je fais, surtout avec les maladies chroniques, pas nécessairement un cancer, mais quelqu'un qui fait du diabète, problème de démence et tout ça, souvent ils se retrouvent en milieu familial et eux autres aussi vivent des choses. Alors on ne peut pas faire autrement que de s'intéresser et c'est dans ma nature d'être comme je disais, curieux, fouineur et plus j'ai d'éléments dans ma tête et dans mon dossier et plus je suis content. D'ailleurs mes notes, c'est des romans-fleuves. Par chance, je fais des feuilles sommaires en frontispice de dossiers pour justement que ça soit plus succinct au niveau des problèmes de santé, mais... je donne des détails. »*

La personnalité du cas02 semble empreinte d'humanisme. En effet, le contact humain est ce qu'il aime le plus dans sa pratique. Il dit que la relation médecin-patient qui se développe à travers les rendez-vous en clinique au cours des années permet un rapprochement aux individus. Le médecin et le patient apprennent à se connaître, voire à échanger certains détails de la vie privée. Ce rapprochement amène occasionnellement certains patients à faire des gestes de reconnaissance, tels que donner des fruits sauvages ou des morceaux de viande ou de poisson. Point intéressant, il fait ensuite rapidement référence au code de déontologie des médecins pour justifier qu'il est permis d'accepter ce genre de petits cadeaux. Tout ceci fait en sorte que le cas02 a le sentiment d'être utile et de pouvoir aider les individus.

*« Le contact. Le contact humain, j'aime ça. Et... en tout cas, de faire du rendez-vous comme ça, c'est sûr que ça me rapproche plus des gens, surtout en les ayant suivi depuis toutes ces années-là. On apprend à se connaître, souvent je vais leur confier certaines choses de ma vie privée – pas dans les détails – mais en tout cas, on n'est pas supposé faire ça, mais moi je le fais librement. On m'amène souvent des bleuets et des morceaux d'original et de la ouananiche. Je pense que mon code d'éthique dernièrement a été révisé et il me dit que c'est correct de recevoir des petits cadeaux comme ça et qu'on peut les accepter, mais c'est essentiellement ça: le contact. J'ai l'impression que je suis utile à quelque chose, que je peux les aider. »*

Le cas02 développe davantage sa pensée en expliquant sa conception du rôle du médecin omnipraticien, et plus particulièrement des valeurs et des compétences de la médecine familiale. L'approche humaine (ou le côté humain) en médecine est définitivement un des thèmes les plus récurrents des propos du cas02 : comprendre les gens, être capable de se mettre à leur place ainsi que capacités d'écoute, d'empathie et de don de soi. Il fait mention de l'approche humaine à plusieurs reprises et ce, en parlant de différents sujets tels que, entre autres choses, les valeurs et les compétences de la médecine familiale, les critères de sélection pour l'admission en médecine et les choses importantes à développer dans la pratique de la médecine spécialisée.

*« C'est toujours d'être près des gens, d'avoir une capacité à communiquer et une capacité d'empathie aussi, de ce qui est... je pense qu'en premier lieu c'est ça. »*

D'autant plus que le cas02 est d'avis qu'en général la capacité de se mettre à la place des autres est une qualité qui manque des fois aux médecins. Celui-ci possède néanmoins cette qualité et les patients l'en remercient à l'occasion. En fait, le cas02 dit ne faire que ce qu'il aimerait qu'on lui fasse s'il était à la place des patients. Il aimerait que les autres médecins fassent de même et qu'ils se mettent à la place de leurs patients, dans leurs souliers, en quelque sorte.

*« Et c'est ça qui manque des fois avec les médecins; en général. De ne pas être capables de se mettre à la place des autres. Et des fois les patients me disent... ils me remercient et tout*

*ça et je leur dis simplement ce que je pense: "je fais ce que j'aimerais qu'on me fasse moi-même si jamais j'étais à votre place." C'est comme ça que j'aimerais que les autres fassent aussi. Qu'on se mette à la place de ces gens-là. Quand tu as une masse au sein et que tu es obligée d'attendre des semaines et que tu ne sais pas à quoi t'en tenir, c'est pénible... en tout cas. »*

L'approche humaine serait, selon le cas02, une valeur plus importante que les connaissances dans la pratique de la médecine familiale. Bien entendu, il est conscient que les connaissances générales le plus élaborées possibles, les plus complètes possible sont également importantes, tout comme le maintien de celles-ci. Ceci dit, celui-ci considère toutefois que la négligence est beaucoup plus grave que l'incompétence. Parmi les autres valeurs et compétences importantes pour la pratique de la médecine familiale, le cas02 précise aussi l'importance de savoir reconnaître et accepter les limites de ses propres connaissances et compétences et ce, afin d'être en mesure de référer les patients vers des médecins spécialistes dans le domaine lorsque la situation clinique ou le problème de santé dépasse ses capacités à intervenir.

*« C'est certain que les connaissances sont importantes. Mais à mon sens, les connaissances, bon ça évolue rapidement, il faut se mettre à jour, ça je suis conscient de ça, mais en ce qui me concerne, la négligence est beaucoup plus grave que l'incompétence. Et déjà, d'écouter les gens, quand on reconnaît ses limites, l'important c'est de le reconnaître pour pouvoir référer aussi à qui de droit quand ça dépasse nos capacités à intervenir. Mais à mon sens, c'est ça. Une bonne écoute et une capacité d'empathie, une connaissance générale la plus élaborée possible, la plus complète possible. »*

Enfin, il est important d'être de nature curieuse, d'être habité d'une curiosité naturelle à vouloir trouver des réponses et à vouloir chercher ainsi qu'à vouloir chercher à en savoir toujours plus. Il est donc également important d'avoir un intérêt général dans tous les domaines.

*« Et d'avoir une curiosité disons... une curiosité naturelle à vouloir trouver des réponses, à vouloir chercher, chercher à en savoir plus. Un intérêt général, dans tous les domaines. »*

Le cas02 place beaucoup de valeur sur l'accessibilité aux services, la qualité des services et le libre-choix. Il précise qu'il a et qu'il va toujours défendre ces valeurs. Celui-ci fait alors allusion aux contraintes de disponibilité, d'accessibilité et de qualité des services diagnostiques et médicaux spécialisées en région et des besoins occasionnels de déplacements à l'extérieur de la région. Il mentionne par ailleurs que ça fait plusieurs années qu'il désire regrouper les gens de la région et nolisier des autobus afin d'aller sur la colline parlementaire dans le but de défendre leur droit aux mêmes services qu'ailleurs dans la province.

*« Et ce que je trouve malheureux, et d'ailleurs je me suis pogné encore avec mon coordonnateur là-dessus, c'est qu'il y a des services qu'on ne peut pas rendre dans un délai raisonnable ici, ou qu'on a des services, mais les résultats ne sont pas les mêmes qu'à*

*l'extérieur. (...) Ça leur enlève l'accessibilité aux services, à la qualité des services, et au libre-choix. Moi je vais toujours défendre ça et ça fait 10, 15 ans même que je disais aux gens ce qu'il faudrait faire, c'est qu'on nolise tous les autobus du Lac-Saint-Jean et qu'on s'en va tous à Québec devant la colline parlementaire et qu'on manifeste pour avoir les mêmes services qu'ailleurs; parce qu'on a droit aux mêmes services qu'ailleurs. »*

Le cas02 gère les situations avec beaucoup d'incertitudes en essayant de développer les connaissances nécessaires par la lecture (volumes de référence, Internet) et en demandant l'aide de médecins spécialistes dans le domaine. En fait, le manque de connaissances est essentiellement la crainte qu'il éprouve dans de telles situations. À ceci s'ajoute la crainte de l'erreur médicale et, de ce fait, la crainte de poursuites pour faute professionnelle. C'est la peur de ne pas être à la hauteur. Il mentionne à nouveau son début de pratique médicale dans la communauté où il avait à prendre en charge le suivi d'un type particulier de clientèle malgré qu'il n'ait aucune connaissance dans ce domaine à la fin de sa formation médicale. Le cas02 se sentait fort insécure. Il a donc développé ses connaissances en lisant plusieurs volumes de référence afin de mieux comprendre les mécanismes. Il avoue que ça été une période difficile où il vivait, entre autres choses, avec la peur de l'erreur médicamenteuse et des poursuites judiciaires. Le cas02 a également eu un patient sidéen dans les premières années de sa pratique. Encore une fois, ça été une situation difficile puisqu'il n'avait pas de connaissance dans ce domaine ni sur les traitements médicamenteux à utiliser. Celui-ci a alors fait appel aux services d'un médecin spécialiste qui pratiquait, et qui pratique toujours d'ailleurs, dans le territoire. Point intéressant, le cas02 précise que la pratique en milieu rural ou en région éloignée où les médecins spécialistes se font rares amène un stress plus grand quant au manque de connaissances. Il tente donc de continuellement développer ses connaissances. Celui-ci ajoute d'ailleurs que l'avènement d'Internet est tout simplement merveilleux puisqu'il y trouve tout ce dont il a besoin de savoir sur des sujets pointus.

*« Je pense que c'est surtout quand je suis arrivé ici, comme je mentionnais, avec le suivi de patients (...), je n'avais pas de formation du tout. Je me sentais vraiment insécure et je me suis, dès les premiers mois je me suis trouvé 4-5 volumes, j'ai lu tout ce que je pouvais trouver là-dessus pour essayer de mieux comprendre les mécanismes. Ça, ça été difficile, traiter la peur, parce que dans ce temps-là plus que maintenant, c'était toujours les mêmes craintes, on peut donner (...), on peut se faire poursuivre pour ça. Le manque de connaissances, c'était essentiellement ça les craintes que j'avais. Dans les premières années aussi, j'ai eu un patient atteint de... un patient sidéen, j'ai eu l'aide d'un spécialiste du secteur qui est toujours... qui pratique toujours et qui est très disponible. Ça, ça été difficile parce que je n'avais pas vraiment de connaissances de ce côté-là, ni avec les médicaments à utiliser et... alors essentiellement, c'est la peur de ne pas être à la hauteur, la peur de... le manque de connaissances et quand on travaille en milieu rural où les spécialistes sont rares, c'est encore plus stressant, alors on lit et on essaie de développer*

*nos connaissances et moi j'ai la chance d'avoir Internet, alors c'est merveilleux, depuis que j'ai ça, je trouve tout ce que j'ai besoin de savoir sur des sujets pointus. Essentiellement, c'est ça que je fais. »*

Point intéressant, la communication et les problèmes liés au manque de communication sont parmi les thèmes récurrents de l'entrevue. Il aborde entre autres ces thèmes lorsqu'il parle des choses difficiles de sa pratique, d'un milieu de pratique idéal, de l'art de la médecine, du travail en complémentarité avec d'autres médecins de famille et des modalités organisationnelles de son établissement de pratique. De plus, il identifie l'absence de communication valable et de collaboration entre les cliniciens et les administrateurs comme un des principaux problèmes actuels du système de santé québécois. D'autre part, le cas02 est d'avis que les problèmes de santé psychologique au travail sont le résultat de manques de communication et de reconnaissance. Le cas02 travaille d'ailleurs depuis 3 ans (au moment de l'entrevue) sur la problématique de la violence psychologique, le harcèlement moral et ce, particulièrement au niveau des établissements publics. Il en parle même en tant que son cheval de bataille. Le cas02 affirme avoir fait plusieurs démarches pour apporter des changements dont, entre autres choses, des activités de pression auprès des autorités législatives et de sensibilisation aux problèmes de violence et harcèlement moral au travail. Selon lui, les individus préfèrent éviter de parler du harcèlement psychologique qu'ils subissent, tandis que d'autres individus préfèrent ignorer l'existence de ce type d'harcèlement au travail. Il y aurait, toujours selon lui, une loi d'omerta en quelque sorte à ce niveau-là.

*« Puis je vais vous dire qu'un de mes chevaux de bataille depuis 3 ans, c'est la violence morale, le harcèlement moral. Oui, et dans les établissements publics en particulier. Au point où à un moment donné, là encore j'ai fait une présentation pour la population il y a deux ans pour inciter les gens premièrement à reconnaître qu'il y a un problème et à amener ceux qui pouvaient subir ce genre de chose-là à demander de l'aide et moi j'ai eu des références, il y a des gens qui ont entendu parler de moi et de cette conférence-là qui venait de (...), que ce soit des établissements fédéraux, des banques, des bureaux de poste, moi j'en ai des hôpitaux, centres d'accueil, un peu partout, des établissements communautaires, subventionnés, et s'il y a une loi d'omerta, c'est définitivement ce domaine-là, un des domaines où c'est au plus fort parce que les gens n'osent pas parler, ils ont peur des représailles, ils ont peur... ils ne veulent pas que ça change. Des démarches, j'en ai fait beaucoup de ce côté-là, même au niveau de la loi qui soi-disant protège ces personnes-là, la loi est très mal faite. On ne peut pas vraiment l'appliquer et on ne peut pas s'en servir en général; il faudrait que ça soit modifié. Mais ça c'est un autre secteur où justement les gens évitent de parler ou préfèrent ne pas voir l'évidence. »*

Le cas02 parle de ses relations professionnelles avec les confrères médecins et les autres professionnels de la santé, traditionnels ou non. D'entrée de jeu, il n'a que très peu d'interactions sociales avec des collègues médecins de famille et médecins spécialistes.

Le cas02 rapporte l'existence de clans ou de cliques de médecins sur le territoire où il pratique. Chaque clan a son chef. Selon lui, ces clans de médecins étaient déjà présents lorsqu'il a commencé sa pratique médicale dans la région. Bien que de tels regroupements de personnes soient choses courantes partout, le cas02 est d'avis que leur existence est beaucoup plus évidente lorsque le territoire est plus restreint. Il est sous l'impression que ceci incite davantage les gens à prendre ouvertement position face à certains comportements ou face à certains individus. Il ajoute toutefois en riant que la formation de clans ne se limite pas aux médecins puisqu'il existe également des clans d'infirmières ainsi que des clans de services tels que, par exemple, le clan de la salle d'opération au CH de son CSSS.

*« Bien disons que le fait que ça soit plus petit, il se fait des clans. Si c'est ça que vous voulez dire. Et les clans étaient déjà faits au départ comme je vous ai dit, moi quand je suis arrivé, le médecin qui s'occupait de la personne qui est décédée, c'était le chef d'un des deux clans. Et des frictions, il y en a toujours eu à l'hôpital, il y a même des clans d'infirmières (rire), il y a des clans de services, soit en médecine ou salle d'op. Il y en aura toujours, j'imagine, mais là le fait que ça soit plus restreint, c'est plus marqué. Ça oblige peut-être les gens à prendre davantage position ouvertement face à certaines personnes, face à certains comportements. »*

Tout ceci fait en sorte que le cas02 réalise qu'il a des facilités avec certains médecins, tandis qu'il n'en n'a pas avec d'autres. Il se dit d'ailleurs conscient d'avoir reçu une étiquette dès le début de sa pratique médicale puisqu'il pratique en dehors d'un CH. De façon plus spécifique, les médecins de famille qui choisissaient à l'époque de pratiquer dans un CLSC étaient d'emblée étiquetés comme des buveurs de café. La pratique dans les domaines de la prévention, du dépistage, du suivi de cas lourds et de la santé mentale n'était pas vraiment reconnue à ce moment-là. Le cas01 se demande d'ailleurs si ce l'est aujourd'hui.

*« Moi je sais que j'ai des facilités avec certains médecins que je n'aurai pas avec d'autres. Le fait par exemple de travailler en dehors d'un hôpital, comme dans un CLSC, déjà on nous étiquette, on nous étiquetait au départ. Quand je suis arrivé, on était des buveurs de café, mais eux autres la prévention, le dépistage, le suivi de cas lourds, même en santé mentale, moi c'est 40% pratiquement de ma clientèle. (...) Ça n'a pas vraiment été reconnu et je me demande encore si ça l'est. »*

Qui plus est, le cas02 est conscient que certains médecins se moquent de son mode de rémunération à tarif horaire (c'est-à-dire à salaire), jugeant que ça amène les médecins de famille pratiquant en

CLSC à être bien peu productifs. Qu'à cela ne tienne, il est convaincu qu'il est tout aussi productif que les médecins qui voient un nombre considérable de patients dans une demi-journée, mais sans jamais quitter leur chaise. Il considère qu'une bonne consultation dure environ 45 minutes puisqu'il faut prendre le temps nécessaire en fonction des circonstances de chaque patient, vérifier certaines choses et tenir compte de plus en plus de la polymédication.

*« Moi ici, je suis à tarif horaire, c'est-à-dire à salaire. Je travaille à l'heure, donc... il y en a qui trouvent ça bien drôle, et non productif, mais à mon avis je le suis probablement autant que ceux qui peuvent en voir 60 en 3 heures sans se lever de leur chaise, comme j'ai déjà vu plusieurs cas. »*

Le cas02 confie donc n'avoir que très peu d'interactions sociales avec des collègues médecins de famille. Il a principalement des collaborations professionnelles. Dans les faits, celui-ci avait de bonnes relations avec ses collègues médecins de famille lorsqu'il a débuté sa pratique médicale. Assez rapidement cependant, ces relations se sont détériorées. Il affirme avoir fait sa marque ce qui a eu pour conséquence de jeter un froid dans les relations.

*« Au début j'avais de bonnes relations avec mes confrères, mais c'est sûr qu'assez rapidement j'ai fait ma marque et il y a eu comme un froid qui s'est installé. »*

Bien qu'avec le temps le froid se soit replacé au niveau professionnel, ce froid-là demeure toujours présent du côté interpersonnel ou social à ce jour. Le cas02 explique bien les circonstances qui ont jeté le froid dans les relations. En premier lieu, il précise n'avoir jamais pratiqué l'hospitalisation par manque de temps et d'intérêt. Il y a donc eu des échanges de services qui se sont faits pour le moins assez facilement au début de sa pratique. Néanmoins, des frictions sont éventuellement apparues suivant la lourdeur des cas. En effet, les médecins qui assuraient le suivi des patients du cas02 pendant leur hospitalisation se plaignaient de se retrouver avec des gros cas qui n'étaient pas les leurs.

*« Alors je n'ai jamais fait d'hospitalisation et à cause du fait que je n'avais plus le temps d'en faire non plus, et je n'avais pas vraiment d'intérêt à ça. Alors il y a eu un échange de services qui s'est fait assez facilement au début en tout cas. À un moment donné il y a eu des frictions parce que c'était des cas, comme je vous disais la population est vieillissante et il y a plusieurs problèmes de santé qui surviennent, des cas de plus en plus lourds, alors les médecins qui avaient à suivre ces gens-là quand ils étaient hospitalisés se plaignaient de se retrouver avec des gros cas et qui n'étaient pas les leurs. Ça a créé un froid, mais avec le temps, ça s'est replacé. Mais du côté interpersonnel ou social, définitivement un froid-là qui est là depuis des années. »*

Mais plus encore, après plusieurs années de revendications, le cas02 a éventuellement menacé ses collègues médecins famille de porter plainte à la FMOQ si ceux-ci ne reconnaissaient pas qu'il pratiquait des activités essentielles afin d'être rémunéré au même titre qu'eux autres.

*« D'autant plus que pour ce que je faisais... présentement on parle des GMF et on dit qu'on veut donner des avantages financiers aux médecins qui vont faire du sans rendez-vous à horaire défavorable, des tâches jugées essentielles comme les soins prolongés et les soins palliatifs et tout, moi j'ai fait ça pendant des années en demandant à mes confrères de me reconnaître comme faisant des activités essentielles pour être rémunéré au même titre qu'eux autres et ça toujours été refusé jusqu'au moment où j'ai dit que l'avocat de la FMOQ attendait mon ok pour faire les poursuites. Alors ça, ça été une autre fois aussi, vous comprendrez que la situation est un petit peu particulière ici. »*

Cela étant dit, le cas02 a une bonne relation professionnelle avec un des médecins de famille qui pratiquent à demi-temps au CLSC. Ce médecin pratique autant au CLSC qu'au CH. Il est donc possible pour le cas02 de faire des échanges de services avec ce médecin de famille lorsqu'il a besoin d'avoir une hospitalisation pour un de ses patients.

*« On a un médecin ici qui fait autant de CLSC que de CH, et c'est avec elle la plupart du temps que je fais des échanges de services quand j'ai besoin d'avoir une hospitalisation pour un de mes patients. »*

Le cas02 semble avoir peu de relations avec des médecins spécialistes. Ceci résulte fort probablement de l'environnement où il pratique puisque les médecins spécialistes se font plus ou moins rares dans ce coin de la région. Celui-ci semble penser que les médecins spécialistes pratiquent peut-être un peu trop comme des techniciens pour des problèmes de santé bien spécifiques. Il réalise qu'on leur demande de se prononcer uniquement sur un aspect particulier. Néanmoins, celui-ci est d'avis qu'il y aurait lieu de voir la personne dans sa globalité plutôt que seulement un organe. En plus, l'aspect humain pourrait être développé davantage.

*« Moi je dirais que c'est ce que je disais tantôt, prendre le temps... peut-être prendre le temps de voir la personne dans sa globalité plutôt qu'on organe. (...) Alors dans ce sens-là, c'est plus au niveau de... le contact interpersonnel et voir la personne dans sa globalité. C'est normal, c'est des spécialistes, alors on leur demande de se prononcer sur un aspect particulier qui nous intéresse, mais il reste qu'il doit quand même aussi avoir un aspect humain qu'il devrait développer un peu plus. Et ça, je souhaite que ça se fasse. »*

Le cas02 affirme beaucoup apprécier de travailler en multidisciplinarité. C'est d'ailleurs dans la mentalité du CLSC de travailler en équipe. Il y a donc un travail en interdisciplinarité avec d'autres professionnels dans un dossier. Le cas02 semble avoir de bonnes relations avec les professionnels de santé travaillant à son CLSC : ergothérapeutes, physiothérapeutes, infirmières. Il



respecte l'apport de tous et chacun selon leur domaine de spécialisation et accepte le partage de la prise de décision.

*« Ah énormément! Comme je vous disais, ça va avec la mentalité du CLSC de faire des... d'échanger des services comme ça, de... comment je pourrais dire... de travailler en équipe finalement, et de parler ouvertement des choses et un ergothérapeute à un moment donné peut prendre la décision, une meilleure décision que moi et c'est correct. Moi quand je réfère à des physiothérapeutes, même si en principe c'est moi qui signe l'arrêt ou la continuité des services, c'est elle qui doit me dire... je préfère que ce soit elle qui me dise, de son avis professionnel, si on doit continuer. »*

Le cas02 semble respecter la profession de pharmacien. Du moins, il semble éprouver beaucoup de respect pour les pharmaciens de sa communauté, qu'il juge être les meilleurs dans la région, sinon au Québec. Il a d'ailleurs une très bonne relation professionnelle avec ceux-ci. Les pharmaciens de la communauté sont plus interventionnistes, vérifient les dossiers et n'hésitent pas à appeler les médecins si le besoin se fait sentir.

*« Ah oui, il est très... il est encore plus obsessionnel que moi. Oui, je pense que c'est... ici en tout cas, je dirais que c'est les meilleurs au Québec. En tout cas dans la région, parce qu'ils sont très très interventionnistes et ils vérifient les dossiers et quand ils ont un doute, ils appellent. »*

Le cas02 affirme ne pas avoir vu souvent des pharmaciens travailler de la sorte. Il apprécie. D'autant plus qu'il prétend avoir eu l'expérience de pharmaciens ne s'attardant qu'à compter des pilules avant son déménagement dans la communauté il y a maintenant 20 ans.

*« J'ai pas vu ça souvent. J'ai travaillé dans d'autres pharmacies et... ailleurs c'est plus une question de débit. On donne le plus de pilules possible, le reste on ne vérifie pas. Mais ici, ça fait 20 ans, et ça fait 20 ans qu'ils travaillent comme ça. Je trouve ça bien. »*

Le cas02 semble avoir quelques relations avec des professionnels offrant des services de santé non traditionnels. Différents types de professionnels offrant des services non traditionnels sont disponibles sur le territoire. D'entrée de jeu, il dit en riant qu'il y a des ramancheurs. Plusieurs homéopathes sont établis. Il s'intéresse d'ailleurs à ce domaine et possède des volumes sur ce sujet. À sa connaissance, on compte quatre services d'ostéopathie. La qualité des intervenants fait en sorte que le cas02 préfère encourager ses patients vers un service d'ostéopathie plutôt que vers un service de chiropractie. En outre, il fait beaucoup affaire avec un ostéopathe en particulier. Malheureusement, ce type de service n'est pas reconnu par la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CSST), tandis que les services chiropratiques eux le sont. Il réfère donc ses patients vers un des nombreux services de chiropractie disponibles lorsqu'il s'agit d'un accident de travail. Néanmoins, il souligne que les services chiropratiques ont des limites. Il lui

arrive donc de référer ses patients ayant subi un accident de travail à un service d'ostéopathie malgré tout.

*« Il y a des ramancheurs. (rire) Bien il y a des homéopathes, d'ailleurs j'ai des livres d'homéopathie ici, je me suis intéressé à ça. On a 3 ostéopathes dans les secteur... 4. Plusieurs chiros. Moi j'ai l'habitude... j'encourage les gens plus du côté de l'ostéopathie, parce qu'ici on a des bons intervenants. Même pour des accidents de travail, malheureusement ce n'est pas reconnu par la CSST, mais je peux vous dire que c'est... quand les gens ont des douleurs à 9 sur 10 et qu'après le traitement elles sont à 1 sur 10, au lieu de faire de la physio pendant 3-4 mois et de prendre des médicaments, je trouve que ça... je trouve ça malheureux que ça ne soit pas reconnu par la CSST. Les chiros le sont, mais les chiros ont leurs limites aussi. Maintenant, moi je fais beaucoup affaire avec un ostéopathe en particulier. »*

Bien qu'il y ait trois acupuncteurs offrant des services dans la région, le cas02 avoue ne pas référer souvent ses patients vers un service d'acupuncture puisqu'il a peu de connaissances de la profession d'acupuncteur.

*« Oui, c'est vrai, il y en a... je pense qu'il y en a 3 dans notre région. J'avoue que je réfère moins. Pas parce que je n'y crois pas, mais... j'avoue, peut-être parce que j'en sais moins, je connais moins ce côté-là, cet aspect-là. »*

Le cas02 aborde quelques circonstances du champ de la médecine (en général) et qui peuvent exercer une certaine influence sur la pratique médicale. Le rôle social de la profession médicale est un des thèmes récurrents des propos du cas02. Entre autres choses, les médecins doivent répondre à leurs obligations sociales en faisant leur travail correctement et cesser de se voir comme des élites de la société.

*« Il faut qu'on remplisse notre rôle social, on a bénéficié des fonds collectifs pour faire nos études, bien là il faut faire notre job correctement et arrêter de nous voir comme des gens au-dessus... des élites comme je vous avais dit l'autre fois. »*

Le cas02 rapporte que la première chose que lui et ses confrères se sont fait dire lors de leur première journée d'études médicales est qu'ils étaient l'élite de la société. Il ne sait pas si le discours est toujours le même aux facultés de médecine. Néanmoins, celui-ci est d'avis que ce type de discours se devrait d'être aboli si l'on désire avoir des médecins qui sont plus humains.

*« La première chose qu'on m'a dit, moi, et à mes confrères, la première journée d'admission en médecine c'est que "vous êtes l'Élite de la société". "Vous êtes l'élite". Première chose. Alors ça c'est un discours qui devrait être aboli si on veut avoir des médecins qui sont plus humains. »*

En fait, ce genre de discours peut exacerber le sentiment d'indépendance ou de liberté professionnelle. Selon le cas02, les médecins sont les rares professionnels ou gens de métiers, sinon

les seuls qui bénéficient d'autant de latitude à décider ce qu'ils veulent faire par rapport à l'argent qu'ils reçoivent.

*« En connaissez-vous beaucoup, vous, des professionnels ou des métiers où on a autant de latitude à décider ce qu'on veut faire par rapport à l'argent qu'on reçoit? Je n'en connais pas beaucoup, moi. »*

Le cas02 est d'avis que les médecins ont des obligations sociales face à la population et plus particulièrement de répondre aux besoins de celle-ci. Il en fait mention à au moins trois reprises au cours de l'entretien. En premier lieu, celui-ci croit qu'il devrait y avoir de bons critères de sélection des candidats à l'admission à la faculté de médecine. À la rigueur, il pourrait s'agir en premier lieu de faire une sélection des futurs étudiants en médecine en recherchant, en outre, leurs aptitudes humaines. Il serait alors important de les questionner davantage sur qui ils sont, leur tempérament, leur comportement, leur capacité de communiquer, de comprendre et de démontrer de l'empathie.

*« Moi je dis, la sélection, ça devrait se faire avant l'admission en médecine. Une des formes de sélection en faculté, ça devrait être quel genre de personne... "êtes-vous capable de parler au monde? Êtes-vous capable de les comprendre, de démontrer de l'empathie," la première chose. »*

Point fort intéressant, le cas02 fait allusion à l'influence de l'aspect financier sur la pratique médicale en précisant par ailleurs qu'il s'agit non seulement d'une question de rémunération mais surtout d'une question de mentalité. Celui-ci mentionne, une fois de plus, qu'il pourrait initialement s'agir, à la rigueur, de faire une sélection des futurs étudiants en médecine en les questionnant davantage sur qui ils sont, leur façon de voir la médecine ainsi que leur façon de travailler.

*« Je ne pense pas que ce soit juste une question d'acte, c'est une question de mentalité. Et je reviens encore à ce que je disais la dernière fois, le travail devrait peut-être se faire initialement dans les sélections que font les facultés de médecine avant l'entrée des futurs étudiants, sur ce qu'ils sont, leur façon de voir la médecine, leur façon de travailler. »*

Ce passage fait allusion à des intérêts personnels que les futurs étudiants peuvent déjà avoir en eux avant même d'être admis dans les facultés de médecine. Par exemple, certains individus peuvent exprimer un intérêt à vouloir aider les gens (une vision « humaine » de la médecine) ou encore un intérêt pour les privilèges financiers de la médecine (une vision « payante » de la médecine). Ces deux façons de penser ou de voir la médecine vont éventuellement façonner les dispositions (c'est-à-dire l'habitus) qui prédomineront dans la future pratique médicale. Par exemple, pour l'individu avec des qualités humaines et désirant pratiquer la médecine suivant un fort besoin d'aider les gens et de répondre à leurs besoins, les dispositions propres à l'humanisme médical prédomineront généralement les autres dispositions (bien que celles-ci seront quand même présentes et utilisées,

mais de façon moins importante). D'un autre côté, pour l'individu qui choisit la carrière en médecine pour des raisons de prestige économique, les dispositions propres au côté entrepreneurship ou affaires de la médecine seront les dispositions dominantes, ou du moins très présentes, dans la majorité des situations.

En second lieu, il aborde les obligations sociales des médecins suivant les sommes importantes que la société paie pour l'éducation prédoctorale et la formation postdoctorale en médecine. Le cas02 est d'opinion que les futurs médecins devraient signer une entente au moment de leur admission afin que ceux-ci s'engagent formellement et socialement à faire pendant un certain temps une pratique qui répond aux besoins de la société dans une des régions identifiées. Un refus de s'engager socialement amènerait un refus de l'admission en médecine.

*« Et la deuxième, c'est "la société va payer votre formation en grande partie. Vous vous engagez à travailler tant de temps dans une des 5 régions qu'on va vous octroyer. Est-ce que vous signez maintenant? Si vous signez, pas de problème. Si vous refusez de faire ça, allez dans une autre faculté ou allez étudier aux États-Unis et vous travaillerez là-bas." C'est quand même 300 000 ou 400 000\$ je pense, une formation de médecin? Pour les voir drainer après? Avec 23% d'impôt aux États-Unis, c'est... en Ontario c'est pareil, ils ont beaucoup moins d'impôt à payer. Alors si vous voulez entrer, vous vous engagez socialement à faire votre temps. Et dans un des secteurs qu'on vous demande. Sinon, vous n'êtes pas à la bonne place. C'est ça qui devrait se faire. »*

En troisième et dernier lieu, le cas02 est d'opinion que la population et les politiciens voient les médecins comme des « intouchables ». Celui-ci commente que la population, les politiciens et voire même le CMQ ont peur des médecins. Il pense qu'il faut que la profession médicale arrête de ce voir comme des élites au-dessus des gens. Les médecins ayant bénéficié des fonds collectifs de la société pour faire leurs études, ils se doivent donc de remplir leur rôle social et de faire leur travail correctement.

*« Et on est vus par la population et les politiciens comme des intouchables. Je pense qu'il faudrait que ça arrête. Ça c'est mon opinion. (...) Il faut qu'on remplisse notre rôle social, on a bénéficié des fonds collectifs pour faire nos études, bien là il faut faire notre job correctement et arrêter de nous voir comme des gens au-dessus... des élites comme je vous avais dit l'autre fois. Mais la population a peur des médecins, les politiciens ont peur des médecins... et le Collège a peur des médecins. »*

Le cas02 parle de la crainte qu'on les individus de la communauté et du territoire de déplaire, de décevoir ou de perdre leur médecin et ce, d'autant plus dans un contexte de pénurie de médecins et d'accessibilité limitée aux services de santé. Selon lui, il y a une loi d'omerta en

quelque sorte puisque les individus n'ont pas le droit de parler contre leur médecin ni de porter plainte s'il se passe quelque chose d'inacceptable au CH ou ailleurs. Il trouve ceci très décevant.

*« Et il y a une chose qui m'a fâché à ce moment-là, que je ne pensais pas qu'au 20<sup>e</sup> siècle on pouvait voir, et qui survient encore ici en 2008, c'est que les personnes ont peur de perdre leur médecin, d'autant qu'il y a une pénurie de médecins, ils ont peur de se retrouver le bec à l'eau s'ils ont besoin d'être hospitalisés ou d'être traités. Alors il y a comme une loi d'omerta, les gens n'ont pas le droit de parler contre leur médecin, ils n'ont pas le droit de faire des plaintes s'il se passe quelque chose d'inacceptable à l'hôpital ou ailleurs. Ça je trouve ça décevant. »*

Le cas02 est même d'avis que le CMQ reconnaît dans ses propres actions que les médecins sont intouchables en laissant aller les choses et en attendant que certaines situations deviennent public pour intervenir.

*« On est des intouchables. Même le Collège le reconnaît dans ses actions. En laissant aller les choses et en attendant que ça devienne public pour intervenir. »*

Tous les passages ci-haut parlent explicitement des obligations sociales des médecins, particulièrement compte tenu du fait que l'État (donc la société) subventionne en très grande partie l'éducation et la formation universitaire médicales de ces derniers. On peut donc voir une disposition propre à la médecine sociale.

Le cas02 est très critique quant au rôle du CMQ. Il est d'avis que cette organisation fait allégeance aux intérêts de la profession médicale et des médecins. Elle défend avant tout la pratique médicale et ce non pas dans l'optique de la population ou de la santé publique mais davantage pour s'assurer que l'acte soit exclusif aux médecins. Les gens préfèrent ne pas déposer une plainte auprès du syndic du CMQ puisqu'ils craignent de perdre leur médecin dans un contexte de pénurie des ressources médicales au Québec. Or, le cas02 soutient son opinion en disant que, pour protéger l'anonymat de ses patients, lui-même ne peut formuler une plainte concernant les compétences ou le comportement d'un collègue médecin. Il va même jusqu'à dire que le CMQ ne prend action qu'une fois que les situations soient dévoilées dans les médias ou qu'ils y aient des poursuites judiciaires.

*« Rappelez-vous ce que je vous ai dit tantôt. Les gens ont peur de perdre leur docteur, surtout qu'il en manque de plus en plus. Dans les grands centres c'est encore pire apparemment. Qu'est-ce que les gens font? Ils ne disent rien. Mais moi, en tant que médecin, ayant constaté des choses, pour protéger l'anonymat de mes patients, je n'ai pas le droit de faire des plaintes. Et c'est ça le Collège. Le Collège défend la pratique médicale. Il ne défend pas... il ne le fait pas au profit de la population ou de la santé publique c'est pour s'assurer que l'acte soit exclusif aux médecins. Ceux qui font des lavages de côlon ne sont pas corrects. Ceux qui font ... les ramancheurs ne sont pas corrects. C'est ça la tâche du*

*Collège officiellement; essentiellement. Mais un médecin que ça fait trois fois qu'il se fait prendre en état d'ébriété en faisant une opération va avoir 2 mois de sanction, 2 semaines. Jusqu'à ce qu'on en parle à Mongrain ou que quelqu'un fasse une poursuite. C'est ça le Collège. Je suis très critique, hein? »*

Qui plus est, le cas02 est convaincu de l'existence d'une loi d'omerta dans le milieu de la profession médicale. Notamment, il pense que les médecins peuvent « couvrir » les fautes professionnelles. Il est probable que ceux-ci agissent de la sorte suivant le contexte de manque d'effectifs médicaux et la crainte de voir partir ceux qui sont en place.

*« Finalement, il existe en toujours une loi d'omerta entre les professionnels, notamment lorsqu'il s'agit de « couvrir » les fautes professionnelles, probablement en relation avec le manque d'effectifs et la crainte de voir partir ceux qui sont en place... »*

Le cas02 soutient qu'il existe une sorte de climat de méfiance entre les médecins, mais pas nécessairement de climat de compétition. En fait, il semble que les médecins craignent d'être jugés ou d'être réprimandés par leurs pairs si ces derniers prennent connaissance des dossiers médicaux, assurent la relève du suivi de patients ou encore révisent leur pratique médicale.

*« Je dirais qu'il y a de la méfiance à se faire critiquer sur ce qu'ils font. C'est sûr que quand on récupère un patient qui a un cancer en phase terminale, et que le patient nous dit que ça fait 6 mois qu'il voit son médecin à tous les mois et qu'il ne lui a jamais fait passer un Rayon-X des poumons, c'est sûr qu'on peut se sentir mal à l'aise dans cette situation-là. Moi je dirais plus ça, la peur d'être jugé ou d'être réprimandé ou d'être... la compétition, je ne vois pas ici, parce qu'il y a tellement de demande. Essentiellement, c'est ça. »*

On pourrait dire que les médecins craignent le regard différent sur leurs actes médicaux, le jugement de la pertinence des actes ou de l'absence d'acte médical et la critique des collègues.

Le cas02 discute quelque peu de leaders, d'un grand enjeu, d'un grand défi et de circonstances du champ de la médecine familiale et qui peuvent exercer une certaine influence sur la pratique médicale. Lorsque l'intervieweuse lui demande de penser à des leaders dans le champ de la médecine familiale au Québec et de donner les caractéristiques qui, à ses yeux, en font des leaders, il répond d'emblée que pour lui le médecin idéal est un médecin qui est capable d'écouter, de recevoir le message et de comprendre. Il est important que celui-ci soit capable de se mettre à la place des autres, d'être humain. Il est également important que le médecin ait la capacité de travailler en équipe dans le respect mutuel de tous et chacun. Il s'agit là de la pierre angulaire pour un système de santé sain aux yeux du cas02. Sans grande surprise, le cas02 caractérise donc le médecin idéal en mettant l'emphasis sur les aptitudes humaines.

*« La première chose, pour moi un médecin idéal, c'est un médecin qui est capable d'écouter et de recevoir le message et de comprendre. De se mettre à la place des autres, d'être humain. Pour moi, ça serait ça un bon leader. Quelqu'un qui travaille en équipe avec des gens qui ne le craignent pas mais qui le respectent, au même titre que lui respecte les autres. C'est la pierre angulaire pour un système sain, à mon avis. »*

Un bon leader est quelqu'un de charismatique. Le cas02 mentionne en riant le nom de Barack Obama comme exemple. Enfin, il s'agit d'un médecin dynamique et éloquent qui a la capacité de transmettre sa vision et d'encourager les individus à participer et à s'impliquer. Bien qu'il soit conscient qu'il est la tête dirigeante, un bon leader montre qu'il a besoin des individus, leur fait sentir qu'ils sont importants et qu'on ne peut pas y arriver sans eux. Le cas02 ajoute par ailleurs que ceci est sa vision de ce que devrait être le système idéal, le fonctionnement idéal d'une organisation de santé.

*« Pour moi, un bon leader c'est quelqu'un qui serait charismatique; Barack Obama par exemple. (rire) Mais en tout cas. Pour moi, la base c'est ça et ceux à qui je pense, c'est ça, qui sont dynamiques mais ils ont la capacité de transmettre leur vision des choses, d'encourager les gens à participer aussi, à s'impliquer, leur faire sentir qu'ils sont importants, que sans eux on ne pourrait pas arriver. Même si lui est la tête dirigeante, il a besoin quand même de ces gens-là. Et c'est comme ça que je verrais le système idéal, le fonctionnement idéal d'un centre de santé ou des choses comme ça. »*

Le cas02 considère qu'un des grands défis, des grands enjeux auxquels la pratique de la médecine familiale aura à faire face dans l'avenir est le travail en complémentarité avec d'autres confrères médecins dans un dossier. Il doute qu'un seul individu puisse être bon dans tout et ceci, tout en demeurant à la fine pointe dans tout. Le cas02 encourage la curiosité générale mais avec le développement d'une mini spécialité qui pourrait être complémentaire aux aptitudes ou aux autres particularités des collègues médecins de famille. Idéalement, il devrait donc y avoir de bons échanges avec des confrères afin de mettre en place une collaboration de services. Ceci nécessiterait un bon climat de travail et une bonne communication; ce qui n'est pas toujours le cas présentement dans bien des milieux.

*« Bien ça fait des années qu'on nous dit, en tout cas en région, on encourageait la polyvalence. Moi j'encourage la curiosité générale avec le développement d'une mini spécialité qui pourrait être complémentaire aux autres aptitudes ou aux autres particularités que les confrères auraient. Moi je ne crois pas qu'on puisse être bon dans tout. Je ne crois pas qu'on puisse faire des infiltrations et qu'on puisse faire des accouchements et des grossesses à risque, etc.; on ne peut pas être à la fine pointe dans tout. Il faut se concentrer dans un domaine en particulier et idéalement, ça serait d'avoir des bons échanges avec des confrères en médecine familiale, qui eux... comme ici par exemple, moi, quand j'ai... je ne sais pas moi, j'ai une patiente que je suis pour des problèmes dépressifs, depuis des années, elle tombe enceinte, bien j'ai quelqu'un qui lui va*

*s'occuper du suivi de grossesse et de l'accouchement et tout ça. Il y a comme une collaboration de services. Ça me paraît plus correct que d'exiger que chacun soit apte à faire toutes les choses tout seul. »*

Le cas02 semble faire allusion, du moins de manière implicite, à la complexification de la pratique médicale générale. Il fait allusion au fait que les médecins de famille font de plus en plus face à des situations cliniques complexes telles que la polypathologie, la polymédication, les maladies mentales majeures et les maladies graves. La durée de la consultation peut s'avérer plus longue puisqu'il faut prendre en compte plusieurs choses.

*« Parce qu'il y a des choses qu'on ne peut pas... on ne peut pas aborder une personne qui vit une dépression majeure en 15 minutes; on ne peut pas... un patient qui a une insuffisance rénale grave, ou une insuffisance cardiaque, il y a des choses, plusieurs choses qu'il faut vérifier. De plus en plus de poly-médications. »*

Point intéressant, le cas02 semble faire allusion au peu de respect, du moins dans le milieu médical, pour le travail des médecins de famille pratiquant en CLSC. Les médecins de famille en CLSC reçoivent une étiquette puisqu'ils pratiquent en dehors d'un CH. De façon plus spécifique, les médecins de famille qui choisissaient à l'époque de pratiquer dans un CLSC étaient d'emblée étiquetés comme des buveurs de café.

*« Le fait par exemple de travailler en dehors d'un hôpital, comme dans un CLSC, déjà on nous étiquette, on nous étiquetait au départ. Quand je suis arrivé, on était des buveurs de café, (...). »*

Qui plus est, le cas02 est conscient que certains médecins se moquent de son mode de rémunération à tarif horaire (c'est-à-dire à salaire), jugeant que ça amène les médecins de famille pratiquant en CLSC à être bien peu productifs. En fait, ceux-ci semblent douter de l'ardeur au travail des médecins de famille pratiquant en CLSC.

*« Moi ici, je suis à tarif horaire, c'est-à-dire à salaire. Je travaille à l'heure, donc... il y en a qui trouvent ça bien drôle, et non productif, (...). »*

Lorsque l'intervieweuse lui demande qu'elles seraient les choses importantes à enseigner, à montrer aux étudiants durant leur formation prédoctorale afin qu'ils considèrent peut-être la médecine familiale comme choix de carrière, le cas02 répond d'emblée que c'est une bonne question à laquelle il ne sait pas quoi répondre.

*« C'est une bonne question. Je ne sais pas. J'ai aucune idée. »*



Le cas02 fait aussi mention de certaines choses importantes à inculquer, à montrer aux résidents durant leur formation postdoctorale en médecine familiale pour que ceux-ci deviennent de bons médecins de famille. Sa réponse est brève et se limite à un seul commentaire. En fait, il fait allusion en riant à l'importance que les résidents en médecine familiale acquièrent les qualités d'un médecin de famille.

*« Bien d'abord les qualités d'un médecin de famille (rire). »*

Le cas02 pense que les futurs médecins de famille tenteront d'atteindre un meilleur équilibre entre la vie personnelle et la vie professionnelle. Selon lui, ceux-ci feront le choix d'une vie plus « normale » et non seulement axée sur le travail. Ceci devrait leur permettre d'apprendre à davantage se détacher sur le plan émotif des demandes qu'ils pourraient avoir et ce, même si ces derniers n'arrivent pas à fournir à la demande. D'autre part, le cas02 pense aussi que les obligations sociales des médecins dans un contexte de pénurie de médecins de famille feront en sorte que les futurs médecins n'aient pas d'autre choix que d'aller au-delà de ce à quoi ils sont prêts à faire. D'autant plus qu'il prévoit un avenir où davantage de contraintes seront éventuellement imposées sur la pratique de la médecine familiale. Un minimum de vocation sera fort probablement nécessaire pour choisir de travailler dans ce domaine professionnel. Ceci dit, le cas02 est néanmoins d'avis que les futurs médecins de famille auront une perception plus saine de leur travail.

*« Bien moi je pense que les futurs médecins vont faire de plus en plus le choix d'avoir une vie normale et pas uniquement axée sur le travail. Alors de ce côté-là, j'ai l'impression qu'ils vont apprendre à plus se détacher émotivement des demandes qu'ils pourraient avoir, même s'ils n'arrivent pas à fournir. Mis à part ça... par contre les obligations sociales, en tout cas, je pense que c'est peut-être trop espérer dans le contexte de pénurie de médecins, je pense que d'une façon ou d'une autre, ils n'auront pas le choix d'aller au-delà de ce à quoi ils sont prêts à faire. Alors ça risque d'être difficile, d'autant plus qu'il va y avoir une imposition je pense de... en plus des AMP, éventuellement d'imposer aux futurs médecins des secteurs particuliers de la médecine, des régions particulières. Dans ce sens-là, ça va probablement prendre un minimum de vocation pour pouvoir travailler là-dedans. Mais j'ai l'impression quand même que ça va être plus sain comme façon de percevoir leur travail. »*

Le cas02 poursuit ses propos en soulignant son espoir que les futurs médecins de famille mettent davantage l'accent sur les pratiques de la prévention et du dépistage, bien qu'il ajoute ne pas être certain de l'ampleur du développement de la pratique du dépistage suivant les contraintes imposées par les organisations professionnelles, telles que les recommandations du CMQ. Néanmoins, celui-ci pense que déjà les nouveaux médecins sont plus sensibles et, de ce fait, plus enclins à pratiquer la

prévention en donnant des conseils ainsi qu'en encourageant les individus à se prendre en main et à faire eux-mêmes des efforts au niveau de leur santé.

*« Pour la population, j'ose espérer que les médecins vont développer davantage l'accent sur la prévention et le dépistage. Le dépistage, je ne suis pas sûr que ça va se développer, mais la prévention dans le sens de donner des conseils, encourager les gens à se prendre en main, à faire des efforts au niveau de leur santé qu'ils peuvent faire eux-mêmes, activités physiques et tout ça. Je pense que... arrêter de fumer, c'est des choses je pense que la nouvelle génération de médecins est sensible. Pour ce qui est des examens de dépistage, bien là je ne sais pas trop où on va se rendre, dans le contexte comme je vous disais tantôt, où il faut se limiter à ce que le Collège des Médecins nous recommande dans les examens de dépistage et tout ça. »*

On peut voir des ces deux passages que le cas02 parle à nouveau des obligations sociales des médecins ainsi que de l'importance des pratiques de prévention et de dépistage. Ce met en lumière des dispositions propres à la médecine sociale.

Le cas02 parle de quelques modalités organisationnelles du système de santé qui peuvent exercer une certaine influence sur la pratique médicale. D'entrée de jeu, il se dit sensible aux injustices. En fait, il identifie des injustices à plusieurs niveaux du système de santé. Tout d'abord, il trouve malheureux qu'il y ait beaucoup de choses qui devraient être changées dans le système de santé, mais qu'on ne veut pas aborder. Il trouve malheureux de ne plus être en mesure d'avoir accès à des examens rapidement ou dans des délais raisonnables et ce, malgré toutes les démarches qu'il peut entreprendre. Il trouve malheureux et très pénible de voir des patients malades qu'on profite de leur faiblesse pour profiter d'eux. Le cas02 donne alors l'exemple de son père atteint d'un cancer. Il rapporte toutefois qu'avant d'avoir un diagnostic clair de cancer, son père a d'abord eu a passé plusieurs fois les mêmes examens diagnostiques avec des résultats non concluants et se voir dépérir sans en connaître la cause pendant environ une année. Le cas02 se demande d'ailleurs pourquoi les médecins répétaient les mêmes diagnostics plutôt que de faire des examens plus poussés. Celui-ci poursuit ses propos en ajoutant qu'il trouve malheureux que des patients ayant des problèmes de santé soient obligés d'attendre avant d'avoir un diagnostic clair.

*« Bien c'est toujours les injustices. Pour moi le système de santé va de mal en pis et il y a plein de choses qu'on devrait changer et qu'on ne veut pas aborder. Je trouve ça malheureux. Je trouve ça malheureux aussi, malgré toutes les démarches que je peux faire, de ne plus être en mesure d'avoir des examens rapides, des examens dans des délais raisonnables. Je ne sais pas, je trouve malheureux de voir des patients malades, qu'on profite de leur faiblesse pour abuser d'eux. C'est quelque chose que j'ai de la misère à accepter et que j'aurai toujours de la difficulté, et plus ça va, plus ça devient difficile d'accepter. Pour moi c'est quelque chose qui est pénible. Mon père, pour vous donner un exemple, je suis médecin et ils le savaient là-bas. Il a commencé à être malade, d'avoir des*

*examens anormaux, il avait des problèmes au niveau du foie et tout ça, il a passé 3-4 tacos il a passé 5-6 gastroscopies, on voyait quelque chose, mais on n'était pas capable de se rendre. À un moment donné, ça faisait un an qu'il passait des examens et on voyait quelque chose, mais on n'était pas capable de savoir c'était quoi. Ça aurait été quoi d'aller directement à la laparotomie ou la laparoscopie et tout ça? Et lui, il dépérissait et il ne savait pas ce qu'il avait et on disait toujours tout est beau. L'attente, je pense que c'est quelque chose... sans savoir ce qu'on a, sans avoir un diagnostic clair, c'est pénible pour ceux qui ont des problèmes de santé et je trouve ça triste qu'on soit obligé d'attendre. »*

Le cas02 poursuit ses propos en relevant certaines situations d'injustices dans l'utilisation des ressources monétaires publiques. Il mentionne les enveloppes budgétaires fermées (c'est-à-dire des budgets en silo) à l'intérieur du système de santé ce qui amène parfois des dépenses non justifiées lorsque des argent sont toujours disponibles en fin d'année administrative. Celui-ci a beaucoup de difficulté à accepter qu'on utilise les fonds publics pour l'achat de mobilier ou pour la réalisation de rénovations non nécessaires plutôt que d'acheter des technologies nécessaires pour répondre aux besoins de la population.

*« Je trouve ça triste la façon que le système de santé fonctionne, où il n'y a pas un établissement ou une entreprise qui se respecte à part peut-être les gouvernements, qui fonctionnent avec des enveloppes fermées où quand on a trop d'argent pour des meubles, on les jette et on en rachète d'autres plutôt que d'acheter un nouvel appareil diagnostique ou un lit électrique. J'ai jamais compris ça et j'ai de la misère à l'accepter, alors... ça je trouve ça dur. »*

Le cas02 déplore donc l'absence d'un système d'assurance de la qualité de la pratique (médicale ou décisionnelle) propre au système de santé. En outre, il est d'avis qu'il n'y a pas de contrôle valable de la qualité des soins ou de la qualité des décisions administratives. Les médecins et les gestionnaires sont laissés à eux-mêmes. Il y a un laisser-aller en quelque sorte.

*« Mais moi je pense que pour toutes sortes de raisons, les médecins sont laissés à eux-mêmes et la qualité des soins... il n'y a pas de contrôle valable à mon avis. Il y a un laisser-aller et au niveau administratif il y a un laisser-aller aussi. »*

D'autant plus que selon lui, les modalités organisationnelles du système de santé laissent entrevoir une définition de la productivité clinique en termes de quantité de patients vus dans une journée de travail, et non en termes de la qualité des actes médicaux et des résultats à long terme de ceux-ci.

*« On peut peut-être faire... la productivité, c'est pas nécessairement le débit en termes de quantité de personnes qu'on a vu dans une journée, mais la qualité des actes, les résultats à long terme que ça va donner. »*

D'autant plus que le cas02 est d'avis qu'il y a beaucoup trop de bureaucratie dans le système de santé, tel que dans l'établissement CSSS où il pratique. Il fait ici allusion à

l'organisation du système de santé québécois se caractérise par une lourdeur administrative.

Selon ses dires, il serait possible d'économiser beaucoup de ressources monétaires et d'améliorer les services en éliminant le plus possible la bureaucratie et en améliorant la surveillance au bon endroit. Sans entrer dans les détails, celui-ci confie avoir été témoin de facturations injustifiées dans son établissement CSSS.

*« Mais il y a énormément de bureaucratie. Si on pouvait enlever toute la bureaucratie, et améliorer la surveillance aussi, la surveillance au bon endroit, ça sauverait énormément d'argent et ça améliorerait les services aussi. Ça, c'en est un exemple... en tout cas, j'entrerai pas dans le détail de la qualité des actes, mais j'ai vu beaucoup de choses aussi, sur lesquelles on n'ose pas trop intervenir. »*

Il croit donc qu'il y aurait lieu d'améliorer l'honnêteté professionnelle par un système de surveillance améliorée dans lequel, par exemple, un médecin-enquêteur ferait des visites surprises, à brûle pour point, en clinique privée ou en CH; l'objectif étant, entre autres choses, d'arrêter les situations d'abus d'utilisation des ressources (monétaires) publiques.

*« Mais l'autre aussi, c'est qu'il y ait un médecin enquêteur qui soit attribué à chaque région et qu'à un moment donné il arrive dans un bureau ou dans un hôpital ou peu importe, qu'il n'appelle pas une semaine à l'avance pour dire je viens faire ma visite d'inspection, comme ils font dans tous les ordres professionnels, mais qu'il arrive à brûle pourpoint et s'en va dans une salle d'attente et qu'il regarde comme quel débit, ou qu'il regarde les dossiers. Parce qu'il y a énormément... des fraudes il y en a eu ici. Et ça toujours été sous couvert et ça, ça été une des choses qui ont fait qu'à un moment donné j'étais tanné d'être sous rémunéré par rapport aux autres, je considérais que j'en faisais plus que certains qui avaient des primes. Mais ça, c'en est de l'argent de perdu et de l'argent gaspillé. Et moi je pense que ça serait une chose qui mériterait d'être faite. Améliorer l'honnêteté... »*

Qui plus est, le cas02 fait allusion à une déconnexion de la réalité de la part des décideurs. À ses yeux, l'organisation du système de santé québécois se caractérise par l'absence de communication valable et de collaboration entre les cliniciens et les administrateurs, créant ainsi une rupture avec la réalité concrète du terrain. Il s'agit là d'un des principaux problèmes actuels du système de santé. On assiste alors à la mise en place de comités de toutes sortes pour trouver des solutions, alors que, selon le cas02, la solution c'est de se parler.

*« Là présentement, à mon avis le système de santé, le problème c'est ça, c'est qu'il n'y a aucune communication valable entre l'aspect des cliniciens et les administrateurs. Ça ne peut pas fonctionner. Il n'y a pas d'échange, il n'y a pas de collaboration. Ça crée des froids, et ça, ça crée un système de santé qui va mal. Avec toutes sortes de comités qu'on forme à grand frais pour essayer de trouver des solutions; la solution c'est de se parler. »*

Qui plus est, celui-ci mentionne que les médecins ne sont pas invités à s'impliquer dans le processus décisionnel. Ils n'ont pas de droit de parole.

*« Et en tant que médecin, on n'est pas impliqué dans les décisions. On n'a aucun droit de parole. »*

Le cas02 fait mention de l'informatisation du système de santé et de son impact sur la pratique et l'utilisation des ressources. Il est vrai que les établissements CSSS et les cliniques GMF sont maintenant informatisés. Ceci amène un accès rapide aux résultats des examens diagnostiques et permet d'éviter un dédoublement inutile des services. Mais avant cela, il n'était pas rare que des patients aient à passer à nouveau une même série d'examens lorsque ceux-ci voyaient plus d'un médecin. Aux yeux du cas02, ceci implique des coûts et exerce une influence au niveau de la répartition des ressources financières du système de santé.

*« Il n'y a pas si longtemps, un médecin... si quelqu'un consultait un deuxième médecin parce qu'il avait des problèmes, bien il refaisait toute la même série d'examens qu'il avait déjà passés avant. Là on n'a plus ça avec le système informatisé où on a accès aux examens du secteur, mais c'est des choses qui se faisaient avant et ça aussi, ça a un coût et une influence sur la répartition de l'enveloppe budgétaire au niveau du système de santé. »*

Comme la plupart des cliniques médicales privées qui ne sont pas accréditées GMF n'ont pas accès, du moins pour le moment, à l'informatisation du système de santé, on est en droit de croire qu'il existe encore un risque de dédoublement inutile des services de santé

Le cas02 opine que le climat et les conditions de travail sont infernales dans le système de santé. D'autant plus qu'il existe des problèmes de violence ou harcèlement moral au travail. Une problématique compliquée sur laquelle, selon ses dires, les gestionnaires ne veulent pas nécessairement porter attention et apporter des changements.

*« Mais les choses n'avancent pas vite et en particulier pour les problèmes de violence au travail, harcèlement moral, les conditions de travail dans le système de santé actuel, c'est infernal. On ne veut pas bouger, c'est trop compliqué. »*

De façon générale, il considère d'ailleurs qu'il y a un gros laisser-aller au niveau de la qualité des milieux de travail dans les établissements publics de santé.

*« Puis je considère que dans les établissements de santé, en particulier dans les établissements publics, si en plus ce sont des établissements de santé, la qualité du milieu de travail devrait être primée, et là-dessus il y a un gros gros laisser-aller. »*

Enfin, le cas02 trouve difficile les situations où il y a une forme d'harcèlement moral, de manque de reconnaissance. Il croit que tout ceci est, entre autres choses, le résultat d'un manque de communication qui fait que les choses s'enveniment avec le temps. En fait, le cas02 est d'avis qu'il faudrait améliorer la communication et ce, à tous les paliers du système de santé.

*« Et le harcèlement moral, ça va aussi avec ça. C'est le manque de reconnaissance, le manque de communication qui fait que les choses s'enveniment avec le temps. La non intervention. Et ça, ça fait longtemps aussi que je le dis - en tout cas dans mon établissement - qu'il faudrait améliorer la communication avec les différents paliers. »*

Le cas02 poursuit ses propos en abordant les structures de rémunération et leur influence sur la pratique des médecins. Il aborde surtout certains problèmes. D'entrée de jeu, il parle d'un problème particulier au mode de rémunération à l'acte, touchant particulièrement la pratique en cabinet privé. Il est important de rappeler ici que le cas02 reçoit uniquement une rémunération à tarif horaire et que, de ce fait, sa propre pratique médicale n'est pas influencé par les problèmes qu'il identifie. En fait, il fait mention de la non-rémunération de certaines tâches de nature administrative ou clinique telles que, par exemple, le temps que les médecins de famille consacrent à leurs dossiers (appels téléphoniques, révision des tests diagnostiques etc.). Selon le cas02, ceci fait en sorte que plusieurs médecins seront peu intéressés à faire certaines démarches supplémentaires pour assurer aux patients l'accès aux services diagnostiques ou médicaux spécialisés nécessaires. Ce sont donc généralement les patients qui paient en bout de ligne puisqu'ils sont laissés à eux-mêmes face aux problèmes d'accessibilité des services de santé.

*« Et en bout de ligne, c'est le patient qui paye. Comme je vous dis, moi je fais quand même plusieurs interventions téléphoniques qui sont en passant non rémunérées et non reconnues comme un acte par la RAMQ. On peut considérer que... je pense que c'est 70... en tout cas la grande majorité des médecins qui pratiquent au Québec sont à l'acte, ils ne sont pas vraiment intéressés, quand on parle d'une visite payante, qu'une visite payante ne doit pas excéder plus que 8 minutes pour un examen ordinaire, ça n'encourage pas les médecins à faire des démarches supplémentaires qui ne sont pas rémunérées de toute façon. Alors en bout de ligne, conclusion, c'est généralement les patients qui paient. »*

Le cas02 mentionne également l'existence d'incohérences dans la structure de la rémunération qui peut amener des injustices et aussi certains médecins à faire des abus et ainsi à gaspiller les ressources financières publiques. En guise d'exemple, il montre à l'intervieweuse les nouveaux formulaires médicaux de la CSST pour un avis motivé concernant les traitements de physiothérapie. Selon ses dires, les médecins de famille qui pratiquent en bureau privé et qui reçoivent une rémunération à l'acte ont droit à 110 \$ pour remplir le formulaire; lui ne n'est pas payer pour remplir ces formulaire puisqu'il reçoit une rémunération à tarif horaire. Il existe donc parfois de grandes différences entre les médecins de famille qui sont rémunérés à l'acte et ceux qui le sont à tarif horaire. Aux yeux du cas02, le paiement de 110 \$ pour remplir le formulaire lui apparaît nettement exagéré.

*« Ça, c'est les nouvelles formules pour la physiothérapie, quand on réfère des gens en physiothérapie pour des problèmes d'accident de travail, où on considère qu'ils ont besoin d'un traitement supérieur à la durée habituellement reconnue par la CSST. Si j'étais en bureau, ça me donnerait 110\$. 110\$ que le gouvernement va payer pour remplir ça... plus... Plus le pourcentage de rémunération rehaussé si on est en région éloignée. Plus la visite. Ok? Ça prend... 2 minutes remplir ça? »*

Le cas02 donne la vaccination antigrippale comme deuxième exemple. Il pense que les infirmières ont les compétences pour prendre en charge les programmes de vaccination antigrippale et que ce n'est aux médecins de famille d'offrir des services de vaccination antigrippale. Celui-ci serait curieux de voir combien les services médicaux généraux de vaccination antigrippale coûtent annuellement à la RAMQ. Pour lui, c'est ni plus ni moins que du gaspillage des fonds publics.

*« Bien en tout cas, ça, ça m'apparaît nettement exagéré. Un programme de vaccination, je pense que les infirmières peuvent très bien le faire, il y a des vaccinations antigrippales partout, il y a des centres de vaccination dirigés par les infirmières; c'est pas aux médecins à faire ça. Quand arrive l'automne, je serais curieux de voir combien de M\$ ça peut coûter au Québec. Parce qu'un médecin va faire une vaccination dans son bureau, il charge automatiquement l'injection intramusculaire plus l'acte, l'examen peut-être des cœur/poumons, s'il l'a fait. C'en est du gaspillage. »*

Enfin, le cas02 ajoute qu'il s'agit également d'une question de mentalité. Il connaît plusieurs médecins de famille qui sont bien contents de recevoir facilement 110 \$ pour remplir des formulaires puisque ça leur permet d'accéder à des ressources matérielles souvent luxueuses (maison, chalet, bateau, etc.). Le cas02 respecte cette mentalité. Il juge néanmoins que ça engendre des injustices particulièrement pour les médecins de famille qui font des choses plus ingrates.

*« Mais je pense qu'il y a la mentalité aussi des gens qui est là-dedans. Je connais beaucoup de médecins qui ont leur bateau et leur maison et leur gros chalet et qui sont contents et qui font leurs voyages et ils sont bien contents d'avoir 110\$ pour la formule. Je respecte ça mais je trouve que c'est pas juste pour ceux qui font des choses ingrates, qui sont considérés au même titre que ces médecins-là qui font du bureau à remplir une formule en deux minutes. »*

Qui plus est les structures de rémunération pourraient être responsables d'une certaine utilisation des services médicaux généraux qui, aux yeux du cas02, apparaît peut-être moins bonne, moins appropriée. En effet, il dit connaître, pour en avoir entendu parler, la tendance fréquente dans la pratique selon laquelle les médecins ne considèrent qu'un seul symptôme médical ou problème de santé par visite. Tout comme le cas01, le cas02 est d'opinion que les médecins devraient traiter plusieurs problèmes de santé lors d'une seule visite médicale. Il se dit conscient qu'il est plus facile, plus rapide et plus payant de ne considérer qu'un seul symptôme ou problème en comparaison à plusieurs dans la même visite. Selon lui, il ne faudrait pas considérer les bureaux comme des mini-

urgences où on répond de manière ponctuelle à un symptôme ou un problème particulier. Le cas02 est d'opinion que certains changements imposés dans la pratique des médecins de famille permettraient de traiter plusieurs problèmes de santé. Celui-ci croit d'ailleurs qu'une pratique de la médecine où l'on prend le temps nécessaire de bien faire les choses pourrait s'avérer plus appropriée, plus efficace et donc, plus rentable au niveau financier pour le système de santé.

*« Et ce qu'on voit, ce qui a tendance à se faire aussi dans la pratique, pour l'avoir entendu dire, c'est que les médecins souvent vont s'occuper d'un seul problème. "Là aujourd'hui, vous avez mal à l'estomac, le reste je m'en fous, vous prendrez rendez-vous plus tard et on regardera ça plus tard." C'est sûr que c'est plus facile, c'est plus payant aussi, parce que deux examens ordinaires, c'est plus payant qu'un examen complet. Et quand on se retrouve avec 7 ou 8 plaintes, bien ça peut te prendre du temps. Moi je dis que ça serait peut-être plus rentable au niveau financier et plus approprié et plus efficace de faire une médecine où on prend le temps de faire les choses correctement, où on prend le temps de faire les choses. Plutôt que de considérer que les bureaux c'est des minis urgences où on répond de façon ponctuelle à un problème ponctuel. »*

Ce passage représente un bel exemple de l'utilisation de trois types d'intérêts (professionnels, sociaux et économiques) et de concepts en économie dans la pensée du cas02. On parle de la rémunération et de l'impact sur le plan financier (intérêts économiques des médecins de famille) associée à la prise en considération d'un seul problème de santé par visite médicale. Or, une évaluation clinique appropriée et efficace se devrait d'inclure la prise en charge de plusieurs problèmes de santé au cours de la même visite médicale (intérêts professionnels), ce qui serait plus rentable (concept en économie) pour la société (intérêts sociaux).

Point fort intéressant, le cas02 termine ses propos portant sur les structures de rémunération en précisant par ailleurs qu'il s'agit non seulement d'une question d'acte médicale (rémunération) mais surtout d'une question de mentalité. Celui-ci mentionne, une fois de plus, qu'il pourrait initialement s'agir, à la rigueur, de faire une sélection des futurs étudiants en médecine en les questionnant davantage sur qui ils sont, leur façon de voir la médecine ainsi que leur façon de travailler

*« Je ne pense pas que ce soit juste une question d'acte, c'est une question de mentalité. Et je reviens encore à ce que je disais la dernière fois, le travail devrait peut-être se faire initialement dans les sélections que font les facultés de médecine avant l'entrée des futurs étudiants, sur ce qu'ils sont, leur façon de voir la médecine, leur façon de travailler. »*

Le cas02 déplore les problèmes de disponibilité et d'accessibilité aux services de santé. Il fait référence d'entrée de jeu aux problèmes de disponibilité et d'accessibilité aux services médicaux spécialisés. En fait, le cas02 juge que l'accès aux services médicaux spécialisés devient



difficile, particulièrement depuis les cinq dernières années. Des services de médecine interne et de chirurgie sont disponibles au CH du territoire de RLS (inclus dans le même CSSS que le CLSC du cas02). Pour le reste, des médecins spécialistes en provenance de villes environnantes (à une distance d'environ 60 à 150 kilomètres) viennent travailler au CH une à deux fois par mois. Ceci dit, ce ne sont pas tous les services spécialisés qui se déplacent. D'autant plus que, selon les dires du cas02, l'âge moyen des médecins, omnipraticiens et surtout spécialistes, qui pratiquent sur le territoire est à la hausse. Plusieurs médecins spécialistes ont éventuellement réduit leurs activités. Il est donc parfois nécessaire de référer les patients vers des services médicaux spécialisés disponibles aux CH à vocation communautaire ou régionale ou encore, à des CH de la ville de Québec.

*« L'accessibilité, c'est clair que c'en est un. On a des spécialistes qui viennent, pour commencer par les spécialistes, bon on en a deux en médecine interne à (...). Tous les autres viennent de l'extérieur, soit des villes environnantes qui sont à plus ou moins entre 60 et 150 km de distance. Ils viennent une ou deux fois par mois. C'est pas toutes les spécialités qui se déplacent non plus. Alors déjà là, ça devient difficile. L'âge moyen des médecins qui pratiquent ici, en particulier des spécialistes, est à la hausse, je dirais une cinquantaine d'années, ce qui fait qu'éventuellement, les médecins finissent par travailler moins ou référer à l'extérieur. On a un urologue par exemple qui ne fait plus d'opérations de prostate, alors il réfère à Québec plutôt qu'à (...), parce qu'ils sont débordés. »*

Le cas02 aborde également les problèmes de disponibilité et d'accessibilité aux services diagnostiques. Il dit que l'accès aux services médicaux spécialisés devient aussi de plus en plus difficile. Pour certains problèmes de santé, le cas02 avoue même référer d'emblée ses patients vers des services diagnostiques et médicaux spécialisés disponibles dans la ville de Québec puisqu'il juge que le délai d'attente est beaucoup trop long au CH à vocation régionale même lorsque la situation clinique est urgente.

*« Bon, ne serait-ce que par exemple pour ce qui est des masses aux seins. Moi personnellement, je réfère toujours à Québec parce que quand on a besoin d'examens spécialisés, des biopsies au trocart, des choses comme ça, à (...) ça peut prendre 4 mois quand c'est une urgence. Ils n'ont pas la même expertise que par exemple la Clinique des Maladies du Sein de Québec. Personnellement, moi je réfère là-bas, d'autant plus que je sais qu'il va être vu dans les 2 à 3 semaines. »*

Le cas02 parle également de problèmes de disponibilité et d'accessibilité aux services médicaux généraux. La population vieillissante de médecins de famille pratiquant sur le territoire amène une diminution de la disponibilité des services médicaux généraux et des difficultés à l'accessibilité de ce type de services. Selon le cas02, plusieurs médecins de famille ont réduit leurs activités et ne pratiquent maintenant qu'en cabinet privé. Ils ne font plus d'hospitalisation, d'urgence ou

d'obstétrique. Il n'y a cependant pas de relève médicale disponible sur le territoire pour offrir ces services.

*« Les médecins généralistes maintenant, bon là encore, population de plus en plus vieillissante, il y en a plusieurs qui faisaient du bureau, de l'hospitalisation et de l'obstétrique, là-dessus il y en a peut-être la moitié qui ont décidé d'arrêter de faire de l'obstétrique, juste du bureau parce qu'ils sont fatigués et ils commencent à être âgés et ils réduisent leurs activités, mais on n'a pas de remplaçants pour ça, alors les listes d'attente s'allongent. Ici on avait deux chirurgiens jusqu'à tout récemment; il y en a un qui est parti. Pour vous donner une idée, les colonoscopies, il y en a 1200 en attente, et il y a juste ce chirurgien-là qui en fait. Moi j'ai un patient qui a probablement une récurrence, j'ai demandé une colonoscopie au mois de novembre et je me suis rendu compte dernièrement qu'il ne l'avait pas encore passée. »*

Le cas02 fait alors allusion à la disponibilité, à l'accessibilité et à la qualité des services de santé en région et des besoins occasionnels de déplacements à l'extérieur de la région. Il déplore le fait que certains services diagnostiques ou médicaux spécialisés ne puissent être rendus dans des délais raisonnables ou encore, que les résultats diffèrent de ceux obtenus par des services situés à l'extérieur de la région. Il déplore également qu'on refuse de plus en plus aux patients l'accès à l'aide financière pour les déplacements hors région sous prétexte que les services nécessaires sont disponibles dans la région. Aux yeux du cas02, c'est tout comme si les patients n'avaient pas le droit de choisir leurs services. Ceci enlève aux patients l'accessibilité aux services, à la qualité des services et au libre-choix.

*« Et ce que je trouve malheureux, et d'ailleurs je me suis pogné encore avec mon coordonnateur là-dessus, c'est qu'il y a des services qu'on ne peut pas rendre dans un délai raisonnable ici, ou qu'on a des services, mais les résultats ne sont pas les mêmes qu'à l'extérieur. On donne des subventions habituellement pour les déplacements, pour les gens qui doivent consulter à l'extérieur, pour un spécialiste ou un examen, et là maintenant on refuse soi-disant parce qu'on a les services en région. Donc c'est un peu comme si on s'en va tranquillement vers le système anglais où chaque patient va être attiré à un médecin en particulier et il n'a pas le droit d'en voir d'autres; ça pénalise les gens. Ça leur enlève l'accessibilité aux services, à la qualité des services, et au libre-choix. »*

Le cas02 croit que certaines modalités organisationnelles de son établissement de pratique se devraient d'être améliorées afin d'offrir de meilleurs services et d'avoir un meilleur climat de travail. Par établissement, il fait ici référence au CSSS du territoire de RLS. La première chose serait d'améliorer la communication. Il s'agit d'un problème de longue date. Le cas02 est convaincu que ceci améliorerait le climat et les conditions de travail et aurait des répercussions positives sur la performance et la qualité des services. Celui-ci ajoute cependant que les gestionnaires du CSSS ne semble pas penser de cette façon.

*« La première chose, ça serait d'améliorer la communication. Ça c'est clair. Ça toujours été un problème, et c'est pas un problème qui est unique à cet établissement-ci, c'est partout ailleurs, c'est pareil. De ce que j'ai vu en tout cas. Que ce soit des entreprises publiques ou privées, et en communiquant avec quelqu'un, on reconnaît que c'est une personne et que cette personne-là peut avoir des idées intéressantes et qu'elle a un rôle important à jouer. Je pense que juste ça, ça changerait énormément le climat de travail et les conditions de travail et les résultats justement de ce qui est donné, les performances et tout ça. Mais les gestionnaires n'ont pas l'air de penser comme ça. »*

Le cas02 aborde les difficultés de recrutement de nouveaux médecins de famille pour offrir des soins de première ligne. Malgré tous nouveaux bureaux et l'octroi de subventions pour débiter leur pratique au CLSC où pratique le cas02, seulement deux nouveaux médecins de famille y pratiquent; à la hauteur de trois-quarts ETP. Il semble que le CH du CSSS du territoire draine la grande majorité des effectifs médicaux généraux. La population vieillissante de médecins de familles fait en sorte qu'il y a de moins en moins de médecins qui font des tours de garde d'hospitalisation ou de l'urgence. Le CH a donc un grand besoin de relève médicale pour répondre aux besoins hospitaliers de la population du territoire.

*« Des établissements qui sont vides; ici on était 15 médecins. Il y a énormément de bureaux qui sont vides ici, pour rien. (...) Il y a même des médecins qui sont arrivés ici et qui ont dit on a trouvé la solution pour attirer les gens en CLSC, on va faire des bureaux. Alors ils ont enlevé des cloisons, des murs, pour faire des grands bureaux. Il y a un bureau ici qui est neuf depuis 3 ans, pour attirer des nouveaux médecins. C'est la loi de... la nature a horreur du vide... si on fait un bureau, le médecin... pffff! Mais ça n'a pas marché. Il y a des médecins qui sont arrivés en région avec le contrat de s'installer ici à temps plein pour la population de ce secteur-ci qui représente la moitié du secteur de la MRC, mais ça ne s'est pas fait encore. Il y en a un qui est venu, il y en a deux qui viennent, l'équivalent de ¾ médecin/année. Parce que le CH draine beaucoup. Il manque de monde à l'urgence, les médecins vieillissent à l'hôpital, bien ils font moins de gardes, ils ont besoin de plus de relève. »*

Enfin, le cas02 ne parle que très brièvement d'un certain programme gouvernemental, soit les activités médicales particulières (AMP). Il se dit pleinement en accord avec les exigences de ce programme. Il est tout à fait normal de participer à aux services médicaux répondant aux besoins prioritaires de la population. Sans ce programme, on court le risque que les médecins de famille fassent le choix de ne pas participer aux services médicaux (urgence, hospitalisation, soins de longue durée, etc.) qu'ils jugent pénibles.

*« Moi j'avoue que je m'intéresse moins à ça. En ayant 20 ans, c'est plus 6 heures; 6 heures par semaine. Mais il reste que c'est normal de faire ça. On ne peut pas juste avoir le bonbon de la pratique. C'est une des raisons pour lesquelles ça ne fonctionne pas. C'est que les gens ne veulent pas faire les choses ingrates. Non, je suis pleinement d'accord avec les AMP. »*

Point intéressant, le cas02 ne croit pas que les AMP soient responsables de la pénurie de médecins de famille en première ligne. Selon lui, le temps exigé aux nouveaux médecins de famille pour répondre à leurs obligations d'AMP n'est pas excessif. Ce ne sont pas les AMP qui amènent les médecins à concentrer leur pratique presque uniquement en CH.

*« Non, parce que ce n'est pas excessif, les AMP qu'on exige. C'est ridiculement bas. »*

Le cas02 parle encore davantage des choses qu'il trouve difficile dans sa pratique. En outre, il n'apprécie pas la prédominance de plus en plus marquée de l'administration sur la clinique. À ses yeux, les soins de première ligne constituent la première porte d'entrée du système de soins de santé pour les individus ayant des problèmes de santé. Or, il est d'opinion que les intervenants en première ligne sont en train de perdre leurs moyens d'intervenir puisque ça devient de plus en plus administratif, voir même avec des objectifs de rentabilité. Aux yeux du cas02, on ne peut penser à un système de santé rentable. Ainsi donc, il y aurait de moins en moins de place pour les cliniciens afin de se concentrer sur l'administration ou la gestion. En guise d'exemple, celui-ci fait mention d'une décision administrative à l'intérieur de son établissement permettant l'ouverture de plusieurs postes à temps occasionnel afin de répondre à la pénurie de personnels infirmiers. Cependant, un règlement interne interdit aux employés à temps partiel occasionnel de travailler dans un autre endroit. Bien entendu, ce genre de postes intéresse peu les nouveaux individus diplômés en soins infirmiers. Donc la situation de pénurie perdure tandis que le personnel déjà en poste se voit dans l'obligation de faire du temps supplémentaire, avec tous les problèmes de relations de travail, de maladies et de détérioration de la qualité des soins qui en découlent. Tout le monde finit éventuellement par souffrir de ce type de décisions administratives.

*« Mais pour moi, on est la porte ouverte aux gens qui ont besoin, qui ont des problèmes de santé et on est ceux qui ont le moins de moyens, on est en train de perdre nos moyens d'intervenir. Plus ça va, plus ça devient administratif. Même, il faudrait que ça soit rentable. On ne peut pas penser à un système de santé rentable à mon avis. Et en tant que cliniciens, on nous laisse de moins en moins de place, pour penser administration. Et tout le monde en souffre à ce moment-là. Et ceux qui travaillent là-dedans se retrouvent... je vais vous donner un exemple, dans mon établissement, on manque de personnel infirmier alors on va ouvrir 19 postes à temps partiel occasionnel. Et quand on est à temps partiel occasionnel ici, on n'a pas le droit d'être à temps partiel occasionnel ailleurs. Connaissez-vous beaucoup de gens qui finissent leurs études en techniques infirmières et qui sont prêts à travailler sur appel occasionnel? La plupart s'en vont. Ceux qui restent encore ici et qui n'ont pas de poste finissent par se décourager et s'en vont, ou tombent malades, ou tombent en épuisement professionnel ou toutes sortes d'autres raisons. Alors ceux qui restent sont obligés de faire du temps supplémentaire comme partout ailleurs au Québec, ils tombent encore malades, les conditions se détériorent, les relations de travail avec les patients et les*

*soins se détériorent, alors ça ne va que de mal en pis; à mon avis à cause d'un problème administratif. On ne peut pas comprendre ça... »*

Lorsque l'intervieweuse lui demande qu'est-ce qu'il lui faudrait pour être le médecin que vous rêvez d'être, le cas02 répond d'emblée qu'idéalement ce serait de travailler avec ses collègues dans un milieu tel que celui qu'on retrouve dans son CLSC. Il parle alors d'un milieu où certaines conditions sont présentes, telles qu'une complicité interpersonnelle, une meilleure communication et échange, une complémentarité des services, un respect mutuel pour chacun des intervenants, une accessibilité ainsi qu'une continuité des soins et enfin, une vision de la santé plus uniforme, moins gestionnaire et administrative. D'autant plus que pour lui, la médecine est également une science sociale puisqu'il n'y a pas d'autre alternative que d'échanger et de communiquer; le médecin n'a pas le choix. Une mauvaise communication d'une information peut être préjudiciable à l'individu, tandis qu'une mauvaise compréhension du message de l'individu peut amener un mauvais choix d'intervention. Sans nier l'importance des connaissances, le cas02 commente que le côté humain est primordial en médecine. Il déplore par ailleurs qu'on mette de plus en plus l'accent sur les connaissances et la gestion. Celui-ci va même jusqu'à dire en riant que bien que ça parait narcissique de dire une chose pareil, l'idéal serait que tout le monde soit un peu comme lui.

*« Bien idéalement, ça serait un milieu comme on retrouve ici en CLSC. En tout cas, où il y a une complicité interpersonnelle, une complémentarité des interventions, une continuité des soins, une accessibilité aussi une excellente communication et un respect mutuel entre chacun des intervenants. Alors idéalement, c'est ça, ça serait de pouvoir travailler dans ces conditions-là, aussi avec mes confrères. Qu'on ait un peu plus une mentalité de... pour moi, la médecine c'est une science sociale aussi; on n'a pas le choix d'échanger, on n'a pas le choix de communiquer. Si on communique mal une information, on est mal compris, ça peut être préjudiciable à la personne. Si on comprend mal son message, on peut faire une mauvaise intervention. On peut passer à côté de quelque chose. C'est important l'échange, le côté humain est primordial en médecine; le côté connaissances aussi, mais on met plus d'accent sur le côté connaissances et gestion; de plus en plus. Je pense qu'à mon avis, l'idéal ce serait... ça parait narcissique de dire ça, mais si tout le monde était un peu plus comme moi. (rire) (...) Alors... en tout cas idéalement, ça serait ça. Une meilleure communication, un meilleur échange, une complémentarité de services, continuité de soins et la vision de la santé plus uniforme; moins gestionnaire, moins administrative. »*

Les valeurs du cas02 transparaissent dans ce passage. Il décrit vraiment un milieu idéal dans lequel une vision humaniste de la médecine prédomine et où la communication, les aptitudes humaines et relationnelles (humanisme), le travail en complémentarité ainsi que l'accessibilité et la continuité des soins (valeurs de la médecine familiale) sont des valeurs partagées par tous les intervenants.

Point intéressant, le cas02 estime que le système idéal ou les conditions idéales consisteraient à ce que les médecins représentants élus au Bureau du CMQ pour défendre et protéger la population le fassent et ce, avant de protéger leurs pairs. En tant que le syndicat des médecins omnipraticiens, la FMOQ a le rôle d'assurer la défense et la protection de ses membres. Il juge qu'il est immoral que le CMQ protège les médecins.

*« Et un système idéal ou des conditions idéales ça serait justement que ceux qui sont élus pour défendre la population et pour protéger la population le fassent, avant de protéger ses pairs. La FMOQ c'est son rôle, c'est le syndicat des médecins. Mais que le Collège fasse ça, je trouve ça immoral. »*

## **Place et rôle de l'évaluation économique dans la pratique clinique**

Le cas02 avoue ne pas connaître l'évaluation économique, la pharmacoéconomie et l'économie de la santé, ni d'en avoir vraiment entendu parler. Il a toutefois écouté avec attention l'explication de l'évaluation économique faite par l'intervieweuse. Il est important de préciser que cette partie de l'entrevue portant sur l'évaluation économique et la prise en compte de considérations d'ordre économique dans la pratique décisionnelle fût particulièrement brève et ce, malgré les tentatives de la part de l'intervieweuse d'approfondir le sujet pour comprendre les perceptions et les attitudes du cas02. Ce dernier est plutôt préoccupé par l'utilisation des ressources comme telle.

Suite à cette explication, et de façon toute à fait intéressante, celui-ci répond d'emblée que les médecins devraient sûrement tenir compte des informations issues d'évaluations économiques mais développe surtout ses propos en utilisant les considérations d'ordre thérapeutique et clinique (telles que efficacité, effets électromagnétiques, effets indésirables) des services médicamenteux et diagnostiques comme arguments et en omettant les considérations d'ordre économique.

*« On a sûrement notre mot à dire là-dessus, parce que ne serait-ce que pour les médicaments, indépendamment du coût... il y a beaucoup de lobbying sur certaines molécules qu'on nous encourage à vendre plutôt que d'autres, mais elles ne sont pas nécessairement plus efficaces, effectivement. Ne serait-ce que pour ça. Pour ce qui est des examens diagnostiques, je pense au taco, c'est bien d'essayer de trouver une façon d'avoir les confirmations de nos impressions, mais ça serait peut-être bien aussi de nous sensibiliser au fait par exemple que tant d'examen de tomographie exposent la personne à tant de radiations et là même on commence à parler qu'il pourrait y avoir une incidence de cancers reliés à des examens tomographiques, refaits à des intervalles trop rapprochés, trop fréquents. Toutes ces choses-là, là-dessus... on devrait être concernés davantage et s'intéresser davantage à cet aspect-là. »*

Le cas02 a par ailleurs plutôt répondu aux questions sur le sujet selon une perspective macro. Par exemple, lorsque questionné sur l'utilité possible des informations issues d'évaluations économiques dans la rédaction des GPC, celui-ci a répondu très brièvement que ces informations seraient sûrement utiles, bien qu'il y ait néanmoins tellement de gaspillage dans le système de santé. En effet, il a semblé être davantage concerné par le gaspillage des ressources financières aux niveaux macro- et méso-décisionnels.

*« Oui, sûrement. Sûrement, mais il y a tellement de gaspillage dans le système. »*

Selon lui, bien qu'il soit également important de conscientiser et de responsabiliser les médecins sur leurs pratiques de prescription, il est tout aussi important d'arrêter de gaspiller et, en particulier, de réviser la politique des budgets fermés.

*« C'est bien de conscientiser les médecins sur la façon de prescrire, mais ça serait bien aussi de... d'arrêter de gaspiller et en particulier de réviser la politique des budgets fermés. »*

Les commentaires exprimés dans ces deux passages sont davantage discutés un peu plus loin puisqu'ils font, de ce fait, partie des facteurs qui peuvent exercer une influence sur l'utilisation des ressources de santé.

## **Place et rôle de l'information et des connaissances dans la pratique clinique**

Le cas02 soutient que les connaissances issues des données probantes (études scientifiques, GPC) influencent sa pratique. Il ajoute néanmoins prendre en considération ce type d'information avec méfiance et ce, pour deux raisons principales. Premièrement, il éprouve toujours des doutes quant à la qualité des études. D'autant plus que celui-ci avoue avoir très peu de connaissances dans les domaines de l'épidémiologie et des statistiques. Le cas02 confie d'ailleurs qu'il n'y avait qu'un seul cours de statistiques et d'épidémiologie au tout début de sa formation en médecine; cours qui a éventuellement été retiré puisque personne ne comprenait, suivant un professeur peu intéressant et par manque d'intérêt.

*« Oui, ça l'influence. Mais jusqu'à quel point on peut être certain qu'il n'y a pas de contaminants dans l'étude? C'est toujours la question. Moi quand j'étais en médecine, en première année on avait un cours de statistiques et d'épidémiologie que tout le monde a coulé. Parce qu'on ne comprenait absolument rien et de toute façon, nous autres on n'allait pas là pour faire des Chi carré et des choses comme ça. On avait un professeur qui n'était pas intéressant et on a fini par faire sauter le cours parce que personne ne comprenait.*

*Alors c'est difficile pour quelqu'un qui ne connaît pas les statistiques et l'épidémiologie de juger de la qualité d'une étude. »*

Deuxièmement, les médecins sont submergés par toutes sortes d'informations, d'études qui semblent prouver des choses, pour finalement apprendre que certaines informations n'ont pas été divulguées afin de ne pas nuire au rendement ou à l'image de certains services (des médicaments, par exemple) au niveau de l'efficacité. Le cas02 se demande comment être sûr que l'information disponible est bonne. Tout ceci fait en sorte qu'il considère les données probantes mais que parfois, il dévie. En effet, son côté anxieux l'amène à en faire un peu plus afin d'être assuré.

*« Alors dans ce sens-là, c'est une chose, on est submergés par toutes sortes de données, d'études qui disent que ci, ça, ça. Et là à un moment donné, on apprend qu'il y a des études sur des antidépresseurs qui n'ont pas été divulguées parce que ça nuisait au rendement ou à l'image de certains antidépresseurs au niveau de l'efficacité. Vous avez dû en entendre parler de ça. Alors comment être sûr que l'information qu'on nous donne est bonne? C'est pour ça que je considère des informations, ce que vous appelez les lignes probantes, mais des fois je dévie. Des fois je... mon côté anxieux fait que j'essaie de... j'aime mieux être assuré et d'aller en faire un peu plus. »*

Quant aux lignes directrices, le cas02 soutient que les recommandations des GPC portant sur les examens diagnostics influencent également sa pratique, bien qu'il confie ne pas se fier et dévier la plupart du temps. Entre autres, il va devancer les recommandations pour les examens dans certains cas. Celui-ci poursuit ses propos en donnant comme exemple le toucher rectal qui, à sa connaissance, n'est pas un examen recommandé de façon routinière par l'Association canadienne. Or, le cas02 le fait à tous les ans chez ses patients âgés de 40 ans et plus.

*« Disons que... comme je disais tantôt, je ne me fie pas... je les considère, mais... je suis peut-être quelqu'un qui est plus... peut-être obsessionnel ou peut-être craintif, en tout cas je déborde la plupart du temps de... ça m'arrive de ne pas respecter et d'avancer certains examens dans certains cas. (...) Un toucher rectal, c'est pas un examen recommandé par l'Association Canadienne, mais moi je vais le faire à tous les ans. Je le fais à 40 ans; à partir de 40 ans. Il n'y a pas juste la prise de sang, parce que j'en ai eu des cancers que j'ai détectés juste avec mon doigt et qui n'étaient pas visibles par les... Mais c'est pas un examen... »*

Le cas02 rapporte cependant que les recommandations des GPC portant sur les traitements médicamenteux influencent particulièrement sa pratique. Il dit suivre ces recommandations en fonction des particularités de chaque patient.

*« Ah ça je les suis. Oui. D'utiliser les classes selon les autres problèmes de santé reliés à l'hypertension. Ah, oui. »*

Le cas02 fait appel à différentes sources pour obtenir des informations ou des connaissances. Ces sources lui sont utiles autant pour maintenir ses connaissances que pour en



acquérir de nouvelles. Ses deux sources principales sont les activités de DPC généralement organisées par les universités ou la FMOQ et ses lectures, bien que cette dernière source soit de plus en plus remplacée par l'accès à l'Internet. De plus, dans l'éventualité d'un besoin ponctuel d'information, celui-ci se tourne vers l'Internet puisqu'il a accès à un ordinateur à son bureau au CLSC.

*« Bien généralement moi, c'est des formations de groupe. Mais de plus en plus, via Internet, j'ai de plus en plus accès à des réponses que je me pose par rapport à des situations ponctuelles. Ma formation, je la fais... avant c'était pratiquement... disons 70% en formation de groupe et le reste en lecture. Là c'est de plus en plus... la lecture est de plus en plus remplacée par l'accès à Internet. »*

Le cas02 dit s'informer auprès de deux sources d'influence sur sa prise de décision quant à l'utilisation des nouveaux médicaments. Il va lire des publications rapportant les résultats d'études cliniques lui permettant d'approfondir ses connaissances sur ces nouveaux médicaments. Celui-ci mentionne qu'il lui arrive à l'occasion de discuter avec des collègues ayant déjà prescrit ces médicaments.

*« Ouais... de temps en temps j'en parle avec d'autres... je reste vigilant pour les effets secondaires, les expériences... l'expérience de mes confrères ou de ce qui est rapporté dans la littérature. »*

Le cas02 mentionne que l'industrie pharmaceutique et ses représentants ne lui sont plus une source importante d'information. Il ne participe plus à des soupers ou des activités de formation organisées ou commanditées par l'industrie pharmaceutique, tandis qu'il ne reçoit plus la visite de ses représentants et donc, de ce fait, il ne reçoit plus d'échantillon.

*« J'allais à ce genre de choses-là il y a quelques années, mais je n'y vais plus. »*

Lorsque l'intervieweuse demande si c'est par crainte de conflit d'intérêt, le cas02 répond rapidement qu'il n'a jamais été craintif à ce sujet puisqu'il a toujours été franc quant à sa pratique de prescription. Ainsi donc, il semble que le cas02 n'ait jamais craint que les activités de marketing des compagnies pharmaceutiques n'influencent sa pratique. Celui-ci a plutôt été grandement déçu par les comportements de certaines compagnies pharmaceutiques et de leurs représentants. Entre autres, il cite en premier exemple la difficulté et le peu de succès qu'ils avaient eu auprès de compagnies pharmaceutiques afin d'obtenir des fonds pour l'organisation de deux journées de formation dans son champ d'intérêt particulier. D'autant plus qu'à la même période, les compagnies offraient à grands frais aux médecins une demi-journée de formation avec après-midi de golf, le souper et une invitation pour les conjoints. Le cas02 fait donc ici particulièrement référence aux sommes

importantes destinées à solliciter les médecins. En deuxième exemple, il parle que suite à son arrêt de prescrire un médicament d'une des compagnies qui les invitaient souvent, le représentant pharmaceutique lui avait rendu visite et s'était informé des raisons justifiant cet arrêt. Le cas02 met donc en doute la confidentialité au niveau du profil de prescription.

*« Non, j'ai jamais craint ça. J'ai toujours été franc par rapport à la façon que moi je prescrivais les choses. C'est qu'à un moment donné... il y a eu tout le contexte où les compagnies sollicitaient les médecins et mettaient beaucoup d'argent là-dessus, ça, ça m'a déçu un petit peu de voir qu'effectivement... bien ça m'a déçu... ça m'a déçu d'autant plus qu'à un moment donné on a fait deux journées de formation en traitement de (...) ici. Et on avait sollicité des compagnies pharmaceutiques pour avoir des fonds, et ça nous a pris toutes les misères du monde à avoir 500\$ par une compagnie comme (...). Et dans la même période, on proposait aux médecins intéressés une demi-journée de formation avec après-midi de golf, et souper fourni, 7 services, et les conjoints sont invités et tout ça. Et ça, ça représente peut-être 1 000\$ ou 1 200\$. Ça, ça m'a déçu, ça m'a donné une petite claque. Et à un moment donné, j'ai arrêté de prescrire un médicament d'une des compagnies qui nous invitait régulièrement et le représentant était venu me voir et il a dit "ça fait un bout de temps que vous n'avez pas prescrit tel médicament et y a-t-il une raison," et ci et ça, c'est que là j'ai vu que la confidentialité au niveau des prescriptions... De toute façon, quand on a mis sur pied le congrès et que j'ai vu que c'était si difficile d'avoir des fonds, je me suis détaché de ces invitations-là. »*

Le cas02 fait allusion aux connaissances tacites acquises par l'expérience, telles que les connaissances de l'histoire du patient et de la famille. Il s'intéresse à l'ensemble de l'individu, incluant l'histoire de la famille bien entendu. Son rôle de médecin de famille l'amène à être à l'affût d'informations et de confidences de la part des patients ou des membres de la famille. En fait, il va particulièrement acquérir des connaissances tacites et des confidences de la part de la famille dans les situations où les patients sont atteints de maladies chroniques. En outre, plus il a d'informations sans sa tête et dans son dossier, plus il est content.

*« Oui, pour la raison que je vous mentionnais tantôt, moi j'ai toujours été porté à m'intéresser à l'ensemble de l'individu et en (...), on dit toujours qu'on ne traite pas seulement la personne, mais on traite aussi la famille. Alors c'est un peu la même chose que je fais, surtout avec les maladies chroniques, pas nécessairement un cancer, mais quelqu'un qui fait du diabète, problème de démence et tout ça, souvent ils se retrouvent en milieu familial et eux autres aussi vivent des choses. Alors on ne peut pas faire autrement que de s'intéresser et c'est dans ma nature d'être comme je disais, curieux, fouineur et plus j'ai d'éléments dans ma tête et dans mon dossier et plus je suis content. »*

Lorsque l'intervieweuse lui demande si l'intuition a une place importante dans sa pratique, le cas02 répond d'emblée qu'il espère que le CMQ ne le suspendra pas puisque l'intuition est

quelque chose de nébuleux. Cela étant dit, il pense que l'intuition occupe une grosse partie de sa pratique en médecine familiale.

*« Bien j'espère que mon Collège ne me suspendra pas, parce que l'intuition c'est quelque chose de nébuleux. Mais moi, j'essaie de... je pense qu'il y a une grosse partie là-dedans. »*

Fait intéressant, le cas02 considère l'intuition comme étant avant tout une façon d'être. Il aborde l'attention aux individus. Pour lui, il s'agit d'être attentif aux individus, à ce qu'ils vivent, à ce qu'ils communiquent sur un mode verbal ou au non verbal (sourire, geste, etc.) et aux signes qu'ils peuvent envoyer consciemment ou indirectement.

*« Mais c'est une question d'être attentif et... je ne sais pas. C'est certain que des fois, moi j'en ai fait pleurer des gens, mais...ils ne venaient même pas pour ça. On dirait qu'il y a comme un échange qui se fait qu'on devient... vous appelez ça l'intuition, mais on a l'impression qu'il y a quelque chose, on vérifie l'information, et... moi j'ai vu plusieurs personnes comme ça, il y en a même une à un moment donné, j'avais donné une formation justement sur les... d'être attentif aux personnes qui sont en phase terminale au niveau du verbal, non verbal et en sortant il y en a une qui m'a abordé et qui m'a parlé qu'elle avait vécu l'inceste et... aucun rapport, elle me parle de ça... on dirait que les gens, ils sentent qu'il y a une ouverture d'un côté de ce côté-là et ils vont peut-être consciemment ou indirectement envoyer des signes, et quand on est attentif, on les reçoit. Est-ce que c'est de l'intuition ou de l'attention... »*

Ce passage et les deux passages subséquents (ci-bas) parlent de l'art de la médecine abordent l'attention aux personnes, que ce soit fait consciemment ou non. Cette attention aux personnes, à ce qu'elles vivent, à ce qu'elles disent ou non, pourrait être vu comme un savoir-être plus que comme un savoir-faire. Le savoir-être pourrait être considéré comme une forme d'intuition. Ceci correspond à ce que Bourdieu appelle le sens du jeu (ou le sens pratique) dans lequel sont impliqués les acteurs sociaux. La bonne intuition dans la pratique de la médecine est le résultat de la mise en œuvre de dispositions innées et de dispositions acquises tout au long de la formation et de la pratique médicales.

Le cas02 considère la médecine comme une science mais aussi comme un art, d'où l'importance de sortir à l'occasion des limites qu'on se pose habituellement. Pour lui, l'art est une forme de communication qui vient du cœur, tandis que les données et les recommandations scientifiques viennent plutôt de la tête. Il est donc important pour un individu désirant choisir la profession médicale d'être capable de faire les deux. Le cas02 pense que près du cœur se situe l'empathie par rapport aux individus, de voir ceux-ci comme une personne et non pas comme un numéro ou une statistique.

*« La médecine c'est un art, c'est une science, mais c'est aussi un art et des fois il faut sortir un petit peu des limites qu'on se pose habituellement. Pour moi, l'art c'est une forme de communication mais qui vient du cœur par rapport aux statistiques et aux recommandations scientifiques qui elles, viennent de la tête. Je pense que pour être médecin, il faut être capable de faire les deux. Et près du cœur, je reviens encore à ce que je disais tantôt, c'est l'empathie par rapport aux personnes, de les voir comme une personne et pas comme un numéro. »*

Il est donc essentiel que les médecins soient capables de communiquer non seulement des mots, mais encore des sentiments ou de percevoir et recevoir les sentiments des autres.

*« Pour moi c'est essentiel, parce que la médecine est aussi un art, donc on doit être aussi capables de communiquer pas juste des mots, mais des sentiments ou de recevoir, percevoir les sentiments des autres. »*

Dans ses passages, le cas02 relie clairement l'art de la médecine aux aptitudes humaines et relationnelles, telles que la communication, l'écoute et l'empathie.

Lorsque l'intervieweuse demande au cas02 si, selon lui, les médecins qui ont eu des souffrances, des épreuves personnelles dans leur vie développent une plus grande empathie et deviennent de meilleurs médecins justement, celui-ci répond d'emblée par l'affirmative. En fait, le cas02 pense que ses épreuves personnelles et familiales font en sorte qu'il possède un bagage lui permettant de mieux comprendre les individus. Toutes les épreuves traversées par le cas02 peuvent donc expliquer, du moins en partie, son côté humain (tel que, par exemple, l'empathie, la compréhension, l'écoute, se mettre à la place des gens, ne pas porter de jugement) très présent tout au long de l'entrevue.

*« Moi je pense que oui. Maintenant... Je pense que tout ça, ça m'a donné un bagage pour mieux comprendre les gens. »*

## **Place et rôle du médecin de famille dans l'utilisation des ressources de santé**

Encore une fois, le cas02 a plutôt répondu aux questions concernant la double considération de la responsabilité face au patient et de la responsabilité face à la société dans la pratique de la médecine familiale selon une perspective macro; limitant ainsi ses réponses aux perspectives de la population et de la société plus précisément et évacuant, en quelque sorte, une réponse selon la perspective de la pratique clinique. Il semble donc que le cas02 soit peu, sinon pas du tout, investit de la responsabilité face à la société au niveau de l'utilisation des ressources.

Dans son premier commentaire portant spécifiquement sur la double considération de la responsabilité face au patient et de la responsabilité face à la société dans la pratique de la médecine familiale, il mentionne d'emblée que, étant confrontée au contexte de rareté des ressources de la société, la population n'a pas le vraiment le choix que de faire une utilisation raisonnable de celles-ci. Il fait par ailleurs brièvement allusion au lien entre la rareté des ressources et les contraintes d'accessibilité aux services. Selon lui, cette situation oblige indirectement la population à faire des choix et à éviter une utilisation intempestive des services.

*« Disons que quant à l'utilisation responsable des ressources, la population n'a pas vraiment le choix, parce qu'on est en pénurie partout. Même dans les cas d'urgence, je vous avais parlé de mon père l'autre fois, bon il est tombé il y a quelques jours d'un escabeau, ça a pris 5 heures pour que l'ambulance arrive, il y avait 14 heures d'attente pour un Rayon-X. Finalement il a passé un Rayon-X en clinique à côté, ça a pris 4 heures. L'accessibilité est très réduite. Que ce soit dans les grands centres ou ici. Alors les gens se découragent, d'ailleurs j'en ai plusieurs qui me disent "j'ai attendu 6 heures à l'urgence, à un moment donné je me suis tanné et je suis parti." Alors ils n'on pas été vus et ça pouvait être des situations potentiellement graves. De ce côté-là, je pense que la population est confrontée à une situation qui l'oblige indirectement à faire des choix et à éviter les consultations intempestives comme on avait avant avec des maux de gorge qui datent de quelques heures, ou la fin de semaine arrive, je veux être sûr que je n'aurai pas besoin d'antibiotique et je pourrai avoir des services, etc. (...) Mais pour ce qui est de ce qu'on voyait dans le passé, je pense qu'il y a beaucoup moins d'abus de consultation. Les gens voient des médecins parce qu'ils n'ont pas le choix. De ce côté-là, c'est mon opinion. »*

Le cas02 croît qu'une bonne utilisation des ressources passe par une bonne évaluation clinique. Il en découle un choix plus éclairé des services et un risque moindre de gaspiller les ressources. L'évaluation clinique doit inclure un bon questionnaire, le temps de faire une bonne collecte des données et un examen clinique approprié. Il va même jusqu'à dire de ne pas hésiter de faire un petit surplus quand ça prend juste une seconde et qu'il y a des doutes. D'autant plus qu'avec les contraintes d'accès aux services, il est souvent difficile de voir les médecins.

*« Bien pour moi c'est encore un bon questionnaire, prendre le temps de se faire une bonne collecte des données, un examen clinique qui est approprié. J'irais même jusqu'à dire de ne pas hésiter à faire un petit surplus quand ça prend juste une seconde. (...) Alors moi je pense qu'une bonne évaluation, une bonne collecte des données, un examen, prendre le temps de voir... moi j'ai tendance à voir le biopsychosocial, quand c'est en dehors des choses bénignes comme une éraflure ou une lacération, ou un mal de gorge, d'essayer de faire le tour le plus possible, s'assurer qu'on n'oublie rien, dans le contexte où l'accessibilité est réduite et que les patients n'ont pas la chance de pouvoir rencontrer des médecins souvent pour des problèmes qu'ils ont. (...) Pour revenir à votre question, une bonne utilisation des ressources passe par une bonne évaluation clinique. Ainsi, le choix*

*des examens diagnostiques est plus clair et on risque moins de faire un gaspillage de ressource en « allant à la pêche ». »*

Les critères de pertinence, d'utilité et de nécessité semblent être parmi les principaux critères d'influence sur sa prise de décision clinique.

*« Bien j'y pense. La pertinence, est-ce que c'est nécessaire, est-ce qu'il y a une alternative moins dispendieuse, est-ce que c'est justifié à son âge. »*

Par ailleurs, le cas02 dit avoir intériorisé, de manière indirecte, les contraintes budgétaires du système de santé. En effet, le cas02 est d'avis qu'au Québec, comme partout ailleurs en Amérique du Nord, les médecins ont toujours pratiqué une médecine défensive dans le but de réduire le risque médico-légal. Les examens diagnostiques ont donc toujours été très demandés par les médecins en première ligne. Les contraintes budgétaires du système de santé amènent des contraintes d'accès aux services. Ces dernières influencent sa pratique puisqu'il rapporte porter une plus grande attention à son utilisation des services diagnostiques et d'évaluer les priorités de ses requêtes de services en fonction de ses évaluations cliniques.

*« Bien indirectement, là encore en ayant moins accès aux examens diagnostiques par exemple. C'est sûr qu'on dépense moins en ayant moins d'examen de disponibles. Dans ce sens-là. Il faut essayer de trouver d'autres façons de trouver une réponse ou une solution. On a toujours été au Québec je pense, comme ailleurs en Amérique du Nord, on a toujours eu une pratique défensive où il fallait s'assurer de ne pas avoir... de pas être accusé de négligence par exemple, alors les examens diagnostiques étaient, dans la 1<sup>e</sup> ligne, maintenant on doit apprendre à se débrouiller par ses propres moyens et on se base plus sur la clinique. Dans ce sens-là, ça m'a influencé comme ça. »*

En fait, il dit devoir davantage fonder ses choix et ses prises de décisions cliniques sur une bonne évaluation clinique en premier lieu, donc d'être peut-être un peu plus à l'aveugle, suivant la disponibilité et l'accès limités aux services diagnostiques. Celui-ci précise que les problèmes liés à l'accès aux services, tels que les temps d'attente, font en sorte qu'il prend parfois l'initiative d'appeler lui-même le département concerné afin d'expliquer la situation et de demander un accès rapide au service nécessaire.

*« Non, c'est que bon, au départ, on fait un questionnaire, on fait un examen, on se fait des diagnostics différentiels, et à partir de la liste, on essaie de prouver par des examens diagnostiques si on est correct ou pas. C'est la dernière étape qui est un petit peu plus difficile à obtenir des fois. Alors il faut considérer notre évaluation clinique, il faut faire des choix, d'être un peu plus à l'aveugle en se disant on verra avec le temps ce qui va se passer, si on ne peut pas avoir les examens dans les délais qu'on avait avant. ... En tout cas, on ne peut pas se faire une idée de la gravité, je ne sais pas moi, un nodule au sein. Si j'ai un doute sérieux, c'est sûr que je vais faire les démarches pour avoir les examens et les consultations rapidement. Mais quand on a quelque chose qui ressemble à de la dysplasie,*

*ça n'a pas l'air d'être un nodule, mais bon, ça a l'air correct mais pas sûr, donc là il faut attendre, et dans ce sens-là il faut se surveiller sur l'évaluation. En tout cas moi je fais plus attention à mes examens diagnostiques. Et j'évalue les priorités, les demandes d'examens en fonction de ces évaluations-là. Parce que même en appelant, une mammo diagnostique ici par exemple, quand on dit diagnostique, c'est qu'il y a quelque chose à vérifier rapidement, ça peut aller à 4 mois d'attente. Ce qui est inacceptable, à mon sens. »*

Le cas02 dit que, de façon générale, les coûts n'exercent pas d'influence sur sa pratique. Toutefois, il avoue essayer de surtout porter son intérêt sur les médicaments qu'il prescrit et de penser aux coûts, mais toutefois en relation avec la pertinence. Il se questionne alors à savoir si le médicament est nécessaire, si une alternative moins dispendieuse est disponible et si l'utilisation est justifiée compte tenu de l'âge du patient

*« Bien j'y pense. La pertinence, est-ce que c'est nécessaire, est-ce qu'il y a une alternative moins dispendieuse, est-ce que c'est justifié à son âge. »*

Il s'informe souvent auprès des pharmaciens de sa communauté des coûts des médicaments.

Le cas02 fait une utilisation prudente des nouveaux médicaments, préférant être patient et avoir un certain recul quant à l'innocuité de ceux-ci. Ce comportement est présent depuis le tout début de sa pratique. Il préfère utiliser les médicaments plus âgés qu'il connaît bien et qu'il sait utiles.

*« Oui, j'ai toujours attendu. Ce que j'ai remarqué, je ne sais pas si on a des gènes différents des américains, mais il y a beaucoup de médicaments qui sont passés par les États-Unis avant d'entrer ici et qu'on a finalement après quelques mois ou rarement dépassé 2 ans au Canada qui ont été retirés. Que ce soit des médicaments pour perdre du poids, ou certains médicaments contre le cholestérol. Je ne sais pas qu'est-ce qu'on a, mais quand ça entre ici, tout d'un coup il se passe toutes sortes de choses et ils discontinuent le médicament. Donc moi, je suis plutôt prudent là-dessus, et quand ça fait 20 ans que le médicament existe et qu'on le connaît bien, je pense qu'on est mieux de rester avec celui-là. C'est ma façon de faire. J'attends de voir. »*

Il poursuit rapidement ces propos en parlant de la difficulté de faire une déclaration d'effets indésirables associés aux médicaments auprès de Santé Canada. Selon lui, très peu des effets indésirables observés par les cliniciens sont éventuellement déclarés. D'autant plus que les médecins ne sont pas rémunérés pour remplir un formulaire de déclaration d'effets indésirables. Il ne se fie donc pas aux données d'innocuité disponibles dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (CPS). Le cas02 préfère se fier à son expérience ainsi qu'à l'expérience de collègues et à la littérature.

*« L'autre chose aussi, c'est que c'est compliqué de faire un avis de réaction à un médicament, je ne sais pas si vous connaissez les démarches, mais c'est très compliqué. Exemple il y a une molécule qui s'appelle Lyrica, je ne sais pas si vous connaissez, aussitôt que ça a sorti, ça été la grande mode, une pilule extraordinaire pour les douleurs, etc. Sauf que moi j'ai eu un cas d'anémie grave, rapide, sans qu'on puisse trouver d'autre facteur que ce médicament-là, et quand on l'a arrêté, l'anémie s'est corrigée. Et... de le signaler, c'est compliqué. Il faut expliquer les circonstances, et telle personne, qu'est-ce qu'elle a comme problèmes de santé, les autres médicaments qu'elle prend, est-ce qu'on est sûrs qu'il n'y a pas eu autre chose qui pourrait entrer en ligne de compte. Il faut faire la déclaration, et ça c'est une déclaration qu'on envoie... on peut l'envoyer au centre de surveillance, mais généralement les compagnies aiment avoir aussi les informations. Ça devient compliqué. Tout ça pour dire que je pense que sur 100 effets secondaires observés par les cliniciens, il y en a peut-être 10 qui vont être déclarés. En conclusion, moi je ne me fie pas vraiment à ce qui est écrit dans le CPS ou ce que les... je me fie plus à mon expérience. (...) Et c'est probablement pour les raisons que j'évoquais, c'est que les médecins n'ont pas le temps, ne sont pas rémunérés pour ça non plus. C'est fastidieux d'entrer toutes les... répondre à toutes les questions, alors ils ne font pas les déclarations et ça fausse les statistiques. Tout ça pour dire donc que moi j'utilise les vieilles choses et je me tiens... je reste vigilant pour les effets secondaires, les expériences... l'expérience de mes confrères ou de ce qui est rapporté dans la littérature. »*

Le cas02 développe surtout ses commentaires en ajoutant qu'il y a place à des débats de société. Celui-ci est d'avis qu'il existe des besoins imminents de réagir à des problèmes qui ont des impacts importants sur les ressources et leur répartition ainsi que sur la qualité de vie des individus et ce, dans un contexte de vieillissement de la population et de rareté des ressources de la société. Il parle, entre autres, des conditions de vie des aînés (peu importe leur lieu de résidence), de l'assistance aux familles (aidants naturels) de personnes âgées ou handicapées, de l'euthanasie et enfin, du recours à des services extraordinaires (souvent hautement spécialisés et coûteux) pour le bénéfice de quelques membres de la société seulement. Selon le cas02, il revient à la société de prendre des décisions et de montrer les directives à prendre aux élus.

*« Moi, les commentaires, je dirais plus au niveau de débat de société global. Je pense aux conditions de vie des aînés dans les centres de soins prolongés, dans les familles d'accueil ou chez leurs proches. Je pense à la négligence du gouvernement face à l'assistance des familles, des premiers intervenants-là par rapport aux personnes âgées et handicapées, qui est tout à fait inadéquate à mon avis, au niveau financier et de support autre que monétaire. Je pense aux grands débats que sont l'euthanasie, l'assistance... une assistance... comment on peut dire ça... aider les gens à mourir. C'est des débats qui devraient se faire. Jusqu'où aussi on devrait aller dans les interventions extraordinaires. C'est une question qui peut se poser à mon avis, et qui se pose de plus en plus dans le contexte de pénurie financière, de pénurie de personnel. Quand on pense... est-ce qu'on a les moyens par exemple – c'est aussi bête que ça – de faire une greffe cœur/poumons qui va coûter des millions quand on a de la difficulté à fournir du papier de toilette normal et acceptable à une personne âgée en soins prolongés. Ou quand on n'est pas capables de s'occuper der personnes qui sont en*



*détresse psychologique parce qu'on n'a pas d'argent, ou... c'est aussi simple que ça. C'est des débats qui devraient se faire. Il y a des pays en Europe je pense – ça c'est trop drastique à mon goût – mais où les personnes âgées, par exemple dépassé 65 ans, je pense que c'était du temps de Ceaușescu, tu n'avais plus droit à l'ambulance par exemple. Je ne veux pas aller jusque là, mais je pense qu'il y a des questions qui se posent. Est-ce qu'on doit faire des interventions coûteuses ultra spécialisées qui vont sauver une personne? Par rapport à des interventions qui vont améliorer la qualité de vie de centaines de milliers ou de milliers de personnes. C'est une question qui peut se poser au niveau de la société. Et je pense que c'est à la société de prendre les décisions et de montrer les directions à prendre aux élus. »*

Ainsi donc, bien qu'il soit également important de conscientiser et de responsabiliser les médecins, il est tout aussi important de conscientiser et de responsabiliser l'ensemble du système de santé : décideurs politiques, administrateurs, gestionnaires, médecins et autres intervenants ainsi que la population. Une approche globale est indispensable et essentielle. En outre, il avoue que c'est bien de vouloir conscientiser les médecins mais ajoute être témoin de gaspillage des ressources à tous les niveaux du système : politique (macro), administratif (méso) et clinique (micro). De façon plus particulière, celui-ci aborde la politique des budgets fermés (et en silo) qui, selon lui, fait en sorte que les organisations dépensent les argents encore disponibles en fin d'année budgétaire afin de s'assurer que leur budget soit reconduit l'année suivante. Le cas02 est donc d'avis qu'il existe un laisser-aller au niveau administratif. Il témoigne que ceci amène toutes sortes de dépenses plus ou moins acceptables dans son établissement, tels que des travaux de peinture; dépenses qui par ailleurs n'amènent probablement pas grand chose à la population.

*« Sûrement, mais il y a tellement de gaspillage dans le système. Un travailleur social l'autre fois qui me racontait qu'il avait une journée de formation payée. Bon. À Chicoutimi ou Alma. Alors il a été libéré de sa journée, payé, il s'est rendu là-bas à 8h, ça a commencé à 9h30. Il y a eu un exposé présentant les personnes qui vont faire la présentation. Après une demi-heure, ils ont dit "bon, on va faire une pause santé," qui a duré une heure. Finalement, sur toute la journée, il y a eu une heure de présentation, dîner compris. Alors le dîner, la journée, la journée payée, les déplacements, les remboursements de frais de déplacement, c'est du gaspillage. Et du gaspillage, j'en vois plein comme ça. En tout cas, j'aurais plein d'autres exemples à vous donner. C'est bien de conscientiser les médecins sur la façon de prescrire, mais ça serait bien aussi de... d'arrêter de gaspiller et en particulier de réviser la politique des budgets fermés. Ça n'a aucun sens. Ici, il n'y a pas une année où ils ne font pas des travaux de peinture, qu'ils n'abattent pas un mur ou qu'ils ne refont pas telle chose... ça me parait quand même inacceptable-là. »*

Quant au niveau politique, le cas02 poursuit ses propos en se posant des questions sur la pertinence de la construction à grand coûts de deux **méga-CHU** à Montréal. Encore une fois, il se demande qu'est-ce que ça donne à la population.

*« Ça donne quoi à la population de faire ça? C'est tu vraiment indispensable de faire un méga hôpital à Montréal? Ça fait combien de milliards? On est rendus à combien de milliards de dépenses et qu'on n'a même pas commencé les travaux? Et qu'est-ce que ça donne à la population. »*

En plus, le cas02 déplore l'absence d'un système d'assurance de la qualité de la pratique (médicale ou décisionnelle) propre au système de santé. Il évoque le manque d'évaluation de la qualité médicale. À sa connaissance, le système de santé n'effectue pas de surveillance de la qualité des actes, de la capacité des professionnels d'effectuer certaines tâches. Celui-ci se dit également témoin de gaspillage au niveau de la pratique clinique et donne un bref exemple. Entre autres, il juge qu'un médecin qui voit 50 patients en 3 heures est une forme de gaspillage.

*« Je pense que ça, il faudrait regarder... il faudrait vérifier la qualité des actes, il faudrait s'assurer que ce qui... quand vous faites construire une maison, vous vérifiez les travaux, vous parlez avec le contracteur, s'il y a quelque chose qui n'est pas en règle vous lui demander de changer. Mais le système de santé, il n'y en a pas de surveillance, en tout cas moi (je n'en connais pas). Il y a plein de choses qui se font, et il n'y en a pas de surveillance. Les gens, quand ils font des visites, ils se ferment les yeux un peu. La qualité des actes, la capacité des gens à effectuer certaines tâches. Un médecin qui voit 50 patients en 3 heures, c'est difficilement explicable, mais il est payé quand même. C'en est du gaspillage. Un médecin qui a une prime de 20% parce qu'il est sur la liste d'urgence, mais qui n'en a jamais fait pendant 20 ans parce qu'il est remplacé par son mari, c'en est du gaspillage. »*

Le cas02 identifie le besoin d'un changement de mentalité dans le système de santé; un besoin de changer les façons d'agir aux trois niveaux du système. En parlant des médecins, il se demande si c'est nécessaire de gagner 200 000 \$ pour être heureux.

*« S'il y a plus de médecins, il va probablement y avoir plus de demande, plus de services, et plus ça va coûter plus cher, mais c'est peut-être de changer la mentalité... la façon d'agir; est-ce que c'est nécessaire de faire 200 000\$ par année pour être heureux? »*

Selon lui, les modalités organisationnelles du système de santé sont fondées sur la quantité et non sur la qualité. La productivité en clinique ne devrait pas être définie en termes de quantité de patients vus dans une journée de travail, mais plutôt en termes de la qualité des actes médicaux et des résultats à long terme de ceux-ci. Toutefois, il ne croit pas que la qualité des actes et les résultats à long terme figurent présentement parmi les critères d'évaluation du gouvernement quant à l'efficacité du système de santé.

*« On peut peut-être faire... la productivité, c'est pas nécessairement le débit en termes de quantité de personnes qu'on a vu dans une journée, mais la qualité des actes, les résultats à long terme que ça va donner. Je pense que c'est comme ça qu'il faut évaluer. Mais présentement, c'est pas dans les critères d'évaluation, à ce que je sache, du gouvernement, au niveau de l'efficacité du système de santé. »*

De plus, au niveau organisationnel (ou institutionnel), le cas02 rapporte que, dans son établissement, les cadres ont droit à des primes de rendement en fonction de certains critères d'efficacité tels que des coupures de personnel et la libération de l'employeur de son obligation face aux individus après deux années de congé maladie. Selon lui, ce n'est une façon d'être efficace, particulièrement lorsque l'ensemble des employés se plaint du climat de travail.

*« Ici, tous les cadres ont des primes de rendement quand ils coupent du personnel et que les gens après 2 ans de congé de maladie sont libérés de l'employeur... c'est pas une façon d'être efficace et de mériter une prime de rendement quand tous les employés se plaignent du climat de travail. C'est une question de mentalité. »*

Au niveau clinique, le cas02 croit qu'il pourrait y avoir plus de médecins qui prennent le temps de bien faire les choses et ceci, sans nécessairement que ça coûte plus cher au système ni que ça augmente le nombre de consultations.

*« Moi je pense qu'il pourrait y avoir peut-être plus de médecins qui prennent plus le temps de faire les choses, ça coûterait pas nécessairement plus cher, et il n'y aurait pas nécessairement plus de gens qui consulteraient. »*

En effet, tel que mentionné plus tôt, les structures de rémunération pourraient être responsables d'une certaine utilisation des services médicaux généraux qui, aux yeux du cas02, apparaît peut-être moins bonne, moins appropriée. Celui-ci dit connaître, pour en avoir entendu parler, la tendance fréquente dans la pratique selon laquelle les médecins ne considèrent qu'un seul symptôme médical ou problème de santé par visite. Le cas02 est d'opinion que certains changements imposés dans la pratique des médecins de famille permettraient de traiter plusieurs problèmes de santé. Il précise par ailleurs qu'il s'agit non seulement d'une question d'acte médical (rémunération) mais surtout d'une question de mentalité. Il pourrait initialement s'agir, à la rigueur, de faire une sélection des futurs étudiants en médecine en les questionnant davantage sur leur façon de voir la médecine par exemple.

*« Et ce qu'on voit, ce qui a tendance à se faire aussi dans la pratique, pour l'avoir entendu dire, c'est que les médecins souvent vont s'occuper d'un seul problème. (...) C'est sûr que c'est plus facile, c'est plus payant aussi, parce que deux examens ordinaires, c'est plus payant qu'un examen complet. (...) Je ne pense pas que ce soit juste une question d'acte, c'est une question de mentalité. Et je reviens encore à ce que je disais la dernière fois, le travail devrait peut-être se faire initialement dans les sélections que font les facultés de médecine avant l'entrée des futurs étudiants, sur ce qu'ils sont, leur façon de voir la médecine, leur façon de travailler. »*

Enfin, le cas02 ajoute que la société doit être conscientisée sur les choses que les individus peuvent faire de leur côté pour être en santé et ce, afin de ne pas toujours se reposer sur l'utilisation de services médicaux traditionnels, alternatifs ou naturels, de médicaments et autres.

*« De concert avec la conscientisation de la population, de choses que eux peuvent faire de leur côté pour être en santé et ne pas toujours se reposer sur un médecin ou une pilule d'herbe ou un homéopathe ou un acupuncteur ou etc. »*

Le cas02 considère les contraintes d'accès aux services comme un des principaux conflits de valeurs entre la société et le médecin de famille. Il mentionne qu'il fût un temps où c'était les services d'urgences qui permettaient aux individus d'avoir un accès rapide aux médecins et d'être éventuellement pris en charge. L'accès à l'urgence a par la suite été limité suite au contexte de débordement des services d'urgence. Le cas02 est sous l'impression que maintenant c'est tout comme si le médecin de famille était devenu en quelque sorte un peu comme le goulot de l'entonnoir pour entrer dans le système de santé et avoir accès aux services. À ses yeux, il est déprimant de travailler dans le système de santé actuel puisque que les médecins ne peuvent plus pratiquer comme avant, voir les patients qu'il juge nécessaire ou avoir accès à des examens diagnostiques dans des délais raisonnables, voire acceptables sur le plan déontologique. Encore une fois, le cas02 laisse sous-entendre l'importance du code de déontologie des médecins.

*« Bien... En tout cas moi, je pense que... je ne sais pas si ça répond à la question, mais le médecin, c'est un peu comme le goulot de l'entonnoir pour entrer dans le système de santé. On limite l'accès. À un moment donné, c'était l'urgence qui permettait aux gens de voir un médecin rapidement et éventuellement d'être pris en charge. Il est venu un moment donné où on limitait l'accès à l'urgence parce qu'elle était débordée, alors je ne sais pas comment... moi je trouve que pour travailler dans le système de santé, c'est déprimant, parce qu'on ne peut pas faire ce qu'on veut. On ne peut plus faire comme avant ou voir les gens qu'on veut, ou passer des examens dans des délais raisonnables, ou acceptables déontologiquement. »*

## Histoire de vie du cas03

### Histoire de vie personnelle et trajectoire professionnelle<sup>11,12</sup>

Le cas03 est né et a grandi dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Il vient d'une famille de quatre enfants. Tous ont une formation universitaire professionnelle, dont deux en médecine et deux dans des domaines non liés à la santé. Les parents du cas03 sont tous deux professionnels de la santé, mais n'exercent pas la profession de médecin. Il rapporte la présence de beaucoup de professionnels dans la famille étendue dans des domaines tels que le génie, le droit et l'industrie pharmaceutique. Il y a également la présence de personnes pratiquant la médecine.

*« Mon père est (...), ma mère est (...) et dans ma famille, du côté de ma mère et de mon père, il y a beaucoup de professionnels, alors... soit en génie ou soit en médecine. Il y a des gens aussi en droit et en industrie pharmaceutique. »*

Entre autres, le cas03 précise avoir quatre membres de la famille maternelle qui sont médecins spécialistes dans différents domaines.

*« Moi quand j'ai fait mon entrée en médecine, il y avait des gens en médecine, dans la famille de ma mère, et c'était des spécialistes en (...). »*

Le cas03 parle un peu de sa propre vie de famille. Tout comme lui, sa conjointe est originaire de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Elle possède une formation en médecine. Ils ont d'ailleurs fait leurs études médicales ensemble. Ils sont mariés et ont un enfant.

Parmi les événements marquants de sa vie personnelle, le cas03 fait mention d'un problème de santé. Il semble évident que la vie professionnelle du cas03 et de sa conjointe a dominé leur vie personnelle pendant plusieurs années. En fait, le cas03 laisse sous-entendre un don de soi important au courant de sa carrière professionnelle; un don de soi l'ayant amené à faire un oubli de lui-même. Il en a été de même pour sa conjointe. Ceci a éventuellement eu des répercussions sur leur état de santé et la vie familiale. Ils ont tous deux développé un problème de santé qui les a forcés de prendre un congé sabbatique de plusieurs mois.

---

<sup>11</sup> L'entrevue a eu lieu à la clinique médicale privée de groupe, qui est le lieu principal de pratique du cas03. Il a donc été possible pour la chercheuse principale (intervieweuse) de visiter l'organisation ainsi que la communauté (municipalité) où celle-ci se situe.

<sup>12</sup> Pour les besoins du projet de recherche, seul le lieu principal de pratique du cas03 au moment de l'entrevue, ainsi que le quartier, la communauté (ville, municipalité ou arrondissement) et le territoire de RLS où se situe le lieu principal de pratique, sont décrits de façon plus ou moins détaillée.

Parmi ses loisirs en dehors de son travail, le cas03 mentionne pratiquer une activité sportive durant la saison hivernale. De plus, à chaque semaine et en compagnie d'autres personnes, il s'occupe de montrer la pratique de cette activité sportive à une vingtaine d'enfants et à les familiariser à la compétition.

*« Oui, je m'occupe des petits enfants, initiation à la compétition. (...) On est 3 ou 4 moniteurs et on a un groupe d'une vingtaine, 20-25. C'est le fun. »*

Le cas03 a des relations sociales personnelles avec d'autres médecins. En effet, il rapporte avoir bien des amis médecins autour de lui et sa conjointe.

*« On a bien des amis médecins autour de nous autres. »*

Ils ont également des amis médecins qui pratiquent dans une autre région du Québec.

*« J'ai des copains qui ont fait un GMF dans le coin de (...), (...) et (...), c'est un couple de médecins et ils ont une pratique qui ressemble à la nôtre. »*

Le cas03 confie avoir hésité dans son choix de sa carrière entre la médecine et le génie. Il a plutôt fait un choix stratégique en se disant qu'il est plus facile d'aller en médecine en premier lieu et de changer pour le génie si jamais il n'aime pas la médecine que de faire l'inverse, soit d'aller d'abord en génie puis de changer en médecine s'il n'aime pas le génie. Le cas03 a finalement aimé la médecine.

*« Mon choix, j'hésitais entre le génie et la médecine. Je me suis dit je vais aller en médecine, c'est plus facile de retourner en génie par la suite que d'aller en génie et de retourner en médecine si je n'aime pas ça. Et j'ai aimé la médecine. »*

Celui-ci précise cependant qu'il se sentait attiré par tout ce qui touchait la biologie et la santé depuis qu'il était très jeune.

*« Moi depuis que j'étais jeune, j'avais beaucoup, beaucoup de... j'étais très très attiré par tout ce qui était biologie, santé... c'était déjà là. »*

Le cas03 allègue une influence parentale et familiale dans son orientation vers des études universitaires. En outre, il a reçu une éducation à l'école privée. Celui-ci soutient par ailleurs qu'il a grandi dans un milieu où les études universitaires étaient très importantes. Il savait donc d'emblée qu'il irait faire des études universitaires.

*« Ce qui fait qu'on était tous dans un domaine où les études universitaires étaient très importantes. Et moi d'emblée, je savais que j'allais aller à l'université. »*

Cela dit, l'influence parentale était davantage au niveau de la réussite d'études universitaires puisque, selon les dires du cas03, il n'y avait pas de pressions spéciales pour diriger les enfants vers

une carrière en médecine. La profession médicale était néanmoins perçue comme une profession prestigieuse (« *glamour* » pour utiliser les mots du cas03) et qui avait une belle visibilité.

*« C'était plus pour les études universitaires. C'est sûr qu'il y avait... la médecine c'était vu comme une profession qui était... une profession "glamour" si on peut dire, qui avait une belle visibilité, mais il n'y avait pas de pression spéciale pour aller là. »*

On fait ici allusion au statut social que la profession de médecin amène à l'individu et qui découle fort probablement de la richesse matérielle ou financière (capital économique) et de l'utilisation du titre de médecin (capital culturel). Ceci désigne donc du capital symbolique puisque que ça possède une reconnaissance particulière au sein de la profession médicale et de la société.

Le cas03 a dû quitter la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean à la fin de ses études collégiales afin de poursuivre ses études universitaires dans la région de la Capitale-Nationale. Le cas03 est détenteur d'un doctorat en médecine de l'Université Laval et a complété deux années de résidence en médecine familiale à la même université. Il fût parmi les premiers contingents à suivre le programme de résidence en médecine familiale de l'Université Laval. Il a fait le choix de la médecine familiale puisqu'il juge que ce type de médecine est plus intéressant que la médecine spécialisée. Celui-ci prétend qu'il éprouvait de la difficulté à maintenir ses efforts et sa concentration dans un seul domaine. Le cas03 semble ainsi faire implicitement allusion au domaine de pratique limité de la médecine spécialisée. Il pense donc qu'il se serait ennuyé.

*« Je trouve que c'est plus intéressant qu'une spécialité. J'avais de la difficulté à me concentrer juste dans un domaine et pousser uniquement dans un seul domaine, je pense que je me serais ennuyé. »*

Le cas03 parle de trois événements marquants de sa formation en médecine. En premier lieu, il rapporte avoir réalisé un petit projet de recherche sur les soins à domicile pendant sa formation postdoctorale en médecine familiale. Celui-ci soutient s'être beaucoup servi de l'expérience et des connaissances acquises dans ce projet au niveau de l'organisation des services de soins de maintien à domicile offerts à sa clinique.

*« Des événements marquants qui ont influencé ma pratique. Quand j'étais en résidence de médecine familiale, j'ai fait une étude sur les soins à domicile, c'était un petit projet d'étude, comment organiser un réseau de soins à domicile à partir d'une UMF. Eux autres ne s'en sont pas tellement bien servi, mais moi je m'en suis servi beaucoup après, j'ai organisé ma pratique beaucoup au niveau des soins à domicile. »*

En deuxième lieu, le cas03 fait mention d'un événement marquant survenu au cours de sa formation postdoctorale à l'époque où les résidents devaient faire des gardes de 24 heures aux 2 ou 3 jours,

selon les départements. Il raconte en riant avoir même accepté une fois de changer sa garde pour rendre service à un collègue résident qui devait assister à un mariage et d'être finalement resté 72 heures de temps au CH. Le cas03 s'était alors dit ça ne lui arriverait plus jamais. Celui-ci commente d'ailleurs que « *c'était l'enfer* » les gardes suivant le peu de sommeil la nuit ainsi que les appels nocturnes et l'obligation de faire les stages durant la journée du lendemain.

*« Il y a eu un événement marquant aussi quand j'ai fait mon stage en obstétrique à (...), on était de garde 24 heures aux 2 jours. Et j'avais changé ma garde avec un copain parce qu'il devait aller à un mariage, alors j'avais été 72 heures de temps à l'hôpital, ça je m'étais dit que ça ne m'arriverait plus jamais. (rire) On dormait un petit peu la nuit, mais on était appelés la nuit... non, c'était l'enfer, ça. »*

Qui plus est, cet événement l'avait marqué au point tel qu'il s'était impliqué par la suite afin de défendre les intérêts des résidents en médecine. Il se qualifiait de syndicaliste. Ceci lui avait rendu la vie difficile mais il a tenu son bout.

*« Après ça, moi j'étais devenu... chef interne et je défendais les intérêts... j'étais rendu syndicaliste. Mes résidents et vous ne vous présentez pas après les gardes et... eh simonac, j'ai eu... je me suis fait créper le chignon, mais j'ai tenu mon bout. »*

En troisième et dernier lieu, et il s'agit là d'un point intéressant, le cas03 rapporte que, tout au long de sa formation en médecine, il avait souvent le sentiment qu'il existait une discordance entre ce qui se faisait auprès des patients sur le terrain et ce qui était donné comme directives par les spécialistes ou autres. En fait, le cas03 dit avoir toujours été interpellé par la discordance qui semble exister entre la pratique clinique et les recommandations de consensus et de directives cliniques. Il ajoute ensuite en riant avoir toujours été quelque peu aux aguets de faire la différence entre la science et l'art.

*« Puis... il y a eu... un peu comme on disait tout à l'heure, au niveau des études, j'ai le sentiment qu'il y avait souvent une discordance entre ce qui se faisait auprès des patients au niveau terrain et ce qui était donné comme consensus et directives par les spécialistes ou les... alors ça, ça m'a toujours interpellé, j'ai toujours été un petit peu aux aguets de faire la différence entre la science et l'art. (rire) »*

Le cas03 est éventuellement revenu habiter dans sa région d'origine à la fin de sa formation pour y débiter sa pratique médicale. Celui-ci pratique la médecine familiale principalement en clinique médicale privée depuis 26 ans au moment de l'entrevue. Dans les faits, il pratique dans une clinique médicale privée de groupe qu'il a fondé dès le début de sa carrière médicale en partenariat avec une collègue avec qui il est proche. Un troisième et un quatrième médecins de famille se sont joints à eux, cinq et dix plus tard respectivement. Néanmoins, un des médecins de famille (le troisième à s'être joint à la clinique) a éventuellement cessé de pratiquer à la clinique au milieu des



années 2000. La pratique des soins de maintien à domicile est un de ses champs d'intérêts particuliers et occupe d'ailleurs une place très importante dans la pratique du cas03 depuis le tout début de sa carrière. Il possède également deux autres champs d'intérêts particuliers.

Le cas03 a effectivement eu une pratique de type généraliste (urgence, hospitalisation et bureau) dans les huit premières années de sa pratique médicale. De plus, il offre des services de soins de maintien à domicile depuis le tout début de sa pratique médicale.

*« Au début on faisait de l'urgence, de l'hospitalisation, et on s'occupait du bureau ici. On a commencé à faire des visites à domicile dès le départ. »*

Il souligne avoir touché à toutes sortes de pratique au courant de sa carrière incluant, entre autres choses, l'urgence, l'hospitalisation, l'assistance opératoire et la médecine industrielle.

*« Moi je fais le même type de travail ici, ça n'a pas changé bien gros depuis que j'ai commencé en (...), sauf qu'on a fait toutes sortes d'affaires. On a fait de l'assistance opératoire, de l'urgence, de l'hospitalisation, de la médecine industrielle, on a tout essayé. »*

Le cas03 a commencé à s'impliquer dans l'enseignement auprès de résidents environ cinq ans après avoir débuté sa pratique. La clinique médicale était affiliée au département de médecine familiale d'une université en tant qu'unité extérieure. En outre, il a été sept ans dans le Comité de programme. En tant que professeurs d'enseignement clinique, lui et ses collègues recevaient deux résidents en médecine familiale à la fois pour une période de trois mois. Le cas03 a éventuellement arrêté de pratiquer l'hospitalisation et l'urgence au début des années 1990 pour se concentrer beaucoup au niveau de l'enseignement et ce, tout en continuant de développer les services cliniques et les services de soins de maintien à domicile. Ils ont participé à l'enseignement pendant huit ou neuf ans, si sa mémoire est bonne, pour finalement arrêter leurs activités d'enseignement au milieu des années 1990.

*« Après ça on a fait de l'enseignement pour l'Université (...); on était une unité extérieure, on recevait des résidents-2 en stage. Des stages de trois mois, on avait deux résidents à la fois. (...) Alors on a arrêté de faire de l'hospitalisation pour se concentrer beaucoup au niveau de l'enseignement, et à ce moment-là on en a fait pendant je pense 8 ou 9 ans et les visites à domicile et développer le bureau ici. »*

Les mesures d'attraction des médecins en région éloignée du gouvernement du Québec, telles que les incitations financières, ont exercé une influence sur le choix de sa région de pratique. En effet, celui-ci avait bénéficié d'une bourse liées à l'obligation de pratiquer pendant une année en région éloignée. Lui et une collègue de classe avec qui il est proche avait d'abord pensé qu'ils

pourraient peut-être pratiquer dans la région de la Gaspésie, mais des amis communs y avaient vécu des expériences professionnelles difficiles et plusieurs avaient alors décidé de retourner aux études ou de revenir en région urbaine. Le cas03 et sa collègue se sont donc tournés vers la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Il est venu à leur attention que la mairesse d'une certaine communauté de la région faisait des pressions au gouvernement afin de recruter un médecin.

*« On avait pris une bourse d'éloignement. (...) et il y avait un groupe d'amis qui étaient allés en Gaspésie, qui sont partis avant nous deux parce qu'eux avaient fait l'internat rotatoire. Et ils ont trouvé ça vraiment difficile, la Gaspésie, parce qu'il n'y avait pas beaucoup d'encadrement et la plupart avaient décidé soit de retourner aux études ou de revenir, alors on s'est dit on va changer notre fusil d'épaule et là on s'était rendu compte qu'il y avait des gens, la mairesse à ce moment-là de (...) faisait des pressions gouvernementales pour avoir un médecin ici. Alors on a fait des démarches et on s'est dit "on va retourner dans notre patelin. C'était plus intéressant." »*

Le défi et l'opportunité de partir quelque chose à leur goût, de fonder leur propre clinique d'omnipratique de groupe selon leurs préférences, a exercé une influence déterminante sur le choix de la communauté de pratique du cas03. En compagnie d'une collègue, ils étaient venus rencontrer la mairesse. Ils avaient alors visité la communauté et noté l'absence de services de santé. Il y avait bien un médecin pratiquant dans une clinique privée en solo mais ce dernier éprouvait certaines difficultés personnelles. La communauté leur semblait donc très intéressante. Ils ont alors entamé des démarches afin d'obtenir une bourse d'éloignement.

*« Et en regardant... on est venus visiter (...), et il y avait un médecin qui pratiquait ici, mais il avait certaines difficultés personnelles, alors on s'est dit on va pouvoir vraiment partir quelque chose à notre goût. Il n'y avait rien, il n'y avait pas de clinique, il n'y avait rien, rien, rien. Alors ça été vraiment le défi de partir quelque chose à notre goût. Ça nous a vraiment intéressés, alors on a rencontré le directeur de l'hôpital ici, le DSP qui était Dr (...) à l'époque et tout ça pour nous faire des lettres, et ça été accepté au Ministère. Et on est venus ici. On avait une bourse pour un an, et après ça on est restés; on aimait ça. »*

Le cas03 se dit chanceux puisqu'il vient d'une famille où il y a beaucoup d'entrepreneurs. Il a donc bénéficié de quelques exemples. Il s'était d'ailleurs quelque peu intéressé à ce sujet, mais ça demeure peu évident. En effet, il souligne qu'il existe un gros aspect administratif à être propriétaire ou associé d'une clinique privée. La gestion est de plus en plus compliquée, d'où l'importance d'avoir un bon support administratif et secrétaire. À ceci s'ajoute la gestion du personnel. Le cas03 affirme n'avoir reçu aucune formation sur les notions d'administration, de comptabilité et de gestion des ressources humaines durant son éducation médicale prédoctorale et sa formation

postdoctorale en médecine familiale. Il n'avait également reçu aucune notion d'architecture; notion qui aurait été fort utile pour la création des plans de la clinique médicale. Tout ceci peut faire en sorte que les médecins hésitent à devenir entrepreneurs.

*« Et ça c'est une autre affaire. En tant que médecin... moi quand j'ai eu à m'établir, j'avais aucune notion d'administration. J'avais aucune notion d'architecture et aucune notion de comptabilité. Et il a fallu que je m'ouvre une clinique. Il a fallu que je fasse des plans pour ma clinique, il a fallu que... quand mes secrétaires, j'ai engagé mes secrétaires, il a fallu que je leur dise ce qu'elles allaient faire... Il a fallu gérer les ressources humaines, ça... Il n'y a pas de formation à ce niveau-là vraiment. Et après ça on voudrait que les médecins s'en aillent comme entrepreneurs. Moi je suis chanceux, je viens d'une famille où il y en a beaucoup des entrepreneurs. Alors je peux avoir certains exemples, et je m'étais intéressé à ça un petit peu, mais c'est pas évident. »*

Le cas03 fait mention d'une expérience professionnelle marquante de sa pratique en médecine. Il relate un événement qu'il a vécu dans le mois précédent l'entrevue. Une de ses patientes s'inquiétait de l'état de santé de son mari et avait demandé à brûle-pourpoint au cas03 s'il pouvait le voir. Le cas03 avait accepté même si l'individu en question n'était pas un de ses propres patients. Il dit avoir accepté, entre autres, parce qu'il connaît bien l'épouse de l'individu. Le cas03 a diagnostiqué un infarctus du myocarde et a immédiatement envoyé l'homme aux services d'urgence les plus proches. Il lui a sauvé la vie. Le cas03 se dit conscient de la lourde conséquence qui aurait pu résulter d'un refus de voir cet individu.

*« Oui. C'est pas facile, il y a un mois, je contais ça, il y a une madame que je vois et je sais que la madame... on connaît les gens, c'est pas des gens qui demandent beaucoup, elle est là et elle me dit "Dr (...), verriez-vous mon mari?" Il n'avait jamais consulté, je n'avais même pas de dossier à son nom, c'était pas mon patient. Elle a dit "il est dans la salle d'attente et je pense qu'il a une grippe." Et je connais la madame. J'ai dit "oui, oui, allez le chercher." Le monsieur faisait un infarctus. On l'a envoyé à l'hôpital. Maintenant j'ai un nouveau patient... "Eh, vous m'avez sauvé la vie, ils m'ont dit ça à l'hôpital." Mais si j'avais dit non... Il serait mort. Alors c'est lourd, ça. »*

En terminant, il est important de souligner certains traits de personnalité que le cas03 mentionne explicitement au cours de l'entrevue. Celui-ci se caractérise comme étant une personne indépendante d'esprit. Il juge d'ailleurs que cette caractéristique de sa personnalité explique probablement son choix de la communauté où ils ont fondé la clinique médicale et où, de surcroît, ils habitent.

*« Pour être ici à (...)... il faut être un petit peu indépendant d'esprit, hein? »*

Il est depuis toujours aux aguets de faire la différence entre la science et l'art.

*« J'ai toujours été un petit peu aux aguets de faire la différence entre la science et l'art. (rire) »*

Le cas03 a un tempérament d'entrepreneur et démontre que l'éthique guide son action. Il mentionne les offres que faisaient certains pharmaciens propriétaires aux médecins pratiquant ou désirant pratiquer dans des cabinets privés. En effet, certains pharmaciens propriétaires offraient gratuitement un espace locatif, les réparations locatives ainsi que le support secrétaire et administratif. Les médecins n'avaient qu'à prescrire. Le cas03 précise que lui et ses collègues ont toujours refusé ce genre d'offre et ce, pour deux raisons. En premier lieu, le cas03 se dit entrepreneur. En deuxième lieu, tout ceci ne lui semblait pas éthique. Ses obligations découlant de son éthique professionnelle, donc du code de déontologie du CMQ, sont donc

*« Et là, les pharmaciens qui avaient des pharmacies, qui étaient des bons entrepreneurs, avant offraient des bureaux aux médecins et disaient "inquiète-toi pas, je vais m'occuper de tout; tu vas avoir une secrétaire, tu vas avoir un bureau, toutes les réparations vont être faites, assis-toi là, prends ton crayon, prescrist". Moi j'ai jamais fait cette entente-là, parce que je me disais... moi je suis un entrepreneur, je me disais c'est pas vraiment éthique et tout ça... »*

Point intéressant, le cas03 semble démontrer une bonne dose d'entrepreneuriat dans lui. Ses intérêts pour l'entrepreneuriat, et de ce fait son tempérament d'entrepreneur, est évident tout au long de l'entrevue, par exemples lorsqu'il parle de la fondation de la clinique médicale, de la mise en œuvre d'une clinique spécialisée dans un de ses champs d'intérêt, de ses liens avec les compagnies pharmaceutiques et de sa collaboration étroite avec la seule pharmacie de la communauté. Ceci est également évident lorsqu'il aborde l'influence des modalités organisationnelles du système de santé sur la pratique médicale. Qui plus est, il tient à son autonomie professionnelle et entrepreneuriale, tandis que la clinique médicale est excessivement bien organisée, telle une PME. Il a d'ailleurs des entrepreneurs dans sa famille (immédiate et étendue). Il semble donc que le cas03 avait peut-être des dispositions innées et acquises par l'expérience personnelle pour entreprendre ou pour les affaires.

## **Pratique professionnelle actuelle**

Le cas03 pratique maintenant uniquement dans une clinique médicale privée de groupe à temps plein. Dans les faits, celui-ci travaille à la même clinique depuis le tout début de sa pratique médicale; c'est-à-dire la clinique que lui et une collègue ont fondé après leur formation médicale.

Le cas03 travail à la clinique à raison de cinq jours par semaine. Sa semaine de travail se partage à part égale entre le bureau et les visites à domicile, à raison de cinq demi-journées chacun. Le cas03 se réfère toujours à ses deux collègues médecins de famille pratiquant à la clinique en tant qu'associés. Les trois médecins de famille ne sont pas propriétaires des locaux de la clinique médicale, mais plutôt locataires. L'ensemble des frais de bureau (loyer, salaire des employés, etc.) est partagé à parts égales entre les trois médecins de famille pratiquant à la clinique.

*« Non, on est locataires ici. Ça ne nous intéressait pas d'être propriétaires. »*

Le paiement à l'acte est unique mode de rémunération du cas03.

Il aborde ses responsabilités face à son organisation de pratique et à l'équipe. Le cas03 parle de la pratique d'équipe à la clinique de groupe pour le partage des gardes pour le sans rendez-vous et des tours de garde pour les services offerts en collaboration avec le CLSC de l'établissement CSSS du territoire. Il fait du sans rendez-vous une demi-journée par semaine et est de garde une semaine sur trois (incluant les soirs et la fin de semaine). Le cas03 affirme avoir offert des services cliniques à des heures défavorables (deux soirs par semaine) pendant près de 17 ans, mais il a arrêté depuis car il prenait de l'âge.

*« Mon horaire, c'est divisé en 5 jours, 5 jours de semaine. La moitié du temps, je fais des visites à domicile, l'autre moitié je fais du bureau. Ça ressemble beaucoup à ça. Les fins de semaine quand je suis de garde, je réponds à mes appels. On a travaillé longtemps de soir, je pense que c'est jusqu'en 2000, je travaillais un jeudi soir et un... c'était le mardi et jeudi que je faisais, je pense. Et après ça on a arrêté de travailler le soir. Parce que là on commençait à vieillir. »*

On peut voir que le cas03 fait mention de ses responsabilités face à l'équipe médicale de l'organisation (clinique) pour le partage des tâches cliniques. Toutefois, comme il a fondé la clinique et qu'il est co-associé de l'organisation, c'est comme avoir alors des responsabilités pour sa PME.

Au moment de l'entrevue, trois médecins de famille pratiquent à temps plein à la clinique médicale. L'organisation offre des services de sans rendez-vous les lundis, toute la journée. Elle est fermée les soirs et la fin de semaine. Chaque médecin de famille dispose d'un prescripteur électronique ZoomMed dans leur bureau. Il s'agit d'un petit ordinateur portable (de poche) avec une petite imprimante qui permet aux médecins d'effectuer et de transmettre électroniquement leurs ordonnances de médicaments. Les pharmaciens peuvent ainsi accéder, au moyen d'un lien sécurisé, à ces informations en ligne par la saisie d'un code-barres unique apparaissant sur chacune des copies

signées par le médecin. Le cas03 avoue que l'arrivée à la clinique du nouveau prescripteur électronique ZoomMed est plutôt relativement récente. Le système n'est donc pas totalement fonctionnel au moment de l'entrevue. La clinique médicale est très bien organisée. En fait, la plupart des tâches administratives et secrétariales semblent être réalisées par une équipe bien rôdée de personnel de soutien. Il y a cinq secrétaires avec des tâches bien spécifiques pour soutenir les trois médecins de famille. Entre autres choses, ce sont les secrétaires qui trouvent les spécialistes, font les appels pour les demandes de références et essaient de prendre des ententes pour les cas plus urgents.

*« Référent, c'est de la job, là. Parce qu'il y a bien des fois où ils faut travailler fort, mais on a une équipe de secrétaires exemplaire, et elles sont... on leur donne beaucoup d'autonomie, alors quand c'est le temps de retracer un spécialiste, elles vont être capables d'appeler, d'appeler les secrétaires des spécialistes et essayer de prendre des ententes pour les patients quand c'est vraiment quelque chose qui doit être fait rapidement. »*

Une secrétaire s'occupe notamment des services de soins de maintien à domicile. Elle gère la liste des patients, s'assure de la fréquence du suivi à domicile, organise et planifie les visites, prépare les dossiers médicaux et la trousse du médecin de famille pour les visites à domicile et enfin, réalise la transcription des notes de consultation enregistrées avec un dictaphone.

*« Moi j'ai une secrétaire, on a fait faire un petit programme informatique, tous les gens qui sont à domicile sont sur le programme, c'est elle qui distribue les secteurs, et elle s'assure du suivi, à quelle fréquence ils ont été vus, elle appelle tout le monde qui doivent être vus, elle vérifie avec eux autres s'ils ont besoin d'être vus. S'il y a des urgences, tous mes patients savent qu'il faut qu'ils appellent (...), c'est elles qui s'occupe des visites à domicile, elle m'en reparle, on les rajoute. Moi j'arrive, j'ai une liste... des fois je la croise là et elle dit "j'ai un petit peu de misère, si j'en mets peut-être un petit peu plus la liste, pensez-vous que vous allez être bon pour faire ça?" Ok, là je sais que j'en ai plus, je vais commencer plus de bonne heure, mais tout est sorti, les dossiers sont là, pouf pouf, moi je prends mes affaires. J'ai une secrétaire qui s'occupe que ma trousse à domicile soit toujours complète, tous les papiers, les affaires, de temps en temps il m'en manque, j'en rajoute, mais... alors là moi je prends mes affaires, j'entre dans mon char et je pars. (...) Et moi je dicte mes dossiers, j'utilise mon dictaphone, il ressemble à ça, pour chaque patient, je sors, je dicte, c'est tout, c'est fini. »*

La clinique médicale privée de groupe est à la même adresse depuis sa fondation. Le bâtiment de la clinique est contigu à une ancienne maison qui donne sur la rue principale. La clinique est située dans une municipalité agricole qui fait partie d'un des plus importants territoires de RLS de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. La population de la municipalité représente environ 5 % de la population totale du territoire. D'autre part, la population territoriale du RSL représente près du quart de la population totale régionale. En comparaison à l'ensemble du

territoire, la municipalité se caractérise principalement par une population plus jeune et moins scolarisée. Selon les données sociodémographiques et socioéconomiques du recensement 2006, près de 25 % de la population de la municipalité est âgée de moins de 18 ans et plus de 21 % des adultes âgés de 25 à 64 ans habitant dans la municipalité ne détiennent aucun diplôme, certificat ou grade. Concernant le territoire de RSL, selon les données sociodémographiques du recensement 2006, un peu plus de 18 % de la population du territoire est âgée de moins de 18 ans, 65 % a entre 18 et 64 ans tandis qu'un peu moins de 17 % a 65 ans et plus. Les données socioculturelles du recensement 2006 indiquent que le français est la langue parlée à la maison par la quasi-totalité de la population. Il n'y a d'ailleurs qu'une très faible proportion d'immigrants sur le territoire (environ 1 %). Les données socioéconomiques du recensement 2006 indiquent, quant à elles, qu'un peu plus de 13 % des adultes âgés de 25 à 64 ans du territoire ne détiennent aucun diplôme, certificat ou grade. Il s'agit là d'individus faiblement scolarisés. Par contre, légèrement plus de 13 % des individus du même groupe d'âge sont fortement scolarisés, détenant un diplôme universitaire. Le revenu moyen après impôt de la population de 15 ans et plus était de 22 906 \$. Le territoire enregistrait un taux de chômage supérieur à 11 % pour la semaine ayant précédé le jour du recensement (16 mai 2006). Selon l'Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007, 18 % des adultes résidant sur le territoire affirment ne pas avoir un médecin de famille.

Le bâtiment où se trouve la clinique médicale est à un coin de rue d'une intersection importante de la communauté. Le quartier où se trouve la clinique est surtout commercial, avec des zones résidentielles dans les rues derrière la rue principale. Il y a plusieurs commerces et services. Il y a également des écoles primaire et secondaire. Plusieurs maisons, bien que vieilles, ont été rénovées et sont bien entretenues. Il y a également des maisons dont la construction est plus ou moins récente. Un peu plus loin dans les quartiers avoisinants, il y a des maisons beaucoup plus récentes ainsi que des maisons un peu plus luxueuses. On peut voir l'horizon à perte de vue et ce, à partir de plusieurs endroits dans la municipalité. Il y a quelques municipalités et villages avoisinants qui peuvent venir dans les commerces et utiliser les services généraux, et plus spécifiquement les services de santé, situés dans la communauté. Parmi les ressources de soins de santé disponibles tout près dans la municipalité où se situe la clinique, on retrouve une pharmacie à large superficie, une clinique de physiothérapie, une clinique dentaire, des services de massothérapie et un CLSC (point de service). Certains professionnels de la santé non traditionnels offrent des services (ramancheurs, vendeurs de médecine douce, etc.). La municipalité où se trouve la clinique médicale

est environ à près d'une vingtaine de kilomètres de la zone dans laquelle se trouve la grande majorité des ressources de soins de santé et de services sociaux du territoire de RSL, incluant le CSSS qui est un établissement qui regroupe un CH de soins généraux et spécialisés à vocation communautaire, un CLSC (deux installations) et quatre CHSLD. Somme toute, les ressources de soins de santé et de services sociaux disponibles sur l'ensemble du territoire incluent, en outre, plusieurs cliniques médicales privées offrant des services médicaux généraux (plus d'une dizaine, dont une mini-urgence, deux sont des GMF accrédités), plus d'une quinzaine de pharmacies (grande, moyenne ou petite superficie), des centres de réadaptation (déficience physique, déficience intellectuelle, dépendances), un centre jeunesse, plusieurs bureaux de professionnels de la santé (dentistes, optométristes, audiologistes, orthophonistes, psychologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, etc.) ainsi que plusieurs organismes communautaires dont les activités sont liées à la santé et aux services sociaux (santé mentale, toxicomanie, déficience physique, déficience intellectuelle, jeunesse, perte d'autonomie liée au vieillissement, etc.). Il y a également une clinique de médecine privée (hors RAMQ) offrant des services médicaux. Enfin, certains professionnels de la santé non traditionnels offrent des services (acupuncteurs, naturopathes, homéopathes, ostéopathes, massothérapeutes, chiropraticiens, etc.).

Selon le cas03, lui et ses deux collègues ne prennent de nouveaux patients que si ces derniers habitent le secteur, c'est-à-dire s'ils habitent soit la communauté où se trouve la clinique ou un des trois municipalités ou villages immédiats. Dans de rares occasions, le cas03 accepte de nouveaux patients hors secteur si ceux-ci sont de la famille proche d'un de ses patients actuels ou pour d'autres raisons bien particulières. Ceci dit, il tente de refuser dans la mesure du possible. Celui-ci avoue faire même attention au niveau de sa clinique spécialisée dans un de ses champs d'intérêts particuliers puisque les individus qu'il recevait en consultation pour avis ou suivi spécifique avaient parfois tendance à ne plus vouloir retourner à leur propre médecin de famille.

*« Il y a des cas où je vais dire oui, mais... parce que là c'est de la famille proche de gens que je traite ici et toutes sortes de... mais on essaie de dire non. Parce que même avec la clinique (...), j'ai mis la pédale douce, parce que les gens venaient ici en consultation, ils étaient supposés retourner à leur médecin de famille et ils ne voulaient plus repartir. »*

L'accessibilité aux services médicaux généraux offerts par sa clinique semble être une préoccupation importante du cas03. Celui-ci rapporte qu'il existe un délai d'attente de trois mois pour les rendez-vous (au moment de l'entrevue). Une équipe médicale formée de cinq médecins de famille permettrait de donner un service où le délai d'attente pour les rendez-vous serait réduit à



deux semaines. Il y aurait également la possibilité d'accroître la disponibilité des services médicaux généraux avec des heures d'ouverture élargies.

*« Alors si on voulait que ces dossiers-là, les gens soient comme vus de façon régulière, et avoir des heures d'ouverture et tout ça, toute la patente, bien là je me dis qu'à 5 médecins, c'est réglé. Quand on était 4, avec (...), (...), (...) et moi, ça allait bien, mais on avait encore un petit peu de la broue dans le toupet, à 4... à 5 on pourrait vraiment donner un service où les rendez-vous se prendraient naturellement 2 semaines à l'avance. Là on essaie toutes sortes d'affaires, mais les rendez-vous c'est dans 3 mois. »*

La durée de la consultation s'établit à 15 minutes. Suivant la lourdeur des cas, les consultations à domicile sont un peu plus longues, une vingtaine de minutes environ par domicile, puisqu'il y a souvent un couple, soit deux patients à prendre soin.

*« Mes bureaux sont aux 15 minutes, les rendez-vous, mais mes patients les plus malades, habituellement je les vois à domicile. À domicile, j'avais calculé admettons 12... pour un avant-midi de 12 stations; on parle de stations parce que des fois il y a un couple, il y a deux patients à domicile. Ça veut dire 4 heures... c'est à peu près 20 minutes par endroit. »*

Le cas03 rapporte faire beaucoup de suivi de clientèle atteinte de maladie mentale. Lui et ses collègues ont suivi une formation avec un psychanalyste afin d'offrir des services de psychothérapie auprès d'individus souffrant d'une dépression ou autres. Il s'agit essentiellement de thérapie de support. Le cas03 affirme cependant avoir déjà offert des services de thérapie plus élaborée, mais d'avoir cessé puisque ce type de thérapie demande trop de temps.

*« Mais nous autres on s'occupe beaucoup de la santé mentale, on fait de la thérapie de support. On a fait déjà de la thérapie, vraiment de la thérapie élaborée, mais on a arrêté à cause que ça prenait trop de temps. »*

Les services de soins de maintien à domicile occupent une place importante dans la pratique du cas03 et de ses collègues. La très grande majorité des patients dont ils prennent en charge le suivi à domicile sont âgés de 70 ans et plus et atteints de maladies chroniques. Une bonne partie des patients à domicile vont éventuellement y décéder, avec le support de l'équipe médicale de la clinique du cas03 et de la famille.

*« Alors ici, regarde, ça c'est les statistiques pour les patients à domicile ici, à moi, les nôtres, (...), (...) et moi, plus petit que 60 ans c'est 6%, 60-69 ans c'est 11%, ça fait 17% et la balance c'est 70 ans et plus. J'en ai 8 de plus de 90 ans qui sont encore à domicile, 36 de 85 à 89, 61 de 80 à 84, 82 de 70 à 79 ans. »*

Le cas03 et ses deux collègues ont la responsabilité d'offrir des services de soins spécifiques à un certain type de clientèle dans un de ses champs d'intérêts particuliers pour les patients orphelins ou ceux dont les médecins de famille n'offrent pas ce type de services. Ils offrent ses services en

collaboration avec le CLSC de l'établissement CSSS du territoire de RSL dans lequel se situe la clinique depuis trois ans (au moment de l'entrevue).

*« Alors on chapeaute l'équipe du CLSC, on s'occupe des patients orphelins ou des patients dont les médecins de famille ne (...). »*

Selon les dires du cas03, lui et ses collègues ont d'ailleurs développé des connaissances, des compétences et une expertise pointues quant à la prise en charge et le traitement dans le domaine médical de ce champ d'intérêt particulier.

*« Les (...) et tout ça, ça nous a permis de développer une grosse expertise en (...) et en traitement de (...). »*

En plus, il offre également des services de soins spécifiques à un certain type de clientèle dans le domaine médical d'un autre des champs d'intérêts particuliers du cas03. En outre, lui et ses collègues ont suivi une formation avec des médecins spécialistes dans le domaine médical spécifique à un de ses champs d'intérêts particuliers, tandis que certaines compagnies pharmaceutiques les ont aidés à mettre sur pied un programme et une clinique spécialisée dans ce champ d'intérêt particulier. Il reçoit maintenant en consultation des individus référés par des médecins de famille ou spécialistes pour avis ou suivi spécifique. Il dit qu'il en a fait une spécialisation. Le cas03 a donc développé des connaissances, des compétences et une expertise dans ce domaine.

*« On a fait la formation en médecine (...) avec (...) et (...), et avant ça, de concert avec des compagnies pharmaceutiques, (...), on avait parti une clinique (...) pour s'occuper de (...), (...). Ça, (...) et moi on s'en occupe beaucoup. Là (...) moins un peu, et on reçoit des gens en consultation des autres médecins pour le suivi. (...) Et c'est des (...) aussi qui peuvent nous référer des cas difficiles ou des... ça c'est une spécialisation qu'on s'est faite aussi. »*

En outre, le programme dans ce champ d'intérêt particulier n'est maintenant plus offert à la clinique (au moment de l'entrevue). Le cas03 et ses collègues de la clinique avaient travaillé en collaboration avec une compagnie pharmaceutique pendant quatre ans afin de mettre en œuvre le programme. Malheureusement, la compagnie pharmaceutique a eu des problèmes financiers ce qui les a obligé à réduire ses effectifs de représentants pharmaceutiques.

*« On avait travaillé 4 ans à mettre un programme sur pied, et la compagnie a eu des problèmes financiers et ils ont tout coupé leurs effectifs de vente dans le domaine de (...). Tout le monde. Tout le monde a été mis à pied. Clang! Alors là, tout ce qu'on avait monté pendant quasiment... tout ce qu'on avait monté pendant des années, c'est tombé à l'eau. En tout cas. Ça c'est le danger avec les compagnies pharmaceutiques. »*

Du coup, le cas03 et ses collègues ont perdu la subvention de la compagnie pharmaceutique qui leur permettait d'avoir les services d'une infirmière formée spécifiquement pour le projet et le programme s'est terminé.

*« On avait formé une infirmière dans notre projet pour justement qu'elle puisse rencontrer les gens et donner de la formation auprès des (...) et ça avait été intéressant. Elle avait fait la formation aussi en (...) et tout ça, sauf qu'à un moment donné, on n'avait plus de subvention pour continuer à travailler avec elle (...). »*

Qui plus est, par l'intermédiaire de sa clinique spécialisée dans un de ses champs d'intérêts particuliers, le cas03 offre des formations et des présentations dans le domaine médical de son champ d'intérêt auprès de médecins omnipraticiens et ce, depuis le milieu des années 2000.

*« Mais ce que j'ai fait c'est que par l'intermédiaire de la clinique (...), depuis 3 ans à peu près, 3-4 ans, je fais beaucoup de formation auprès des omnipraticiens, que ce soit sur (...), (...), (...), alors là c'est plus de l'enseignement aux médecins que l'enseignement aux résidents. »*

Ces présentations et ces formations sont généralement réalisées à la demande de compagnies pharmaceutiques et moyennant une rémunération substantielle.

*« Moi, quand une compagnie pharmaceutique m'engage pour aller faire une présentation, je m'arrange pour avoir un salaire qui a du bon sens. Je m'arrange pour que ce soit au moins équivalent à ce que je gagnerais dans ma journée de bureau et je suis un gros travailleur, alors je leur demande des bons montants. »*

Les ressources économiques semblent importantes aux yeux du cas03. Il se décrit comme étant un gros travailleur et par ceci, il entend qu'il reçoit un gros salaire annuel suivant une facturation importante à la RAMQ. Ce thème revient à quelques occasions tout au long de l'entrevue. Il ne se gêne donc pas pour demander de bons honoraires à l'industrie pharmaceutique lorsque cette dernière a recours à ses services pour donner des présentations et des formations.

Le cas03 rapporte que plusieurs de ses patients ont recours à Internet comme source d'information en matière de santé. Ceux-ci sont parfois un peu gênés et craintifs à parler de leurs informations. Néanmoins, le cas03 se montre intéressé ce qui amène les patients à partager leurs informations avec lui. En outre, il en profite un tant soit peu pour les conseiller sur les sites à consulter en matière de santé et les inviter à lui parler de leurs questions.

*« Il y a beaucoup de gens qui arrivent avec des informations sur le Net, qui sont un petit peu gênés, ils ont un petit peu peur de frustrer le médecin. Et là quand ils se rendent compte que moi ça m'intéresse, au contraire, bien là ils vont partager leurs informations avec moi et là je les conseille un petit peu sur les sites, et je leur dis "si vous avez des questions, vous m'en parlerez. »*

Le cas03 rapporte notamment que le réseau ou tissu social est encore tissé serré dans la communauté où se situe la clinique. Il existe beaucoup d'entraide entre les habitants et ce, non seulement entre membres d'une même famille mais aussi entre voisins. En effet, dans l'éventualité où les patients à domicile n'ont pas de famille, ou du moins pas dans la communauté, c'est quelqu'un du voisinage immédiat qui va offrir du support.

*« Ah! Les gens... ah oui, c'est incroyable. Une grosse entraide et les gens aiment ça. La population, c'est ça qu'ils préfèrent. (...) Ça, le tissu social est encore tissé serré. S'ils n'ont pas de famille, c'est la voisine qui va venir. »*

Le cas03 affirme qu'une bonne partie des patients à qui il offre des services de soins de maintien à domicile vont demeurer longtemps, et éventuellement même mourir, dans leur domicile. Selon lui, le support du tissu social et le fait que les individus se sentent en confiance aident beaucoup. Les patients sont mieux lorsqu'ils demeurent à domicile, tandis que la famille est plus confortable et moins inquiète. On peut voir ici que le cas03 porte de l'intérêt pour le confort des patients et des familles.

*« Alors avec du support, les gens sont capables de demeurer à domicile beaucoup plus longtemps et ils sont mieux. La famille est plus confortable aussi, moins inquiète. »*

Point intéressant, le cas03 évoque la place et le statut des médecins dans la communauté. Selon ses dires, les habitants accordent beaucoup de respect aux trois médecins de famille de la clinique. Il y a notamment un climat de bonne entente et de communication avec les élus municipaux. Le cas03 et ses deux collègues sont souvent consultés et invités à s'impliquer dans diverses activités locales. Ceci dit, il est important pour les habitants que les médecins évitent de s'impliquer au niveau de la politique municipale puisque ces derniers connaissent l'histoire de tous les habitants et de toutes les familles. Une des choses les plus importantes aux yeux des habitants est que ces informations demeurent strictement confidentielles.

*« On est... il y a beaucoup de respect, les gens ici, il y a beaucoup de respect par rapport aux médecins. On a une bonne entente avec les gens de la municipalité, avec la mairie et tout ça. Quand il y a un problème ou eux quand ils ont des problèmes ils viennent nous voir. (...) Alors les gens nous consultent beaucoup et c'est important pour eux qu'on s'implique dans les activités locales, mais en même temps c'est important pour eux autres qu'on reste en dehors de la place publique, parce que ça les menacerait beaucoup. Parce qu'ils nous content toute leur vie. Si je m'affichais pour aller maire, j'en ai une couple qui feraient une dépression. Ah oui, ça serait difficile. »*

Le cas03 dit qu'il y a effectivement certains individus qui craignent de déplaire, de décevoir ou de perdre leur médecin, mais ajoute en riant qu'il y en a d'autres qui n'ont pas peur de déplaire

en personne. La crainte de perdre le support de l'équipe médicale est un point important selon lui. Par exemple, il n'est pas rare que les individus ne suivent pas les recommandations du médecin ou ne prennent pas la médication selon les prescriptions du médecin. Ceux-ci ne l'avouent souvent pas librement au médecin par crainte de le décevoir ou de perdre son support. Le cas03 tente de mettre ses patients en confiance en accueillant bien et sans problème les déclarations d'inobservance des traitements ou des recommandations.

*« Certains. Il y en a qui n'ont pas peur de déplaire à personne (rire) mais ça c'est un gros point, la peur de perdre le support de l'équipe médicale. Alors souvent les gens vont arrêter un médicament, ils ne le diront pas à leur médecin, ils ne le prendront pas comme il faut, ils ne le diront pas à leur médecin, ils vont recommencer à fumer, ils ne le diront pas à leur médecin... En les informant... ils s'essayent et quand ils voient que c'est bien accueilli, et qu'il n'y a pas de problème, à ce moment-là c'est possible pour eux de devenir plus confiants. Les médecins qui sont assez autoritaires, ça, ça existe. Il y a des patients qui ont été échaudés, moi je leur demande de me le dire... »*

Le cas03 est habité d'un fort sentiment de responsabilité envers ses patients.

*« Moi là, je pars d'ici... ils vont me mettre un gars sur mon cas demain. (rire) Ah non, ce serait un cas de conscience-là. »*

Lorsque l'intervieweuse (en l'occurrence la chercheuse principale) lui demande s'il ressent un sentiment d'attache face à sa clientèle, celui-ci répond d'emblée que oui et qu'il lui faudrait une raison exceptionnelle pour quitter la clinique et la communauté. Il prétend connaître l'histoire, les bonnes et les moins bonnes, de tout le monde dans la communauté. Ce type de connaissances lui est particulièrement utile lors de la prise de décision diagnostique.

*« Ah oui, oui. Ça me prendrait une méchante bonne raison pour partir d'ici. Ah oui. Dans le fond je connais tout le monde, je connais l'histoire, moi... en tant que médecin de famille, c'est fantastique, le travail. On connaît des histoires sombres aussi, et... quand je rencontre les gens, c'est beaucoup plus facile pour moi de faire des diagnostics. »*

Le cas03 se sent confortable d'habiter la communauté où il pratique et affirme que les individus ne viennent pas à son domicile, à moins qu'il s'agisse d'un problème sérieux. Néanmoins, il est possible de rejoindre le cas03 par téléphone en tout temps à son domicile ou à son chalet (qui se trouve à une dizaine de minutes en voiture). En effet, ils ont un répondeur pour le public à la maison dans lequel il est possible de laisser un message. De plus, les médecins de famille de la clinique remettent aux patients malades un numéro de téléavertisseur afin que ceux-ci puissent les rejoindre en cas de besoin.

*« Et je me sens bien là-dedans. Les gens ne viennent pas chez nous. À moins que... les quelques fois qu'ils sont venus, c'était sérieux. Ils respectent ça. Mais ils peuvent nous rejoindre. On a un téléphone avec un répondeur pour le public et ils peuvent laisser un*

*message sur ça et puis... de toute façon les patients quand ils sont malades, on leur donne le numéro de bellboy. »*

Qui plus est, le cas03 semble également être habité d'un sentiment de responsabilité envers la communauté et ce, même pour les individus qui ne sont pas ses propres patients. Il trouve que ce sentiment de responsabilité n'est pas facile à vivre, c'est lourd. En guise d'exemple, il relate alors l'expérience professionnelle marquante mentionnée précédemment et qui impliquait un individu de la communauté qui n'était pas un de ses patients mais qui était toutefois le conjoint d'une de ses patientes. Le cas03 se dit conscient de la lourde conséquence qui aurait pu résulter d'un refus de voir cet individu.

*« Oui. C'est pas facile, il y a un mois, je contais ça, il y a une madame que je vois et je sais que la madame... on connaît les gens, c'est pas des gens qui demandent beaucoup, elle est là et elle me dit "Dr (...), verriez-vous mon mari?" Il n'avait jamais consulté, je n'avais même pas de dossier à son nom, c'était pas mon patient. Elle a dit "il est dans la salle d'attente et je pense qu'il a une grippe." Et je connais la madame. J'ai dit "oui, oui, allez le chercher." Le monsieur faisait un infarctus. On l'a envoyé à l'hôpital. Maintenant j'ai un nouveau patient... "Eh, vous m'avez sauvé la vie, ils m'ont dit ça à l'hôpital." Mais si j'avais dit non... Il serait mort. Alors c'est lourd, ça. »*

On peut voir dans les quatre passages ci-haut que le cas03 semble habité d'un fort sentiment de responsabilité tant envers ses propres patients qu'envers sa communauté de pratique. Le sentiment de responsabilité envers les patients est définitivement une des dispositions propres au professionnalisme médical. Le sentiment de responsabilité envers la communauté est plutôt en lien avec le rôle social de la médecine et est donc considéré comme une des dispositions propres à la médecine sociale.

Le cas03 semble grandement apprécier l'autonomie en médecine. En outre, lorsque l'intervieweuse lui demande ce qu'il aime le plus dans sa pratique, le cas03 répond d'emblée, et en riant, l'autonomie en médecine. À ses yeux, la pratique de la médecine donne une autonomie professionnelles qui offrent une ouverture à tout et permettent le développement de toutes sortes d'expertises ou de champs d'intérêts particuliers.

*« Autonomie. (rire) (...) Le plus... moi j'aime la médecine parce que ça ouvre à tout... ça nous amène partout, on peut faire ce qu'on veut, on peut développer toutes sortes d'expertises. »*

Qui plus est, il évoque son autonomie pour justifier les raisons pour lesquelles lui et ses collègues ne déposeront probablement pas une demande pour devenir GMF, tel que prévu. Celui-ci mentionne les contraintes liées aux heures défavorables et, de façon plus particulière, le fait qu'il ne serait pas

officiellement le patron de l'infirmière. D'autant qu'il y a, selon lui, un long processus de négociations avec le MSSS.

*« Ah non, ils n'offrent pas assez pour brimer mon autonomie. L'histoire de l'infirmière, c'est spécial, c'est même pas moi qui serais son patron, c'est... le CLSC demeure le patron de l'infirmière, et c'est eux qui décident ce qu'elle va faire comme travail dans ma clinique et c'est moi qui lui offre le gîte et le couvert. (rire) Oui, ça fait que ce n'est pas mon employée directement. Alors là je trouve que c'est un petit peu broche à foin leur affaire. Et là il faudrait que je m'engage à toutes sortes d'affaires, l'ouverture de ci, de ça, et là... il faut s'enligner sur 6 mois de négociations pour continuer à faire ce qu'on fait déjà. »*

On peut voir dans ce passage l'importance qu'accorde le cas03 à son autonomie et ce, tant au plan professionnel qu'au plan entrepreneurial. Ceci dit, à la lecture du passage, il semble davantage s'agir d'autonomie entrepreneuriale. Donc, les dispositions propres au côté entreprise ou affaires de la pratique médicale en cabinet privé sont dominantes dans ce cas-ci.

Le cas03 poursuit ses propos en affirmant toujours aimer sa profession de médecin de famille au point tel qu'il désire pratiquer jusqu'à l'âge de 70 ans.

*« J'aime mon métier, je veux travailler jusqu'à 70 ans. »*

Il semble grandement apprécier les défis intellectuels qu'offre la pratique de la médecine. En effet, celui-ci dit faire des choses présentement qui n'existaient même pas lorsqu'il a fait sa formation médicale.

*« Les défis. Moi, je veux pratiquer jusqu'à 70 ans. Je fais des choses présentement en médecine qui n'existaient même pas quand j'ai fait ma formation, alors je trouve que c'est un défi intellectuel. »*

Mais par-dessus tout, les gens, le contact humain sont parmi les choses que le cas03 aime le plus dans sa pratique.

*« Le contact avec les gens. »*

Il est d'avis qu'une des qualités nécessaires pour être un bon médecin de famille est d'aimer les gens, d'aimer le contact humain.

*« Une qualité: ça prend quelqu'un qui aime les gens. »*

Lorsque l'intervieweuse demande au cas03 ce qui est important pour être un bon médecin de famille, celui-ci répond d'emblée les valeurs humaines avec un ton interrogateur. Il poursuit rapidement et en riant qu'il faut avant tout être parfait et déséquilibré.

*« Les valeurs humaines? ... Il faut être un être presque parfait, on peut accepter un ou deux défauts mineurs. (rire) En fait ça prend quelqu'un de complètement déséquilibré. (rire) »*

D'un ton plus sérieux, il développe sa pensée en disant qu'« il faut que le surmoi soit beaucoup plus beau que le moi ». Il s'agit d'individus ayant un penchant naturel à aider les autres et la capacité de faire un don de soi, un oubli de soi. En fait, le cas03 considère que les médecins sont des aidants naturels qui viennent, de façon générale, de milieux où ils ont été énormément poussés dans leur penchant à aider les autres jusqu'à s'oublier et ceci sans être suffisamment encouragés à penser à eux. Il croit que les facultés de médecine sélectionnent et admettent des individus en fonction d'un besoin très important d'aider les autres. Ceux-ci sont souvent des individus n'ayant pas appris à prendre soin d'eux-mêmes. Aux yeux du cas03, il s'agit d'une sélection efficace de futurs médecins à qui il est possible de demander de très grandes quantités de requêtes parfois contradictoires et de les faire pratiquer dans des contextes particulièrement difficiles et ce, sans que ceux-ci « capotent » trop fort. Tout ce qu'ils ont besoin c'est le sentiment d'aider quelqu'un en bout de la ligne. Cela étant dit, le cas03 est conscient que la nouvelle génération de médecins semble désirer une vie plus équilibrée avec, entre autres choses, du temps pour eux, des structures familiales plus stables et une pratique médicale moins exigeante et contraignante. Il va sans dire que pour les médecins des générations précédentes, ça bouleverse les façons de faire.

*« Il faut que le surmoi soit beaucoup plus beau que le moi. ... En fait les médecins c'est des aidants naturels, et les facultés de médecine recrutent des aidants naturels qui n'ont pas appris à prendre soin d'eux-mêmes. Ça, c'est une sélection efficace de ces gens-là à qui on peut demander des quantités phénoménales de requêtes aussi contradictoires que celles dont on vient de parler et les mettre dans des contextes de fou et qu'ils ne capotent pas trop fort. En autant qu'ils ont le sentiment d'aider quelqu'un au bout de la ligne. C'est ça qu'ils recrutent dans les facultés de médecine. Les jeunes se révoltent maintenant, mais moi je me rappelle quand je faisais ma formation qu'après une garde il fallait se présenter au stage et il ne fallait pas être fatigué parce qu'un bon médecin, c'est un médecin qui est capable d'être aussi efficace quand il n'a pas dormi que quand il a dormi. C'était des légendes urbaines de l'époque. ... Mais les médecins, c'est des aidants naturels et en général, issus de milieux où ils ont été poussés beaucoup, beaucoup dans leur penchant à aider les autres, à s'oublier, et qui n'ont pas été encouragés suffisamment à penser à eux. De ma génération. Là on arrive avec des jeunes qui sont peut-être un petit peu plus balancés, qui veulent avoir des structures familiales qui sont plus stables, et qui veulent avoir plus de temps pour eux, et ils veulent avoir des pratiques qui sont moins exigeantes et qui veulent avoir la paix avec les contraintes de ci et de ça. Sauf que ça bouleverse une façon de faire, on dit "eh, les jeunes..." (rire) ... »*

En fait, le cas03 est d'avis qu'on demande beaucoup aux médecins tout en ne montrant pas à ces derniers comment prendre soin d'eux-mêmes. Néanmoins, il ne pense pas que ceci s'apprend à



l'université mais qu'il s'agit d'un apprentissage à acquérir d'abord quand on est petit puis par soi-même. L'individu apprend à se protéger par la suite. Le cas03 croit donc que ça dépend du type de personnalité des individus sélectionnés par les facultés de médecine mais que, suivant la formation et l'exigence des programmes actuels, il serait plutôt difficile pour les facultés de sélectionner d'autres types de personnalités.

*« On en demande beaucoup et en même temps on ne lui montre pas comment prendre soin de lui. Et ça, bien ça ne s'apprend pas à l'université comment prendre soin de soi, ça s'apprend quand on est petit, et après ça on l'apprend soi-même. Et on apprend à se protéger par la suite. Si on ne l'apprend pas, on passe dans le tordeur. Alors ça dépend des types de personnes que les universités vont recruter, mais avec les programmes, la manière qu'ils sont faits, l'exigence des programmes actuellement, ils ne peuvent pas recruter tellement d'autres types de personnalités que celles qu'ils recrutent déjà. »*

Apprendre à prendre soin de soi ainsi que l'équilibre entre le don de soi et prendre soin de soi figurent parmi les thèmes récurrents de l'entrevue.

Le cas03 semble placer beaucoup d'importance à l'indépendance professionnelle des médecins. Bien que lui et ses collègues travaillent en étroite collaboration avec les pharmaciens de la communauté, ce dernier tient à préciser, en riant, que les pharmaciens ne paient pas leur loyer. Ses collègues et lui-même demeurent indépendants.

*« Et au niveau de l'organisation, c'est comme un petit réseau de santé, on connaît très bien les pharmaciens, on travaille de façon assez serrée avec eux autres... mais ils ne payent pas mon loyer (rire). On est indépendants, mais au niveau du travail, c'est intéressant. »*

En fait, le cas03 soutient que les pharmaciens propriétaires auraient bien apprécié avoir sa clinique médicale à même l'édifice abritant la pharmacie lorsqu'ils ont réalisé des travaux d'agrandissement de la pharmacie. Cependant, ses collègues et lui-même n'étaient pas tentés. Il semble donc que le côté mercantile n'est pas venu influencer la prise de décision quant aux locaux de la clinique pour aller au devant de leurs responsabilités en tant que médecins.

*« Ils ont grossi... oui, ils sont venus nous rencontrer pour voir quels seraient nos besoins et on leur a dit que... mais ils ne nous ont pas offert rien de spécial. Ils auraient aimé ça nous avoir à même leur bâtisse, mais moi ça ne me tentait pas. »*

D'autant plus ce type de relations d'affaires entre les médecins et les pharmaciens ou les sociétés de pharmaciens ne lui semblait pas éthique aux yeux du cas 03.

*« Moi je suis un entrepreneur, je me disais c'est pas vraiment éthique et tout ça... »*

On peut voir ici comment l'éthique semble fixer un cadre pour l'action du cas03. Ses intérêts pour l'éthique professionnelle de la médecine ont dominé ses propres intérêts économiques dans ce cas-ci.

En fait, le cas03 insiste sur l'importance du code de déontologie des médecins. Entre autres, il utilise le code de déontologie pour expliquer ou justifier ses propos à quelques reprises au cours de l'entrevue. En outre, il fait mention du code de déontologie pour expliquer pourquoi les médecins ne devraient pas conclure des ententes avec des pharmaciens leur permettant d'obtenir des espaces locatifs gratuits ou inférieurs aux prix du marché ou encore tout autres services.

*« Je me suis mis à penser à ça hier parce qu'on a reçu un nouveau code de déontologie, je l'ai mis dans la récupération. Non, mais j'avais l'autre, parce que tout ce qu'ils avaient rajouté dans le nouveau, c'est qu'on n'a pas le droit de s'associer... on n'a pas le droit de se faire payer notre loyer ou de recevoir des services de pharmaciens. »*

Il fait également mention du code de déontologie pour justifier le dilemme entre la prise en compte de considérations économiques dans le processus décisionnel clinique et l'utilisation des ressources.

*« Alors là, à partir de ce moment-là, je ne peux plus répondre, moi, à mon code de déontologie si je commence à choisir qui je vais traiter. Mon code de déontologie me l'interdit; il m'oblige à traiter tout le monde, tous les gens que je rencontre de façon égale, convenablement. »*

Enfin, il mentionne le code de déontologie pour expliquer pourquoi le médecin est tenu de faire le suivi de tout individu qu'il prend en charge.

*« Une fois qu'ils sont entrés dans le système, bien on assure le suivi, parce que je trouve que c'est ça qui respecte le plus notre code de déontologie, une fois que j'ai pris en charge, je m'assure que je vais assurer le suivi, mais... je ne peux pas prendre tout le monde. »*

Le cas03 gère les situations avec beaucoup d'incertitudes de plusieurs manières. D'entrée de jeu, il dit utiliser les médecins spécialistes comme source d'information et ce, de trois façons. Il va soit appeler un médecin spécialiste pour demander un conseil ou un avis, soit s'informer auprès des médecins spécialistes qui viennent lui donner des formations directement à sa clinique grâce au support de l'industrie pharmaceutique ou encore, soit demander alors une consultation en médecine spécialisée dans l'éventualité où il n'est pas capable de résoudre le problème de santé. Ces deux collègues médecins de famille sont ses sources d'information lorsqu'il s'agit d'incertitudes de pratique. En effet, ils vont alors discuter entre eux. Enfin, il va chercher à acquérir et développer de nouvelles connaissances et compétences par la formation médicale continue.

*« Référer, c'est de la job, là. (...) On a quand même des bons contacts avec les spécialistes en général. (...) On a des bons contacts avec les spécialistes, à ce moment-là on les appelle, même des fois ils vont venir ici, on va faire des présentations de cas, on va discuter de nos cas avec eux autres. Alors de cette façon-là on va se chercher du support, et maintenant les compagnies pharmaceutiques nous aident beaucoup en amenant des spécialistes, en nous permettant d'avoir des discussions avec eux autres. Comme là, il y a... on va rencontrer un spécialiste qui... je ne me souviens plus de son nom, c'est (...) qui m'a dit ça, c'est vraiment une sommité pour l'utilisation de la (...) orale. Là c'est des choses qu'on est en train de regarder, pour commencer à l'utiliser, alors là on s'est sorti 3-4 cas et on va lui présenter ça, des cas de patients plus difficiles. Alors ça c'est une façon d'aller chercher du support dans ce qu'on fait. Au niveau des incertitudes de pratique, bien là... on va en discuter entre nous autres, à nous trois. Et à part ça... de la formation médicale continue. »*

Le cas03 gère aussi les situations avec des décisions particulièrement difficiles de plusieurs manières. Entre autres, il semble faire un lien entre les problèmes de santé complexes et les décisions particulièrement difficiles. En premier lieu, il planifie des visites médicales fréquentes et rapprochées lorsqu'il fait face à un problème complexe et ce, pour être vraiment capable de se faire une idée diagnostique. En deuxième lieu, il consulte ses deux collègues médecins de famille ou des médecins spécialistes dans le domaine. En troisième lieu, il demande une consultation en médecine spécialisée si le problème de santé ou la situation clinique dépasse ses compétences. Ceci dit, dans l'éventualité où il y a un manque d'accessibilité des médecins spécialistes pour obtenir rapidement un avis diagnostique ou thérapeutique ou un suivi spécifique, le cas03 appelle alors lui-même le médecin spécialiste dans le domaine et lui demande ce qu'il peut faire pour l'instant pour aider le patient en attendant que ce dernier ait sa consultation en médecine spécialisée. Bien sûr, si le cas03 est face à une situation clinique urgente où le patient est en souffrance, il n'attend pas et prend alors les mesures nécessaires pour que le patient soit hospitalisé dans les plus brefs délais. Enfin, il va également rechercher de l'information sur différents problèmes de santé entre-temps. Celui-ci va des fois informer les patients de son besoin de se renseigner et de rechercher de l'information afin de se faire une idée et de regarder ce qui se passe.

*« Quand j'ai un problème complexe, j'aime revoir les gens souvent, plus rapidement. Je vais m'arranger pour les voir de plus proche pour vraiment être capable de me faire mon idée diagnostique. Deuxièmement, je vais consulter mes confrères, mes consoeurs (...), ou un spécialiste. Et après ça, troisièmement, si ça dépasse mes compétences, je vais le référer. Oui, je vais faire de la recherche... entre-temps comme ça, bien je peux faire de la recherche sur différents problèmes. Je vais le dire aux gens des fois, bien "écoutez, il faut que je me renseigne, je vais faire de la recherche, on va regarder ce qui se passe." Si c'est une urgence, ça n'attend pas. Si quelqu'un est dans mon bureau et il est souffrant et je ne sais pas ce qu'il a, je vais m'arranger pour qu'il soit hospitalisé. Mais s'il a un problème pour lequel je me questionne et je ne sais pas trop quoi faire ou... ici on n'a pas de*

*rhumatologue, des arthrites difficilement traitables, et là j'ai essayé ce que je connais, méthotrexate et Plaquenil, ces choses-là, et que là je suis rendu dans des problèmes... ça peut devenir complexe, parce que là je voudrais le référer pour avoir un traitement plus sophistiqué, les interférons ou des affaires comme ça et je sais que ça va prendre 2 ans si je le réfère en rhumatologie à Québec. (...) Non, dans ce temps-là je vais appeler et je vais demander au spécialiste qu'est-ce que – ça n'arrive pas souvent – mais qu'est-ce que tu penses qu'on peut faire pour tout de suite, en attendant que vous le voyiez. »*

Le cas03 parle de ses relations professionnelles avec les confrères médecins et les autres professionnels de la santé, traditionnels ou non. D'entrée de jeu, il rapporte avoir des interactions sociales personnelles avec des collègues ou confrères médecins de famille et médecins spécialistes. Ceci inclut les deux collègues médecins de famille associés de sa clinique médicale de groupe. Il y a également la présence de médecins dans sa fratrie ainsi que des médecins spécialistes dans sa famille étendue (oncles, tantes, etc.). De plus, lui et sa conjointe ont plusieurs amis médecins autour d'eux.

*« On a bien des amis médecins autour de nous autres. »*

Ils ont également des amis médecins qui pratiquent dans une autre région du Québec.

*« J'ai des copains qui ont fait un GMF dans le coin de (...), c'est un couple de médecins et ils ont une pratique qui ressemble à la nôtre. »*

Le cas03 rapporte l'existence de clans ou de cliques de médecins sur le territoire où il pratique. Il fait ici uniquement référence aux médecins de famille qui sont responsables des activités de DPC. Les médecins en question pratiquent au plus important CH régional qui est désigné universitaire et ils ont eux-mêmes une affiliation avec le département de médecine familiale d'une université.

*« Mais si vous parlez aux gens de (...) qui sont ici à l'Université ils ne viendront jamais me chercher. Je ne fais pas partie de leur clique. ... Ah ils ne veulent rien savoir de moi. Je ne fais pas partie de la gang. »*

Selon le cas03, des considérations d'ordre économique sont en cause. En effet, il prétend qu'il y a beaucoup d'argent à faire lorsqu'on donne des présentations ou des formations. Donc la gang ou le clan de médecins en question veillerait, d'une certaine façon, à leurs propres intérêts. Celui-ci ajoute en riant qu'où il y a de l'argent, il y a de l'hommerie.

*« Non, je dis juste qu'où il y a de l'argent, il y a de l'hommerie. (rire) »*

En fait, le cas03 a principalement des collaborations professionnelles avec les autres médecins de famille du territoire. En outre, lui et ses deux collègues associés ont la responsabilité

d'offrir, en collaboration avec le CLSC de l'établissement CSSS du territoire, des services dans un de ses champs d'intérêts particuliers pour les patients orphelins ou ceux dont les médecins de famille n'offrent pas ce type de services.

*« ... Alors on chapeaute l'équipe du CLSC, on s'occupe des patients orphelins ou des patients dont les médecins de famille ne vont pas (...). »*

Le cas03 prétend avoir de bonnes relations professionnelles avec les médecins spécialistes en général. Plus précisément, il dit avoir de bons contacts et un bon réseau de médecins spécialistes vers qui référer ses patients. Il existe cependant au moins une exception. Le cas03 pense entre autres aux relations difficiles avec les médecins orthopédistes pratiquant au CH régional. Selon ses dires, ces derniers ne veulent voir que des cas nécessitant des chirurgies. Son réseau ne se limite pas au CH disponible dans son territoire. En effet, puisqu'il n'y a que peu de services médicaux spécialisés à ce CH, le cas03 préfère plutôt référer ses patients vers le CH approprié à leurs besoins spécifiques.

*« Mais on utilise, nous autres on fait affaire, je peux faire affaire avec (...), Dr (...) qui est là en douleur, on peut faire affaire avec (...), il y a des bons spécialistes à Alma, comme pour l'apnée du sommeil, ces choses-là, (...) a un bon test de dépistage. Les orthopédistes, ils ne sont pas plus accessibles à (...), mais les ophtalmo le sont. À (...), bien là on a toute la panoplie de spécialistes. En cardio ça va bien, quand il y a un problème on les appelle, ils le voient assez rapidement. Notre gros problème, c'est l'orthopédie. Les gars en orthopédie sont vraiment spécialisés... si ça ne s'opère pas, ils ne veulent pas les voir. Et en pédiatrie on n'a pas trop de problèmes, on appelle, on a un bon service. En gynéco, c'est super. On les connaît bien. En oncologie, ..., et il n'y a pas de trouble. »*

Le cas03 semble avoir de bonnes relations avec les autres professionnels de la santé de sa communauté. Point intéressant, il dit que c'est comme un petit réseau de santé au niveau de l'organisation des services. Par exemple, celui-ci fait stériliser ses outils médicaux par la clinique dentaire voisine à sa clinique médicale. Il y également des services de physiothérapie. Lui et ses collègues associés travaillent d'ailleurs en collaboration assez étroite avec les pharmaciens de sa communauté. Celui-ci insiste qu'ils demeurent indépendants, mais ajoute que c'est intéressant au niveau du travail.

*« Et au niveau de l'organisation, c'est comme un petit réseau de santé, on connaît très bien les pharmaciens, on travaille de façon assez serrée avec eux autres... mais ils ne payent pas mon loyer (rire). On est indépendants, mais au niveau du travail, c'est intéressant. Les physiothérapeutes sont justes à côté. »*

En outre, le cas03 confie avoir beaucoup de respect pour la profession de pharmacien. Il affirme avoir de très bonnes relations interprofessionnelles avec les pharmaciens de la communauté. Les

pharmaciens de la communauté sont interventionnistes, vérifient les dossiers et n'hésitent pas à appeler les médecins si le besoin se fait sentir.

*« Il m'appelle. Alors en tout cas, on a un bon suivi pour la médication, parce qu'on travaille déjà quasiment en réseau. Dès qu'il y a un problème, il m'appelle ou... »*

Qui plus est, le cas03 valorise le travail d'équipe entre le pharmacien et le médecin.

*« Alors on a un bon travail d'équipe ensemble. C'est important, le travail d'équipe pharmacien/médecin. »*

Le cas03 semble avoir peu de relations avec des professionnels offrant des services de santé non traditionnels. Il y a des services de massothérapie mais pas de service de chiropractie dans la communauté. Il y a également des ramancheurs et quelques vendeurs de médecines douces.

*« Des chiros il n'y en a pas à (...), il y a des massothérapeutes, il y a des physiothérapeutes, il y a des ramancheurs, et il y a bien des vendeurs de médecines douces. C'est pas mal ça qu'il y a. »*

Le cas03 affirme ne pas avoir de problème à ce que ses patients consultent ce type de professionnels non traditionnels. Il a même des patients qu'il n'a pas été capable d'aider mais qu'un ramancheur a aidés. Malgré tout, celui-ci commente à ses patients que les services de santé non traditionnels ne remplacent pas la médecine scientifique.

*« Ah il n'y a pas de problème. J'ai des gens que je n'ai jamais été capable d'aider et que le ramancheur a aidés. Sauf que je conseille... ce que je dis aux gens, c'est que ça ne remplace pas la médecine scientifique. »*

On peut voir ici que le cas03 utilise une stratégie de différenciation afin de positionner les services médicaux par rapport aux services non traditionnels de santé. Il utilise alors le côté scientifique de la médecine pour montrer la supériorité de ce type de services de santé.

Le cas03 aborde quelques circonstances du champ de la médecine (en général) et qui peuvent exercer une certaine influence sur la pratique médicale. D'entrée de jeu, il laisse sous-entendre que tout en médecine est basé sur le rendement économique. Les considérations d'ordre économique reviennent à quelques reprises tout au long de l'entrevue. Selon lui, les considérations économiques sont un des principaux critères de décision des médecins quant aux choix de type de pratique et de lieu de pratique. Le cas03 donne comme exemple le montant forfaitaire annuel offert pour le suivi des patients vulnérables et l'intérêt nouveau des médecins de famille à faire signer les patients et à offrir les services. L'argent attire les gens. De ce fait, tous les incitatifs financiers sont efficaces. En outre, il croit que ce type d'incitatifs peut s'avérer particulièrement utile chez les

jeunes médecins afin de convaincre ces derniers d'offrir des services de soins de première ligne, tels que le suivi, la prise en charge et les soins de maintien à domicile.

*« Mais c'est la première fois que je vois que la médecine hors hôpital, vraiment le suivi des patients est encouragé réellement. Ah oui, on l'a vu avec le 50\$, ça s'arrache les patients vulnérables dans les cliniques, signe d'un bord, signe de l'autre, la chicane pogne... C'est super cute. C'est de l'argent, les gens vont "go where the money is". Alors tous les incitatifs financiers, ça va être efficace. Surtout pour les jeunes. Parce que les jeunes eux autres, s'ils partent avec un type de pratique qui est axé vers la prise en charge, le suivi, le domicile, ils vont rester avec ça. Si tu es capable de les convaincre financièrement que pour eux autres c'est une bonne affaire, ils vont commencer ça et après ça ils vont continuer dans ce sens-là. »*

Il est d'avis que les changements apportés au code de déontologie du CMQ en mars 2008 risquent d'avoir des effets pervers, dont d'aggraver le contexte de pénurie de services médicaux dans les cabinets privés. Encore une fois, ses arguments sont fondés sur des considérations d'ordre économique. Celui-ci fait spécifiquement référence à la règle prohibant un avantage matériel ou financier de la part de pharmaciens ou de sociétés de pharmaciens, tel que la jouissance d'un immeuble ou d'un espace en contreparties d'un loyer gratuit ou à rabais. Avant l'entrée en vigueur du nouveau code de déontologie, certains pharmaciens propriétaires offraient gratuitement aux médecins un espace locatif, les réparations locatives ainsi que le support secrétaire et administratif. Le cas03 est d'avis que la nouvelle règle pourrait exercer un effet dissuasif sur les médecins de famille (particulièrement les nouveaux) quant à leur choix d'organisation de pratique, plusieurs décidant de ne pas avoir une pratique en clinique médicale privée en raison des frais élevés de bureaux inhérents à ce type de pratique. Selon lui, il pourrait y avoir également de moins en moins de médecins qui décident de fonder une clinique médicale.

*« Et là, les pharmaciens qui avaient des pharmacies, qui étaient des bons entrepreneurs, avant offraient des bureaux aux médecins et disaient "inquiète-toi pas, je vais m'occuper de tout; tu vas avoir une secrétaire, tu vas avoir un bureau, toutes les réparations vont être faites, assis-toi là, prends ton crayon, prescris". (...) Mais si on y pense bien, si la corpo s'attelle sur les médecins et empêche les pharmaciens d'offrir ça à des médecins, il va y en avoir encore moins des gens qui vont aller en pratique privée. Je pensais à ça hier (rire). Je me suis mis à penser à ça hier parce qu'on a reçu un nouveau code de déontologie, je l'ai mis dans la récupération. Non, mais j'avais l'autre, parce que tout ce qu'ils avaient rajouté dans le nouveau, c'est qu'on n'a pas le droit de s'associer... on n'a pas le droit de se faire payer notre loyer ou de recevoir des services de pharmaciens. (...) Mais là après ça je me mets à réfléchir à ça, mais c'est pas tout le monde qui est de même, (...), si elle avait été toute seule, elle n'aurait pas ouvert une clinique. Et je me dis il y en a une couple de jeunes qui sortent, qui ne savent pas où s'en aller, il ne veulent pas gérer le personnel et ils ne veulent pas... et là les pharmaciens leur offraient des affaires qui était toutes prêtes d'avance, bien... c'est parfait. Ça ne coûtait pas cher. Là il va falloir qu'ils payent, qu'ils*

*investissent, qu'ils mettent de leur temps. Et on dit qu'on veut développer encore plus les cliniques privées. Ça... là, c'est une décision de la corpo, d'un côté c'est sûr qu'il faut éviter les conflits d'intérêt, mais ça peut avoir un effet pervers, de faire que ça va être encore plus difficile pour les jeunes de se lancer en pratique privée. »*

Ce passage fait allusion aux relations d'affaires entre les médecins et les pharmaciens ou les sociétés de pharmaciens. Le cas03 y fait mention des impacts potentiels que le nouveau code de déontologie du CMQ peut éventuellement avoir sur les offres de services médicaux généraux dans des cliniques médicales privées. On peut imaginer comment les intérêts d'ordre économique des médecins influencent leur décision quant au type d'organisation de pratique.

Point fort intéressant, lorsque l'intervieweuse lui demande qu'est-ce qu'il faudrait faire pour avoir de nouveaux médecins au niveau de l'admission, au niveau de la sélection, le cas03 répond d'emblée qu'il s'agit là d'une question intéressante. Il confie par ailleurs s'être chicané à ce sujet à l'époque où il était membre des comités de programmes d'une faculté de médecine. C'est ce que le cas03 appelle le « *hidden curriculum* », c'est-à-dire le curriculum caché. Selon lui, ce n'est pas ce qu'on enseigne qui va être le plus marquant, mais bien la façon que l'on enseigne, d'où le curriculum caché. Le cas03 est d'opinion que si l'on désire changer le type de médecin qui sort au bout de la formation médicale, il ne faut pas changer ceux qui sont admis dans la formation, bien plutôt changer ceux qui enseignent la formation.

*« Ça c'est intéressant, c'est encore des affaires que je m'étais chicané dans les comités de programmes, c'est le "hidden curriculum". Le hidden curriculum, c'est pas ce qu'on enseigne qui va être le plus marquant, c'est de la façon qu'on l'enseigne. Alors si on veut changer la façon... si on veut changer ce qui sort au bout de la ligne, il ne faut pas changer ce qui entre, il faut changer ce qui enseigne. »*

Selon l'Office québécois de la langue française, le curriculum caché se définit comme l'« *ensemble des expériences formatrices inobservables et leurs effets qui, tout en n'apparaissant pas explicitement dans les programmes officiels et les politiques éducatives, font partie des apprentissages.* » Ainsi donc, divers apprentissages échappent à la conscience des professeurs et des étudiants et résidents en médecine ou encore, sont tout simplement passés sous silence. Ceci correspond à ce que Bourdieu appelle les dispositions collectives (ou encore l'habitus collectif). Il s'agit en outre de dispositions intériorisées et collectivement acceptées qui règlent les comportements. La formation médicale implique un long processus d'apprentissage. Les dispositions propres au professionnalisme médical sont transmises aux futurs médecins tout au long de ce long processus de socialisation.



Le cas03 fait allusion à quelques circonstances du champ de la médecine familiale et qui peuvent exercer une certaine influence sur la pratique médicale. Il cite la pénurie des effectifs médicaux généraux au Québec et plus particulièrement le manque de médecins de famille offrant des services de soins de première ligne dans des cliniques médicales privées.

Point fort intéressant, le cas03 est d'opinion que sa clinique médicale et ses dossiers médicaux n'ont aucune valeur marchande. Suivant la pénurie de médecins de famille présentement en cours dans la province, il pense que tout médecin peut offrir une clinique et être certain d'avoir une clientèle dès le départ. Bien qu'à l'époque il était souvent préférable d'acquérir une clinique déjà établie ou d'y travailler, les contraintes contextuelles actuelles au Québec font en sorte que ce n'est plus le cas. Selon lui, il n'y a donc plus d'attrait monétaire à fonder une clinique privée d'autant plus que les inconvénients de la pratique en clinique privée ont augmenté suivant un nombre croissant de tracasseries administratives et la lourdeur des cas. En fait, le cas03 est d'avis que toutes ces raisons ainsi que le fait que la pratique en milieu hospitalier soient mieux rémunérées et donnent un accès rapide aux services diagnostiques sont également responsables du fait que les nouveaux médecins préfèrent se diriger vers une pratique en CH.

*« Et en plus, la valeur d'une pratique médicale maintenant, c'est égal à zéro. Parce que n'importe qui peut s'ouvrir un bureau et avoir une clientèle. Alors ta pratique, même si tu disais au jeune eh avant, quand les médecins faisaient beaucoup, beaucoup de 1<sup>e</sup> ligne, bien une pratique c'était intéressant, parce que tu disais au jeune, "regarde, tu vas entrer et tu vas avoir une clientèle établie." S'il partait à son compte, c'était pas sûr qu'il aurait une clientèle établie tout de suite parce que les gens avaient quand même suffisamment d'accès à un médecin de famille et ils faisaient confiance à leur médecin, et moi quand j'ai commencé, pour aller faire sa clientèle, bon, on faisait de l'urgence et on faisait ci et on faisait ça et ici, il y avait un besoin, mais malgré tout il fallait démontrer notre compétence et c'était pas... il y avait une demande, mais c'était pas garanti. Alors là les jeunes aimaient mieux s'en aller dans des cliniques déjà existantes qui avaient déjà un bon roulis de médecins, du support et s'assurer qu'ils auraient une clientèle et ils faisaient leur clientèle là-dedans. Mais là, c'est plus ça, il n'y a plus de valeur à nos pratiques. Parce que n'importe qui se met une pancarte et les gens vont affluer. Alors d'un côté, l'attrait monétaire de la pratique privée est enlevé, et les inconvénients de pratique privée ont augmenté parce qu'il y a plus de tracasseries administratives, les cas sont plus lourds et la pratique en milieu hospitalier, bien elle, elle est mieux payée, les gens ont accès plus facilement aux examens, à toutes ces choses-là, c'est moins insécurisant, alors les jeunes se sont dirigés vers ça. Une fois qu'ils ont entré dans le moule, bien ils ne sont pas intéressés à changer leur affaire. »*

Le cas03 développe davantage sa pensée en comparant sa pratique en clinique privée à celle du pharmacien propriétaire de la pharmacie de sa communauté. Selon les dires du cas03, plusieurs individus pourraient être intéressés à acheter les dossiers pharmaceutiques de ce pharmacien advenant qu'il prenne sa retraite. Il en est tout autrement pour ses dossiers médicaux qui, aux yeux du cas03, ne valent rien. Il est d'avis que personne ne veut ses dossiers. Celui-ci dit en riant qu'il n'y a pas de plus value, ni de quotas laitiers ici.

*« Non, aucune valeur. Mes dossiers ne valent rien. Mes dossiers, si je les revends, en tant que pharmacien, si je... (...) il décide à côté, "bon bien moi je me retire, y a-t-il quelqu'un qui veut mes dossiers?" Ça va faire la file, là. C'est intéressant de ramasser ça. Mais moi c'est pas pareil, il n'y a pas personne qui les veut mes dossiers. Il n'y a pas de plus value, il n'y a pas de quotas laitiers ici. (rire) »*

Enfin, le cas03 termine en disant qu'il n'est pas rentable d'être propriétaire ou associé d'une clinique médicale privée, si l'on prend en compte l'ensemble des responsabilités et des contraintes qui s'y rattachent.

*« Non, c'est pas rentable. Monétairement, c'est trop attachant pour la rentabilité que ça a. »*

Ces trois passages parlent de la valeur marchande d'un cabinet privé. En outre, on y voit l'utilisation d'un concept en économie (rentabilité) pour juger de l'intérêt d'être associé ou propriétaire d'une clinique. Ici, des dispositions propres au côté entreprise ou affaires de la pratique médicale prédominent largement. En fait, on pourrait facilement dire qu'elles prennent toute la place.

Le cas03 croit qu'il pourrait être utile de travailler en collaboration avec des services infirmiers, particulièrement suivant le contexte actuel où il est difficile de répondre aux besoins de la population. Il ne prévoit toutefois pas l'embauche de support infirmier puisqu'il considère que ce n'est pas rentable. Encore une fois, ses arguments sont fondés sur des considérations économiques. En outre, celui-ci argumente que, suivant la rémunération actuelle, il lui est impossible de facturer pour le travail d'une infirmière, à moins qu'il ne la supervise. D'autant plus que l'embauche de support infirmier augmenterait la lourdeur au niveau de la gestion du personnel. Le cas03 estime que le travail en collaboration avec des services infirmiers pourrait devenir intéressant dans l'éventualité où les décideurs politiques donneraient le droit aux médecins de facturer le gouvernement pour les services infirmiers.

*« Si je prends une infirmière pour voir des patients, je n'ai pas le droit de les facturer, à moins que je ne les supervise. (...) Bien comme c'est là actuellement, ça peut être utile, mais ça peut être utile, sauf que c'est pas rentable, ce qui fait que c'est du trouble pour rien. On ne le fait pas. Mais s'ils nous donnent le droit de facturer un montant pour l'infirmière, bien*

*là ça peut devenir intéressant. Mais pourquoi que me mettrai un autre professionnel dans le bureau, c'est plus de trouble, (...). »*

On peut voir ici que des considérations purement économiques viennent justifier pourquoi le cas03 et ses collègues ne prévoient pas l'embauche de personnel infirmier et ce, même si une offre de services infirmiers pourrait être utile les aider à mieux répondre aux besoins de la communauté (et de leur clientèle). De façon plus précise, le cas03 parle de l'absence de rentabilité (concept en économie) et de l'impossibilité de facturer la RAMQ pour les services infirmiers puisque l'entente de rémunération actuelle ne le permet pas. Il semble donc que les intérêts propres au côté entreprise ou affaires de la pratique médicale prédominent ici sur les intérêts propres à la médecine.

Le cas03 fait mention de certaines choses importantes à inculquer, à montrer aux résidents durant leur formation postdoctorale en médecine familiale pour que ceux-ci deviennent de bons médecins de famille. D'entrée de jeu, il juge qu'il est important que les résidents en médecine familiale acquièrent les connaissances générales élaborées nécessaires à la pratique médicale générale. Ces derniers doivent également acquérir les habiletés nécessaires au maintien des connaissances et des compétences par l'auto-apprentissage. Il ajoute qu'il est important que les résidents en médecine familiale acquièrent une expérience de pratique en cabinet privé, qu'ils assurent le suivi au long cours de la clientèle pendant un certain temps et qu'ils soient exposés à une clientèle nécessitant des soins de première ligne. Selon le cas03, les valeurs de connaissances et d'auto-apprentissage sont de plus en plus présentes chez les nouveaux médecins de famille. Il juge qu'on a d'ailleurs des bons médecins de famille au Québec. Ce qui manque présentement au curriculum de la formation postdoctorale est d'apprendre aux résidents à prendre soin d'eux afin de rester en santé.

*« Alors au point de vue du cursus des connaissances, c'est bon, c'est fort. Ils ont compris qu'il fallait apprendre aux étudiants à faire de l'auto-apprentissage, et ça je pense que les valeurs de l'auto-apprentissage pour maintenir ses compétences à jour, c'est de plus en plus présent. On a des bons médecins au Québec. Ce qu'il reste à apprendre à ces médecins-là, c'est de rester en santé. Il y a le suivi longitudinal où ils prennent soin de leurs propres patients, et il y a des stages... ça (...) est assez novateur là-dedans avec les stages en unité extérieure et tout ça. Les résidents quand ils venaient ici, ils voyaient de mes patients, notre clientèle, ils devaient les suivre pendant 3 mois, puis supervision et tout ça. Ils viennent qu'ils sont assez bien exposés. »*

Le cas03 réitère que les nouveaux médecins de famille québécois sont très connaissant au point de vue médical à la fin de leur formation postdoctorale. Ceci dit, il estime que c'est davantage au point de vue humain que ceux-ci peuvent être un peu plus désavantagés.

*« Vous pouvez être sûre que les médecins qui sont formés dans les universités québécoises, quand ils sortent au bout de la ligne, ils connaissent leur affaire au point de vue médical. C'est au point de vue humain qu'ils peuvent être un petit peu plus... désavantagés. »*

Les modalités organisationnelles sont définitivement des facteurs d'influence importants sur la pratique médicale. D'entrée de jeu, il est important de préciser que le cas03 croît beaucoup en la pratique dans une clinique médicale privée. Ceci est évident à plusieurs moments de l'entrevue, entre autres lorsqu'il parle de la pénurie de médecins de famille, des effets pervers de certains programmes gouvernementaux, des difficultés de recrutement, de la rémunération, de la valeur d'une clinique ainsi que des relations d'affaires avec les pharmacies et du nouveau code de déontologie du CMQ. En effet, il aborde très souvent les thèmes discutés dans la perspective d'une pratique médicale en clinique privée, et plus souvent qu'autrement, on sent le point de vue entrepreneurial derrière ses propos puisqu'il s'agit généralement d'être propriétaire, associé ou fondateur d'une clinique.

D'entrée de jeu, le cas03 aborde l'influence des politiques gouvernementales sur les pratiques des médecins. Point fort intéressant, celui-ci affirme qu'il y a longtemps eu une volonté politique de contrôler et de contraindre les pratiques des médecins de famille. Plusieurs ententes avaient donc été négociées entre le gouvernement et la FMOQ afin de réduire la masse salariale telles que, pour n'en nommer que quelques unes : la réduction des admissions dans les quatre facultés de médecine du Québec, l'instauration de plafonds de rémunération trimestrielle et des ententes particulières entre le gouvernement et les médecins de famille ou omnipraticiens qui consistent en des mesures financières d'incitation à la réduction de la facturation annuelle. Selon le cas03, le ministre Philippe Couillard (ministre de la Santé et des Services sociaux en poste au moment de l'entrevue) a annulé ces politiques.

*« Avant ils nous plafonnaient. Dans le temps qu'ils ont réduit les admissions en médecine. Et ça, ça ne s'est pas parlé partout, mon associée, (...), elle avait pris cette entente-là, ils écrivaient aux médecins et ils disaient si vous acceptez de réduire de 10% votre facturation, on va vous payer 5% plus cher. C'est vrai, j'ai tous ces papiers-là. Et ça, c'était longtemps les politiques gouvernementales ont été dans le sens de limiter le travail du médecin. Alors ils ne contrôlaient pas la demande, parce que la demande, elle est toujours là, ils contrôlaient là, ils s'assuraient que les médecins ne fassent pas trop de travail, avec des plafonds, avec des ententes avec les médecins et toutes sortes de façons possibles et imaginables. Il y avait une volonté politique ministérielle de restreindre l'exercice de la médecine. De faire que les médecins ne voient pas trop de monde. C'était là et ça avait été négocié avec la FMOQ et la FMOQ était d'accord avec ça. Parce que quand est venu le*

*temps d'imposer la réduction de 10%, ils ont dit "on ne réduira pas notre salaire comme tel," mais ils ont toutes sortes d'ententes, ils ont réduit les admissions en médecine, ils ont fait tout ça dans le temps pour réduire... maintenir la masse salariale stable. Et là, notre Ministre a tout fait sauter ça. Il a déplaçonné pour les médecins qui ont... moi, admettons si j'ai 200 patients vulnérables et plus dans ma clientèle, je suis déplaçonné. Nous autres, on en a à peu près 350 chaque. Alors là, je peux travailler autant que je veux. J'ai pas besoin de me soucier au bout de trois mois, j'ai tu dépassé mon plafond, parce que si on dépassait le plafond, ils coupaient la rémunération de 75%; on n'était pas payés à 75%, on était payés à 25%. C'était ridicule. »*

Le cas03 poursuit ses propos en avouant qu'à l'époque où le gouvernement imposait des plafonds de rémunération trimestrielle et bien, il arrêta de travailler lorsqu'il atteignait la limite. Il diminuait ainsi l'accessibilité à ses services. Celui-ci avoue qu'il se déchargeait la conscience en mettant la faute sur le dos du gouvernement qui mettait des limites de travail aux médecins. Le cas03 travaille plus fort maintenant que ces limites sont abolies.

*« Pendant un bout de temps, il y avait les plafonds et ça, quand j'attrapais le plafond, bien là j'arrêtais de travailler, je ne travaillerai pas à 25% de mon salaire. Alors là je me déchargeais de ma conscience sur le dos du gouvernement qui mettait des limites de travail. Maintenant ils les ont enlevées. Alors là, on travaille plus fort. »*

Ce passage montre un bel exemple des dilemmes des médecins de famille dans le temps des plafonds de rémunération trimestrielle. Au cours de l'entrevue, le cas03 parle de l'accessibilité aux services médicaux généraux offerts à sa clinique, comment il trouve ça difficile de pas être en mesure de répondre à la demande des gens (particulièrement pour les petites urgences, le sans rendez-vous), comment il aimerait avoir plus de collègues médecins de famille à la clinique pour mieux desservir la clientèle, comment il a un fort sentiment de responsabilité envers les patients. Ceci dit, il fermait malgré tout sa pratique lorsqu'il atteignait les plafonds de rémunération trimestrielle. Donc là, on peut voir que les intérêts d'ordre économique (dispositions propres au côté entreprise ou affaires de la pratique médicale). Et pour se donner bonne conscience, le cas03 utilisait la stratégie du blâme en se disant, et en le disant probablement à ses patients, que ce n'était de sa faute mais plutôt de la faute du gouvernement qui voulait l'empêcher de travailler. Il est possible que le cas03 ait également fait une utilisation implicite de la stratégie de faire comme les autres puisqu'il s'agissait d'un comportement courant des médecins de famille ou omnipraticiens à l'époque des plafonds de rémunération trimestrielle.

Le cas03 parle des influences positives et négatives de la rémunération sur la pratique des médecins de famille. D'entrée de jeu, celui-ci rapporte que pendant longtemps la rémunération était telle qu'il était plus rentable sur le plan financier de pratiquer des examens cliniques ordinaires chez

huit ou dix patients peu malades dans une heure de travail que de pratiquer des examens cliniques complets chez quatre patients très malades. La rémunération incitait donc davantage les médecins à pratiquer une médecine que le cas03 qualifie de « centre d'achat » où ceux-ci ne prennent en charge que des patients peu malades, des cas légers, et font surtout du renouvellement d'une ordonnance de médicaments.

*« C'était plus rentable de voir 8 patients, examen ordinaire dans une heure que 4 patients, ou 8, 10 patients... que de voir 4 patients avec des examens complets dans une heure. Ça, c'est de la re-prescription, c'est des affaires simples, ça ne demande pas une grosse jugeote, donc les cas sont super lourds et tu es mieux payé quand tu fais... présentement... là ça change beaucoup, mais avant les gens étaient mieux payés à faire de la médecine de centre d'achat qu'à faire du suivi de patients lourds. »*

La rémunération a ainsi longtemps exercé une influence négative en créant un contexte favorable à une pratique médicale axée sur le facile et le rapide.

En effet, le cas03 s'empresse d'ajouter que les choses changent beaucoup maintenant pour la pratique médicale en première ligne. Il est important de souligner qu'il croit beaucoup en la pratique dans une clinique privée. Celui-ci apprécie donc voir que les choses changent pour ce type de pratique, qu'il semble y avoir du renouveau. En effet, le cas03 avoue que c'est la première fois depuis une quinzaine d'années qu'il est témoin de changements importants se faire au niveau de la pratique médicale en première ligne et ce, de manière aussi continue et constante. Entre autres, il avoue admirer et avoir beaucoup d'estime pour le ministre Couillard.

*« Mais là ça change. C'est la première fois que je vois des changements se faire de façon aussi continue, constante. Je vous le dis, le Ministre Couillard, je l'admire. Oui, je l'aime beaucoup. »*

Cette estime est fondée sur les politiques mises en place par ce ministre et qui, aux yeux du cas03, facilitent et encouragent la pratique de première ligne en clinique privée. Encore une fois, ses arguments sont fondés sur des considérations d'ordre économique. Dans les faits, la très grande majorité, sinon toutes, les politiques invoquées par le cas03 touchent de près ou de loin des considérations économiques : rémunération à l'acte bonifiée, retrait du plafonnement trimestriel, montants forfaitaires pour le suivi et la prise en charge, enveloppe budgétaire pour les soins à domicile, etc. Tout ceci a des répercussions (à la hausse) sur le chèque de paie du cas03.

*« Ah oui. C'est tout un bonhomme. Moi je l'admire beaucoup. Il a fait des choses importantes, il nous a déplafonnés, donc il permet aux gros travailleurs de travailler. Il veut investir dans les soins à domicile. C'est clair, on le voit. Il a fait une bonne négociation avec notre syndicat, il s'est donné des outils pour orienter les médecins plus à domicile. Je pensais qu'il serait vraiment hospitalo centré, mais non, c'est un monsieur qui*

*est visionnaire. Il a accepté deux mandats comme Ministre de la Santé. Il faut le faire. J'ai beaucoup d'estime pour lui. Ah oui, on a des bons changements. Moi... au niveau de mon travail, c'est depuis 10 ans... mettons depuis... en 15 ans, c'est la première fois que je vois des décisions ministérielles faciliter et encourager mon travail. Bien je le vois sur mon chèque de paye, parce que je peux travailler plus. Avant ils nous plafonnaient. »*

Le cas03 soutient que c'est la première fois qu'il est témoin de la mise en place de nouvelles politiques qui encouragent réellement le suivi et la prise en charge au niveau de la pratique des soins de première ligne.

*« Mais c'est la première fois que je vois que la médecine hors hôpital, vraiment le suivi des patients est encouragé réellement. »*

Celui-ci fait ici surtout référence aux nouvelles modalités financières de l'incitation à assurer le suivi et la prise en charge de patients vulnérables, dont en outre le forfait de responsabilité et la rémunération majorée. Les jeunes médecins de famille ont d'ailleurs droit à un forfait de responsabilité nettement supérieur.

*« Bien là ça commence. Il y a une prime de 50\$ ou plus, tout dépendant des patients, par année, qui est versée au médecin s'il inscrit un patient ADM, et il y a une majoration de la rémunération qui est de 9\$. (...) Mais là un jeune médecin lui va recevoir 100 \$ de prime s'il en prend un patient. »*

Le cas03 affirme qu'il existe un besoin de créer des nouvelles modalités financières afin d'inciter les médecins de famille à offrir des services de soins de maintien à domicile. Il soutient qu'il fût longtemps moins payant de faire du suivi à domicile qu'en bureau. Il y a bel et bien eu une modification récente de la rémunération à domicile mais il semble que celle-ci ne soit pas une mesure incitative suffisante aux yeux du cas03. Celui-ci espère donc que le Ministre Couillard tienne son bout et accorde une majoration des actes pour les soins de maintien à domicile.

*« Il y a un nouveau code qui s'appelle PSA, qui est ambigu, mais qui fait que la rémunération à domicile s'est améliorée, mais ça longtemps été moins payant d'aller à domicile qu'au bureau. Là ça commence. Là j'ai hâte de voir ce qu'ils vont sortir dans notre nouvelle négociation, là je vais voir pour des soins à domicile si le Ministre va tenir son bout, mais il devrait majorer les coûts qu'il donne à domicile. Mais présentement, c'est pas payant... quand c'est bien organisé, ça peut être payant d'aller à domicile, autant que le bureau, quand on suit une clientèle vraiment lourde avec le code PSA, ça a bien de l'allure, mais il n'y a pas rien d'incitatif encore. »*

Selon les dires du cas 03, il existe un besoin réel de bonifier financièrement la pratique de soins de première ligne en clinique privée. D'autant plus qu'il considère que, si l'on prend en compte les responsabilités et les contraintes liées à la pratique en clinique médicale privée, ce n'est

pas rentable d'être propriétaire ou associé d'une clinique. Ceci dit, le cas03 pense qu'il y aurait présentement (du moins, au moment de l'entrevue) des pourparlers pour venir bonifier la pratique en clinique privée en tenant compte des frais inhérents à ce type de pratique.

*« Non, c'est pas rentable. Monétairement, c'est trop attachant pour la rentabilité que ça a. Alors là il faut qu'ils bonifient le fait d'être en pratique privée, et mettre plus d'argent, mais pour un fonctionnaire, c'est tannant. (...) Là ils nous ont déplaçonné, et là ils ont négocié 20% de rattrapage et c'est de la grosse argent qui est disponible pour refaire la facturation et balancer les affaires. Et ils sont supposés de bonifier la pratique privée en prenant compte des frais inhérents à la pratique privée. »*

Le cas03 croit beaucoup en la pratique dans une clinique médicale privée. Ceci est évident à plusieurs moments de l'entrevue, entre autres lorsqu'il parle de la pénurie de médecins de famille, des effets pervers de certains programmes gouvernementaux, des difficultés de recrutement, de la rémunération, de la valeur d'une clinique ainsi que des relations d'affaires avec les pharmacies et du nouveau code de déontologie du CMQ. En effet, il aborde très souvent les thèmes discutés dans la perspective d'une pratique médicale en clinique privée, et plus souvent qu'autrement, on sent le point de vue entrepreneurial derrière ses propos puisqu'il s'agit généralement d'être propriétaire, associé ou fondateur d'une clinique.

Le cas03 croit que la rémunération supérieure en CH est en partie responsable de la pénurie de médecins de famille en première ligne. Non seulement les médecins y sont-ils mieux payés, mais encore, ceux-ci n'ont aucun frais administratif (frais généraux, de bureau, etc.) à déboursier. D'autant plus qu'il demeure toujours possible pour un médecin de famille pratiquant en CH de quitter son emploi sans remord pour aller pratiquer ailleurs, dans une autre région par exemple, puisqu'il n'est pas responsable du suivi et de la prise en charge d'une clientèle.

*« Oui, ils sont bien rémunérés, ils peuvent être à l'urgence, ils font peut-être... je pense qu'ils font... combien de shifts d'urgence dans un mois... 14 ou 16, alors c'est quand même pas une charge d'ouvrage qui est trop lourde, et ils peuvent compléter avec la clinique externe, et ils se font des super bons salaires et ils n'ont aucun frais de bureau. Il peut décider du jour au lendemain, moi je suis écoeuré du (...), je m'en vais à Québec, ils partent, ils n'ont pas d'attache. »*

Le cas03 est d'avis que ce sont les trois à cinq premières années de pratique qui déterminent ce que le professionnel va faire pour le restant de sa carrière. De ce fait, si les nouveaux médecins de famille font le choix de débiter leur pratique médicale en CH parce que c'est le type de pratique qui offre le plus d'avantages sur le plan financier, alors ils vont probablement faire une carrière en CH.

*« Et c'est les 3 à 5 premières années de pratique qui déterminent tout ce que tu vas faire le reste de ta vie. Vous autres, vous avez dû voir ça j'imagine, on a dû vous enseigner ça. »*



*Alors à partir du moment où les jeunes débutent leur pratique en milieu hospitalier, parce que financièrement c'est là qu'ils sont le mieux, ils vont rester là toute leur vie. »*

Le cas03 est par ailleurs d'opinion que la rémunération supérieure accordée aux médecins de famille pratiquant en CH valorise, en quelque sorte, ces types de pratique au dépend de la prise en charge et du suivi en première ligne.

*« Bien en tout cas, tu es mieux payé. C'est une façon de valoriser ça. »*

Ce passage fait allusion à l'importance des soins hospitaliers aux yeux du gouvernement (et probablement de la société). Le gouvernement montre ses préférences en accordant des ressources économiques supérieures aux pratiques en CH. On peut voir ici que les ressources économiques possèdent une valeur symbolique puisque que ces dernières possèdent une reconnaissance particulière au sein de la profession médicale et de la société.

Le cas03 fait mention de problèmes de disponibilité et d'accessibilité aux services de santé. Il parle notamment de l'existence de délais d'attente, parfois longs, pour l'accès aux services diagnostiques, particulièrement lorsqu'il s'agit de situations cliniques non urgentes. Par ailleurs, celui-ci précise que les problèmes liés à l'accès aux services, tels que les temps d'attente, font en sorte qu'il prend parfois l'initiative d'appeler lui-même le département concerné afin d'expliquer la situation et de demander un accès rapide au service nécessaire. Il agit alors en tant que défenseur des intérêts de ses patients.

*« Résonance magnétique, c'est un an. Mais là ils ont ouvert la machine un petit peu, il y en a une privée, alors ils envoient les gens au privé, ça va un petit peu plus vite. Taco ça va assez vite à (...). Il faut faire confiance au radiologiste. Après ça, médecine nucléaire, c'est 3-4 mois. Quand on a de quoi d'urgent, il faut appeler. »*

En outre, pour certains examens diagnostiques, il lui arrive aussi de diriger ses patients vers des CH de la ville de Québec lorsqu'il juge que le délai d'attente est beaucoup trop long.

*« Là avec la résonance magnétique, c'est un petit peu moins criant, mais encore, j'ai des gens qui vont aller à Québec parce que ça va beaucoup plus vite à Québec; ils en ont deux à Québec, il y en a une à Saint-François d'Assise et l'autre... je pense que c'est à L'Enfant-Jésus... oui, c'est à L'Enfant-Jésus. Et là ils ont la résonance magnétique en dedans de 2 mois. »*

Le cas03 fait également mention de problèmes de disponibilité et d'accessibilité des services médicaux spécialisés. D'emblée, il dit que la disponibilité de ces services médicaux est bien en général, à quelques exceptions près. Pour certains problèmes de santé, celui-ci avoue même référer d'emblée ses patients vers des services spécialisés disponibles aux autres CH de la région ou

encore, à des CH de la ville de Québec. Le cas03 pense entre autres à l'accessibilité difficile aux services médicaux spécialisés en orthopédie de la région. Il lui arrive donc de référer ses patients vers des services orthopédiques offerts dans des CH de la ville de Québec.

*« Ici le plus gros problème c'est avec les orthopédistes, alors quand ça ne peut pas faire ici, on les envoie à Québec. On a des bons contacts avec les orthopédistes de Québec. »*

Il y a aussi la non-disponibilité de services médicaux spécialisés en rhumatologie dans la région et des besoins occasionnels de déplacements des patients à l'extérieur de la région pour avoir accès à ces types de services médicaux. Il parle notamment de l'existence de délais d'attente de deux ans pour l'accès aux services spécialisés en rhumatologie.

*« Ici on n'a pas de rhumatologue, des arthrites difficilement traitables, et là j'ai essayé ce que je connais, méthotrexate et Plaquenil, ces choses-là, et que là je suis rendu dans des problèmes... ça peut devenir complexe, parce que là je voudrais le référer pour avoir un traitement plus sophistiqué, les interférons des affaires comme ça et je sais que ça va prendre 2 ans si je le réfère en rhumatologie à Québec. »*

Enfin, il cite la pénurie des effectifs médicaux généraux au Québec et plus particulièrement le manque de médecins de famille offrant des services de soins de première ligne dans des cliniques médicales privées.

Enfin, le cas03 aborde les contraintes et les avantages imposés par le nouveau modèle d'organisation de l'offre des services médicaux de première ligne, soit le GMF. Celui-ci estime qu'il n'y a actuellement pas beaucoup d'avantages à ce que la clinique où il pratique soit accréditée GMF. En outre, il évoque son autonomie entrepreneuriale pour justifier les raisons pour lesquelles lui et ses collègues ne déposeront probablement pas une demande pour devenir GMF, tel que prévu. Celui-ci mentionne les contraintes liées aux heures défavorables (soirs, fins de semaine) et, de façon plus particulière, le fait qu'il ne serait pas le patron de l'infirmière puisque celle-ci demeurerait aux services du CSSS du territoire. D'autant qu'il y a, selon lui, un long processus de négociations avec le MSSS. Tout ceci pour dire qu'il juge que ça fait trop « fonctionnaire ». Si ses collègues et lui décident qu'ils ont besoin de services infirmiers et bien, ils vont engager eux-mêmes une infirmière ou un infirmier. Ceci dit, le cas03 souligne néanmoins certains avantages, tels que le fait que le modèle d'organisation GMF peut venir aider les médecins de famille qui ont de la difficulté à s'organiser, particulièrement les plus jeunes, en leur offrant une structure pour la pratique clinique en communauté. Il y a également des avantages sur le plan financier.

*« Ah non, ils n'offrent pas assez pour brimer mon autonomie. L'histoire de l'infirmière, c'est spécial, c'est même pas moi qui serais son patron, c'est... le CLSC demeure le patron de*

*l'infirmière, et c'est eux qui décident ce qu'elle va faire comme travail dans ma clinique et c'est moi qui lui offre le gîte et le couvert. (rire) Oui, ça fait que ce n'est pas mon employée directement. Alors là je trouve que c'est un petit peu broche à foin leur affaire. Et là il faudrait que je m'engage à toutes sortes d'affaires, l'ouverture de ci, de ça, et là... il faut s'enligner sur 6 mois de négociations pour continuer à faire ce qu'on fait déjà. C'est trop fonctionnaire. C'est des affaires de fonctionnaires. Nous autres on est bien organisés. Quelqu'un qui n'est pas organisé, des jeunes médecins qui ont de la difficulté à se structurer, je pense que ça pourrait les aider, mais je ne pense pas qu'on embarquerait là-dedans. J'en ai en discuter avec mes associées et si on identifie qu'on a vraiment besoin d'une infirmière, on l'engagera nous-mêmes. Et... mais ça ne nous déchargera pas, ça fait juste plus de gens qui vont venir ici, et ils ne seront pas nécessairement prêts à assumer les frais de bureau qui vont avec ça. Alors il y a des gens qui peuvent être avantagés au niveau de la rémunération parce que quand tu es GMF, il y a un forfait qui vient, un forfait patients, un montant d'argent qui se rajoute à chaque client que tu vois. »*

Une fois de plus, on peut voir dans ce passage l'importance qu'accorde le cas03 à son autonomie et ce, tant au plan professionnel qu'au plan entrepreneurial. Il tient à être le patron des individus qu'il a sous sa responsabilité et ne semble pas apprécier qu'on lui impose des contraintes d'heures d'ouverture. De plus, il ne semble apprécier guère les négociations avec les fonctionnaires. On peut donc voir que les intérêts d'ordre entrepreneurial du cas03 ont influencé sa décision de ne pas déposer une d'accréditation GMF auprès du MSSS et ce, malgré les avantages financiers de ce mode d'organisation.

Le cas03 parle des inconvénients de certains programmes gouvernementaux, tels que les AMP et les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en omnipratique. En outre, il juge que ces deux programmes sont également responsables de la pénurie de médecins de famille en première ligne. En outre, les AMP et les PREM ont pour conséquences qu'il est difficile pour les clinique médicales privées de recruter de nouveaux médecins de famille. Qui plus est, les AMP et les PREM ont tous deux un côté pervers. D'entrée de jeu, le cas03 rapporte que la mise en œuvre des AMP par le gouvernement a nui à la pratique médicale en cabinet privé dans la communauté en obligeant les nouveaux médecins de famille à aller pratiquer en CH puisqu'une fois que ces derniers commencent un type de pratique, et bien ils continuent là-dedans.

*« Ils ont nui beaucoup à la pratique privée en obligeant les jeunes à aller à l'hôpital. Parce qu'une fois que les jeunes commencent un type de pratique, ils continuent là-dedans. »*

Point intéressant, le cas03 est d'avis que les AMP ont tout simplement sorti les nouveaux médecins de famille des cliniques médicales privées. Une partie importante du temps des nouveaux médecins de famille est consacrée à répondre à leurs obligations d'AMP. Ainsi donc, ceux-ci doivent répondre aux besoins de services du territoire en faisant de l'hospitalisation, de l'urgence ou autres

types d'activités, avec les exigences administratives (réunions, participation à des comités, etc.) que ce type d'activités imposent. Il est donc probable que les nouveaux médecins de famille ne puissent offrir des services cliniques en première ligne qu'à demi-temps. Les AMP ne favorisent donc pas le travail dans la communauté, la prise en charge et le suivi d'une clientèle.

*« Si on prend un jeune médecin qui doit faire 12 heures d'AMP. Ici les AMP c'est une chose, c'est l'hospitalisation. Alors il ne fera pas juste 12 heures dans sa semaine. Il va faire probablement un demi-temps à l'hôpital. »*

Le cas03 développe davantage sa pensée en ajoutant que dans l'éventualité où les nouveaux médecins de famille décident d'offrir des services médicaux généraux dans une clinique médicale privée et bien, ils doivent participer aux frais généraux de celle-ci. Des frais généraux élevés peuvent alors être un facteur dissuasif. Il en résulte donc que plusieurs nouveaux médecins de famille préfèrent ne pas débiter leur pratique médicale dans une clinique privée. Il s'agit là de l'effet pervers des AMP.

*« Si je l'emmène ici à la clinique, nous autres on est super bien organisés, des secrétaires qui font la job et tout, mais ça coûte cher. Ça coûte bien trop cher. Ça fait que... ils vont dire non. Ils ne veulent pas partir en clinique privée, ils vont aller dans des sans rendez-vous, ils vont aller à l'urgence, ils vont aller... ils vont faire... c'est l'effet pervers des AMP... c'est ça, les activités médicales particulières, oui les AMP, c'est l'effet pervers des AMP, c'est que ça a sorti les gens des cliniques. »*

Autre point intéressant, le cas03 est d'avis que les PREM empêchent des regroupements de médecins de famille de se former puisqu'il est plutôt rare que ce programme autorise deux, trois et même quatre nouveaux médecins de famille à débiter leur pratique dans la même organisation clinique privée. Le but des PREM est de répartir équitablement les effectifs médicaux afin de pouvoir à toute la région. Néanmoins, le cas03 croît qu'il est moins apeurant de se regrouper si l'on désire prendre la relève d'une clinique médicale privée déjà existante ou encore fonder une nouvelle clinique. Puisque les regroupements sont presque impossibles dans le contexte actuel, et bien les nouveaux médecins préfèrent donc débiter leur pratique médicale là où c'est sécurisant, soit en CH.

*« Et avec les PREM, ils empêchent des regroupements de médecins de se former. Mettons que 3-4 jeunes... 2-3 jeunes arriveraient ici, et nous autres on commence à être vieux, et ils diraient "Dr (...), on va prendre la relève de votre clientèle et tout ça, on est 2-3, restez un an ou deux avec nous autres pour nous montrer la poutine et comment c'est administré et faire le roulis et"... (...) Non. Ça serait impossible, là. Alors là il faut les distribuer équitablement, mais ça va un petit peu contre le fait que les gens aiment se regrouper, et partir en groupe, c'est moins épeurant et tout ça. Des aventuriers, il y en a moins dans un groupe. Alors là les gens vont où c'est sécurisant: ils vont à l'hôpital. »*

Le cas03 laisse sous-entendre, dans ce passage, que les PREM peuvent avoir pour conséquences d'inhiber le côté entrepreneur des nouveaux médecins de famille. On peut avoir encore ici que le cas03 possède de fortes dispositions propres à l'esprit d'entreprendre ou aux affaires.

Les tracasseries et lourdeurs administratives sont parmi les choses qu'il trouve difficiles, qui lui déplaisent le plus dans sa pratique. En guise d'exemple, le cas03 dit d'emblée, et en riant, ne pas apprécier la CSST.

*« Présentement la CSST. (rire) Ils sont fous. Après ça, les tracasseries administratives, comme tous les médecins. »*

Mais ce qui lui déplaît par dessus tout, c'est l'incapacité de répondre à la demande de services des individus, le refus de donner accès à ses services aux individus. Le cas03 ne croît pas qu'il y ait un manque d'effectifs en médecine familiale au Québec. En fait, il est d'avis qu'il y a plus de médecins de famille par habitant au Québec que partout ailleurs dans le monde. Selon lui, le réseau se doit d'être mal balancé ou mal structuré puisque l'offre de services ne se fait pas et que les individus sont incapables de se trouver un médecin de famille.

*« Ce qui me déplaît beaucoup, c'est de ne pas être capable de répondre à la demande des gens, c'est de dire non aux gens. Ça... on manque de... on ne manque pas d'effectifs, en fait au Québec on a plus de médecins de famille que bien ailleurs au monde, sauf qu'on dirait que le réseau est mal balancé ou mal structuré. L'offre ne se fait pas. Les gens ne sont pas capables de se trouver de médecin de famille. »*

On peut voir dans ce passage que le cas03 semble porter beaucoup d'intérêts pour l'accessibilité à ses services médicaux. Il semble d'ailleurs que le cas03 ne fasse pas seulement référence aux difficultés d'accessibilité pour ses patients, mais aussi pour la communauté. Il n'apprécie guère d'être dans l'impossibilité de répondre à l'ensemble des demandes et d'avoir à refuser de prendre de nouveaux patients. Dans un premier temps, il s'agit de dispositions propres au professionnalisme médical. Cela dit, il peut peut-être s'agir du rôle social du médecin et donc, de ce fait, de dispositions propres à la médecine sociale.

Lorsque l'intervieweuse lui demande qu'est-ce qu'il lui faudrait pour être le médecin de famille que vous rêvez d'être, le cas03 répond d'emblée qu'il n'est pas bien loin d'être un médecin de famille idéal à ses yeux. Il ne lui manque que quelques collègues médecins de famille de plus dans sa clinique médicale. Ceci ne serait pas pour alléger la charge de travail du cas03 puisque ce dernier précise qu'il travaillerait tout aussi fort. En fait, il s'agirait de mieux desservir leur clientèle

en facilitant l'accessibilité aux services. Le cas03 croît qu'il faudrait cinq médecins de famille pratiquant à la clinique médicale pour bien desservir la communauté. Au moment de l'entrevue, il y a 7 500 dossiers médicaux actifs.

*« Pour être le médecin de famille idéal... Bon, on n'est pas loin de ça. Il me manquerait juste un couple de médecins de plus dans la clinique. Je travaillerais fort quand même, ça serait pour répondre vraiment mieux à notre clientèle, pour qu'il y ait un accès plus facile. Nos personnes âgées à domicile, ça va bien, ils sont bien servis et il n'y a pas de problème. Les (...) ça va super bien. Ceux qui ont... les enfants ont comme une entrée presque automatique, mais encore là, c'est pour les petites urgences que je trouve que les gens sont mal servis. Bon, on ne peut pas tout faire. »*

## **Place et rôle de l'évaluation économique dans la pratique clinique**

Le cas03 est peu familier avec le terme l'évaluation économique, mais dit plutôt connaître et être familier avec le terme pharmacoéconomie. Celui-ci avoue qu'il n'a pas reçu de formation spécifique sur l'évaluation économique ou pharmacoéconomique, s'étant plutôt familiarisé aux notions de ce type de connaissances au fur et à mesure de ses activités de DPC (présentations, formations) et de ses lectures. Il ajoute d'ailleurs d'un ton rieur que ces notions n'existaient pas dans son temps.

*« Non, bien j'ai lu des articles, mais je n'ai jamais eu de formation comme tel; je ne penserais pas. Non, ça n'existait pas dans mon temps. (rire) »*

Il a écouté avec attention et intérêt l'explication de l'évaluation économique faite par l'intervieweuse.

Suite à cette explication, le cas03l a mentionné que les notions de ce type de connaissances sont souvent présentées dans les présentations et les formations à lesquelles il participe.

*« Bien dans les présentations, ils nous amènent souvent ces choses-là, il y a souvent des études de pharmacoéconomie qui sont faites où ils démontrent que l'utilisation de tel médicament diminue les coûts de santé et au bout de la ligne il est rentable. Statistiquement... en cardio, ils sont bien bien forts de ça; justement pour l'utilisation du Plavix une heure après une dilatation coronarienne ou en angine instable ou ces choses-là. Alors ça, je pense... moi en tout cas j'ai déjà des notions que ces choses-là nous sont présentées, c'est pas moi qui vérifie, mais ils vont dire "bon, l'utilisation de ce médicament-là a démontré son efficacité clinique et au niveau économique il est démontré aussi qu'il pouvait sauver des coûts de santé." »*

Point intéressant, le cas03 rapporte que la présentation d'informations issues d'évaluations économiques (ou pharmacoéconomiques) est fréquente lors de formations sur des nouveaux

médicaments. De plus, il dit que la présentation de ce type d'informations est plus fréquente dans certains domaines médicaux, tels que la cardiologie, l'hypertension et le diabète. D'autre part, il croit qu'il y a des domaines médicaux dans lesquels la présentation de ce type d'informations est moins fréquente. Mais plus encore, les informations issues d'évaluations économiques ne sont pas disponibles pour toutes les interventions médicamenteuses ou autres disponibles. Ceci explique entre autres pourquoi le cas03 pense qu'il y a des pans de sa pratique où ces informations peuvent bien s'appliquer et il y en a d'autres où ce n'est pas applicable.

*« Oui, oui, oui. Ils nous démontrent, ce nouveau médicament, ils vont en parler. Par contre, ici je ne pourrais pas vous dire que ça, ça été fait pour le Rasilez, je ne l'ai pas vu encore, mais ils vont faire des études pour le faire. En cardio ils sont bien forts sur ça. Hypertension et diabète aussi. Dépression, je ne pourrais pas vous dire. Ça ils ne feront pas d'étude de pharmacoéconomie, ça prend du monde, ça prend beaucoup de gens pour être capable de faire des études dans ce sens-là. Alors je pense qu'il y a des pans de ma pratique où ça peut bien s'appliquer et il y en a d'autres où ce n'est pas applicable. »*

De façon tout à fait intéressante, lorsque l'intervieweuse demande au cas03 comment ses confrères réagissent à la présentation d'évaluations économiques ou pharmacoéconomiques, particulièrement lorsque les effets des interventions sont relativisés avec les coûts, celui-ci répond d'emblée que c'est bien accepté puisque que c'est quelque chose qui est déjà dans la pratique.

*« C'est bien accepté. Ah oui. C'est quelque chose qui est dans notre pratique. Ne pas demander trop d'exams inutilement, s'assurer que si on fait un suivi, qu'il est adéquat et quel examen on va demander, et il ne faut pas trop en demander parce que ça coûte cher. C'est ça. Ça, c'est déjà inclus dans l'acte médical. Ça, c'est des questions qu'on se pose. »*

Entre autres, il est d'avis que la sensibilisation des nouveaux médecins quant à la prise en compte des considérations économiques dans la pratique est partie intégrante de la formation médicale.

*« Ils sont sensibilisés à ça. Oui. Et aux controverses par rapport à l'emploi des médicaments, et ces choses-là. »*

Il semble, à la lecture de ces deux passages, que le discours du cas03 fasse davantage référence à la notion de coût comme tel qu'à une évaluation économique à proprement parler. En effet, celui-ci soutient que l'acte médical inclut une réflexion sur l'utilité et la pertinence de l'utilisation des ressources de santé dans un contexte où il faut limiter les demandes d'utilisation des ressources pour des raisons économiques. La mise en relation entre les coûts et les effets des ressources se situerait donc à ce niveau.

Fait encore plus surprenant, le cas03 est le seul parmi l'ensemble des participants (cas et informateurs-clés) de cette recherche qui rapporte que les informations issues d'évaluations économiques sont couramment présentées dans les articles et les revues systématiques de la littérature qu'il lit.

*« Maintenant là, dans les articles et les revues de littérature, c'est devenu une façon... ils nous font tout le temps ça. »*

En outre, lorsque questionné sur la place et le rôle de l'évaluation économique dans les revues distribuées gratuitement par les organisations professionnelles, le cas03 limite ses propos à la revue *La Lettre Médicale*, précisant que celle-ci présente toujours des informations quant aux coûts des interventions médicamenteuses. La revue met ensuite les bénéfices des interventions en relation avec les considérations économiques lors de la rédaction de leurs recommandations.

*« Il y a La Lettre Médicale. Oui, ou ils vont faire des études davantage du médicament par rapport à ceux déjà existants et par rapport à son coût. Alors s'il n'a pas démontré un avantage réel et qu'il est à un coût supérieur, ils vont dire oubliez ça. Ah oui. »*

Le cas03 poursuit des propos en feuilletant quelques exemplaires de la *Lettre Médicale*.

*« (Inaudible) est efficace pour le contrôle de l'asthme et pour l'amélioration. Ils nous montrent le coût ici. Le coût est toujours là. Là ils nous disent en général les coûts, le nouveau médicament dont ils parlent, il doit être dans les mêmes coûts à peu près ou plus cher. Alors s'il est plus cher, ils nous disent "n'est pas clair s'il offre un avantage quelconque par rapport aux autres". »*

Encore une fois, le discours du cas03 semble faire davantage référence à la notion de coût comme tel qu'à une évaluation économique à proprement parler.

Lorsque l'intervieweuse demande au cas03 s'il serait confortable à l'idée d'inclure une section dédiée aux informations issues d'évaluations économiques lors de la rédaction des GPC, celui-ci répond d'entrée de jeu dans l'affirmative. Il ajoute d'ailleurs qu'il prend d'emblée pour acquis que les coûts ont été considérés ou mis en relation avec les effets des interventions.

*« Ah oui. Oui, oui, oui. Aucun problème. De toute façon, moi je prends d'emblée que ça été fait. »*

Néanmoins, il estime par ailleurs que le sentiment d'ingérence est l'un des obstacles importants à la prise en compte des informations issues d'évaluations économiques dans la prise de décision clinique.

*« C'est le sentiment d'ingérence. »*



On peut voir ici que le cas03 fait allusion à l'autonomie professionnelle, une ressource culturelle de la profession médicale, pour expliquer les raisons qui amènent les médecins à ne pas considérer les informations issues d'évaluations économiques dans leur processus décisionnel.

Il a parfois répondu aux questions sur le sujet selon une perspective macro. Selon lui, lorsque considérée, l'application des informations issues d'évaluations économiques doit se faire intelligemment sans primer sur les autres critères.

*« En fait il faut que les études économiques soient utilisées de façon intelligente, que ça ne pèse pas plus lourd dans la balance que les autres facteurs. »*

Le cas03 mentionne alors que les considérations thérapeutiques des services se doivent de prédominer sur les considérations économiques.

*« Mais au début, ils auraient voulu que tout le monde commence avec l'Hydrodiuril, et qu'on traite l'hypertension avec ça, mais ça veut dire qu'il faut revoir le patient, ça veut dire qu'il faut rajouter un autre médicament. Maintenant d'emblée, souvent on va y aller avec des combinés. Et pour l'hypertension, le gouvernement a accepté de payer des combinés. (...) Mais en plus il y a des études qui ont démontré que les molécules comme les ARA et les ACE vont avoir des effets de prévention chez les diabétiques au niveau de la micropathie et au niveau de ci et au niveau de ça, et l'Hydrodiuril ne l'a pas montré, alors là c'est bien difficile pour le gouvernement, ou pour le CRUM ou pour n'importe qui de dire bien là, donnez-leur de l'Hydrodiuril, ça coûte moins cher. Il aurait l'air fou. »*

On peut voir dans ce passage que les dispositions propres au professionnalisme médical se doivent d'être dominantes dans le processus décisionnel et ce, même au niveau « macro » du système de santé. Les décisions portant sur les politiques de santé telles que le remboursement des médicaments, par exemple, doivent être principalement fondées sur des considérations d'ordre thérapeutique ou médical.

Le cas03 parle alors de mettre les informations issues d'évaluations économiques en perspective, particulièrement dans la perspective où le gouvernement a des contraintes budgétaires importantes. Point intéressant, il parle à quelques reprises de l'incapacité et de l'impossibilité du gouvernement de traiter tout le monde, particulièrement au niveau de la prise en charge de l'ensemble de la population pour les soins courants et la prévention. Il s'agit là définitivement d'un des thèmes récurrents de l'entrevue, particulièrement lorsque le cas03 aborde l'utilisation des ressources ainsi que la place et le rôle de l'évaluation économique. Selon ses dires, le gouvernement n'a ni le courage ni la possibilité politique d'informer la population de son incapacité économique de financer tous les services de santé à l'ensemble de la population. Il est d'avis que le

gouvernement offre un bon financement pour les soins de début et de fin de vie ainsi que pour la soins aigus et pour les maladies graves. Celui-ci opine toutefois que la classe politique ment à la population en lui faisant croire qu'il est en mesure de financer l'ensemble des services de soins de santé courants et de prévention.

*« Mais moi, je mets toujours ça en perspective, du fait qu'on n'est pas capables de traiter tout le monde. Alors par rapport à ça... c'est pas facile... c'est que dans le débat, c'est que le gouvernement n'a pas le courage et la possibilité politique d'informer les gens que tout le monde ne peut pas être traité. Tout le monde n'est pas traité actuellement au Québec et le gouvernement n'a pas les moyens de traiter tout le monde pour les maladies courantes et pour la prévention. On traite bien les gens en fin de vie, on s'occupe bien des gens pour les maladies graves et les maladies urgentes, mais au niveau des soins courants et de la prévention, on n'a pas les moyens de traiter tout le monde. »*

Qui plus est, le cas03 souligne l'importance de l'évaluation économique ou pharmacoéconomique, mais précise qu'il existe des limites aux informations qu'elle peut fournir. En outre, un certain pourcentage seulement des personnes à traiter auront éventuellement recours aux services de santé. Il est donc également pertinent de considérer les informations issues d'évaluations économiques selon cette perspective.

*« Parce que si vous disiez que dans mon étude de pharmacoéconomie l'utilisation de ce médicament-là peut réduire les coûts de santé de tant et qu'il ne sera pas utilisé chez plus que 15% de la population, ça veut dire qu'au bout de la ligne... (rire) C'est pour ça que la pharmacoéconomie c'est important, mais ça a une limite. »*

D'autant plus que, selon celui-ci, les compagnies pharmaceutiques utilisent les évaluations économiques afin de se démarquer par rapport à d'autres médicaments, en fondant leurs estimations sur l'ensemble de la population à traiter alors que la réalité est tout autre et qu'en bout de ligne les impacts sur la santé ou sur les coûts ne seront pas les mêmes.

*« Et là les compagnies pharmaceutique, d'après moi elles utilisent ça présentement pour se démarquer par rapport à d'autres médicaments. Et ils offrent des études au gouvernement comme si tout le monde avait été traité. Là le gouvernement prend ça et accepte le médicament, alors que seulement 10 à 15 ou 20% de la population va être traitée et qu'au bout de la ligne tu n'auras pas les mêmes impacts sur la santé parce que les autres sont tous malades. (rire) »*

On peut peut-être imaginer ici que le cas03 considère que les compagnies pharmaceutiques utilisent l'évaluation économique ou pharmacoéconomique comme un outil de marketing.

## Place et rôle de l'information et des connaissances dans la pratique clinique

Le cas03 affirme que les connaissances issues des données probantes (études scientifiques, GPC) sont des informations importantes qui influencent sa pratique. Celui-ci commente d'emblée et en riant qu'il est quelquefois content de recevoir des GPC puisque ces derniers viennent confirmer une pratique qu'il a déjà et qui était déclaré comme une pratique aberrante. Il continue avec un commentaire ricaner faisant allusion à la reconnaissance, au sentiment de ne plus être en danger et à la peur de recevoir la visite des « méchants de la corpo ». Le cas03 enchaîne, d'un ton plus sérieux, que les GPC lui sont parfois particulièrement utiles dans des domaines qu'il connaît moins en lui apportant une bonne façon d'envisager le traitement. Il va suivre les recommandations en fonction des particularités de chaque patient.

*« Oui, c'est des choses qui sont importantes. Des fois je suis content de les voir arriver parce qu'elles confirment quelque chose que je faisais déjà, et qui était déclaré une pratique aberrante (rire), là je dis "ah! C'est super maintenant, regarde... je suis reconnu, je ne suis plus en danger et je n'ai plus peur de voir arriver les méchants de la corpo." Et d'autres fois, c'est super utile, parce que quand c'est dans des domaines que je connais moins, ça me donne une bonne façon d'envisager le traitement. »*

Le mouvement de la pratique de la médecine fondée sur les données probantes (MFDP; *evidence-based medicine [EBM]*) a quand même ses limites. En effet, le cas03 poursuit ses propos en ajoutant que bien que les connaissances soient indispensables à la pratique, il n'y a pas que celles-ci qui priment. En effet, il est d'avis qu'il serait problématique de ne s'intéresser qu'à ce qui est démontré sur le plan scientifique. Selon lui, en général, les nouvelles pratiques, les nouvelles façons de faire sont le fruit d'individus qui innovent en œuvrant en dehors de la pratique de la MFDP. Le cas03 cite en exemple un de ses champs d'intérêts pour lequel il existe peu de données scientifiques de qualité et qui, par ailleurs, ne fait actuellement pas partie du programme de formation en médecine. Le champ en question est en développement et touche, selon lui, une grande proportion d'individus avec comme conséquences des impacts majeurs sur la santé. S'il attend la disponibilité d'un GPC pour prendre en charge ces individus, alors il doit faire comme bien des médecins et ne pas s'occuper des individus en question. Il y a des individus qui vont souffrir en bout ligne.

*« Alors les connaissances sont indispensables, mais c'est pas juste ça qui prime. Alors si on s'intéresse juste uniquement à ce qui est démontré scientifiquement, on va avoir un problème, parce qu'en général, ceux qui découvrent des nouvelles applications, ceux qui pensent à des nouveaux types de traitements, c'est ceux qui innovent et qui vont en dehors*

*du champ de l'évidence-based. Moi ici, on... je parle pour ma paroisse, on a une clinique (...) où on traite des (...) qui sont atteints (...). (...), c'est une forme (...), mais il peut y en avoir plein, relié à la médication, relié au diabète de plus en plus, 30% des diabétiques sont (...) et on n'a pas encore d'evidence-based medicine là-dedans. Tout est en train de se bâtir tranquillement, les recherches se font, c'est des recherches sur des petits échantillonnages. Et c'est pas enseigné dans les universités. J'ai rencontré des résidents en médecine l'année dernière, je faisais une présentation à (...) et ils n'avaient jamais entendu parler de ça. Pourtant, ça va toucher une grande proportion (...) et ça a des impacts sur la santé majeurs. Et c'est en train de se développer. Alors si j'attends un guide de pratique pour m'occuper de ces gens-là, bien je vais faire comme bien des médecins, je ne m'en occuperai pas du tout. Et il va y avoir des gens au bout de la ligne qui vont souffrir. »*

En résumé, le cas03 est d'avis qu'il est nécessaire d'atteindre un équilibre, une balance entre le technicien et l'artiste. Il y a des pans de la pratique où il est important de suivre les recommandations des GPC afin d'éviter d'avoir une pratique aberrante. Celui-ci mentionne alors le besoin de traiter les individus de façon logique à l'aide de services pour lesquels l'efficacité est démontrée. D'un autre côté, s'il se confine seulement à cela, il n'est plus un artiste, il n'est plus un médecin mais il est un technicien.

*« Alors il y a des bouts où il faut s'occuper, il faut suivre les lignes directrices pour ne pas avoir une pratique aberrante, traiter les gens de façon logique et qui a démontré une efficacité, en même temps, si je me confine juste à ça, je ne suis plus un artiste, je ne suis plus un médecin, je suis un technicien. Moi c'est comme ça que je vois ça. »*

Le cas03 fait appel à différentes sources pour obtenir des informations ou des connaissances. Ces sources lui sont utiles autant pour maintenir ses connaissances que pour en acquérir de nouvelles. Il utilise des sources écrites ou orales. Ses lectures sont une source importante. Entre autres, il donne occasionnellement des formations et des présentations portant sur ses champs d'intérêts. En préparation à ces activités, le cas03 doit consacrer beaucoup d'heures à la recherche et à la lecture des articles scientifiques. Ceci lui permet l'acquisition de connaissances profitables à sa pratique.

*« J'ai fait des formations aussi, comme (...) et (...), (...) et (...), (...) et (...), j'ai fait une autre présentation... (...) Quand je fais une présentation, il faut que je mette beaucoup, beaucoup d'heures de recherche, lire des articles, ça c'est super profitable aussi. C'est l'enseignant, qui en fait le plus. »*

Ces présentations et ces formations sont généralement réalisées à la demande de compagnies pharmaceutiques et moyennant une rémunération substantielle.

*« Moi, quand une compagnie pharmaceutique m'engage pour aller faire une présentation, je m'arrange pour avoir un salaire qui a du bon sens. Je m'arrange pour que ce soit au moins équivalent à ce que je gagnerais dans ma journée de bureau et je suis un gros travailleur, alors je leur demande des bons montants. »*

Comparativement aux sept autres cas et des huit informateurs-clés, l'industrie pharmaceutique est définitivement sa principale source d'information et de connaissances. Le cas03 semble avoir des liens très étroits avec l'industrie pharmaceutique et ses représentants. En outre, certaines compagnies pharmaceutiques l'ont aidé à mettre sur pied d'un programme et une clinique spécialisée dans un de ses champs d'intérêts particuliers. Le cas03 dit que lui et ses deux collègues de la clinique s'entendent très bien avec les représentants pharmaceutiques et qu'ils les reçoivent bien lors de leurs visites. En retour, les représentants amènent à la clinique des médecins spécialistes en visite dans la région. Ceci permet au cas03 et à ses deux collègues d'avoir des formations qu'ils jugent utiles dans des domaines bien spécifiques et sur des problématiques qui les intéressent.

*« Souvent parce qu'ils savent qu'on a toutes sortes de dadas, et on s'entend bien avec les représentants. On les reçoit bien et eux autres, ils nous le retournent bien. Alors quand ils amènent un spécialiste dans le coin, souvent ils vont nous l'amener ici. Quand c'est possible. Et là, ça nous permet de présenter nos cas et c'est vraiment une formation qui est plus... qui est beaucoup plus utile parce que nous autres, s'il y a des points précis qu'on veut aborder, bien on les aborde. »*

Aux yeux du cas03, la formation à laquelle il a accès grâce aux compagnies pharmaceutiques est la meilleure qui soit.

*« La formation qui m'est donnée ici, c'est par les compagnies pharmaceutiques, et je ne peux pas avoir de meilleure formation que ça, ils font venir des spécialistes de tout partout. Et ces gars-là, on parle... le dernier monsieur qui est venu nous voir il a été invité par une compagnie je pense qui met Tramadol sur le marché, je ne me souviens plus lequel, (inaudible) ou quelque affaire. Et c'est un spécialiste de la fibromyalgie. Le gars a écrit des volumes sur la fibromyalgie, il en mangeait de la fibromyalgie! Alors on a discuté avec lui de ça de A à Z. On lui a appris des choses, il nous a appris des choses. Et ça, on a été 1½ heure de temps avec. C'était merveilleux. »*

Lorsque l'intervieweuse lui demande s'il craint les conflits d'intérêts, le cas03 répond rapidement qu'il n'y en a pas et ce, autant à son niveau qu'au niveau des médecins spécialistes. Lorsque lui ou ses collègues éprouvent des doutes, ils demandent aux représentants de ne pas amener le médecin spécialiste à nouveau.

*« Il n'y en a pas. Quand il y en a, on dit aux compagnies pharmaceutiques, amenez-nous plus celui-là, il était peinturé en rouge et c'est pas intéressant. »*

Quant à lui, le cas03 prétend qu'il demeure objectif lors de ses formations et de ses présentations réalisées à la demande des compagnies pharmaceutiques. Celui-ci présente les données scientifiques disponibles dans les études. Ce n'est pas un produit plus qu'un autre.

*« Et des bons présentateurs, c'est comme ça, c'est pas plus un produit qu'un autre, c'est les données scientifiques, c'est une étude, on présente une étude. Moi mes présentations sont faites en fonction de l'étude. »*

Cela étant dit, le cas03 travaille avec quelques compagnies pharmaceutiques afin de former les médecins omnipraticiens à poser des questions concernant un trouble ou symptôme fonctionnel en particulier, de montrer aux médecins qu'il s'agit d'un indicateur de santé.

*« Présentement, c'est les gens qui ont des inhibiteurs de (...), (...), (...) et (...), là ils se battent pour ça. Et je leur explique la même affaire. Il faut démontrer aux omnipraticiens qu'il faut poser la question "avez-vous (...)" et les indications de le faire, c'est rendu dans le consensus (...) 2006, c'est une question qui doit être posée, bon, on va faire de la formation, on va montrer aux gens que c'est un indicateur de santé. Ils ont commencé à la poser et après ça ils utiliseront ce qu'ils veulent. »*

Son intérêt est purement sur le plan clinique. C'est de traiter des individus qui autrement pourraient ne pas être pris en charge convenablement, ou peut-être pas du tout, puisque les médecins n'auraient pas une formation adéquate sur certains problèmes de santé particuliers. Il s'intéresse ainsi donc à la « grosseur de la tarte », c'est-à-dire au nombre d'individus à traiter et non pas à la part de marché des compagnies pharmaceutiques.

*« Les compagnies, ici, on a travaillé ensemble avec (...) et tout ça, on leur avait dit "écoutez, c'est plus facile de faire grossir la tarte que de dire on va faire grossir ton morceau. Si moi je fais grossir la tarte, je suis content parce que je considère que les gens qui sont (...), qui sont symptomatiques et qui ne sont pas traités, c'est terrible, (...) on les ramasse dans les journaux en face à face avec des autobus et des camions, et moi mon intérêt c'est qu'ils soient traités, alors je fais de la formation pour que ces gens-là soient traités et vous autres, vous vous arrangez pour avoir votre part du marché." »*

Le cas03 assiste de temps en temps à des congrès, parfois internationaux, organisés par des sociétés savantes ou par l'industrie pharmaceutique et qui portent sur ses champs d'intérêts particuliers. L'industrie pharmaceutique finance parfois sa participation à des congrès.

*« On va faire aussi des congrès, comme là on est allés en congrès pour (...), c'était une croisière, des congrès-croisières pour joindre l'utile à l'agréable, mais c'était vraiment bon. C'était les gens de la Colombie-Britannique qui présentaient ça, et en (...), ils sont pas mal avancés, alors c'est des choses qu'ils nous ont comme appris là qui étaient intéressantes et on a vu aussi que notre affaire fonctionnait bien, qu'on était bien organisés. Alors on va faire ça. Il y a des congrès internationaux aussi, pour la santé (...), je suis allé au congrès de (...), je suis allé une fois... on est allés en Autriche, à Prague. Prague ça avait été payé par une compagnie, en Autriche c'est moi qui l'ai payé. »*

Le cas03 participe peu à des activités de DPC organisées par les universités, la FMOQ ou autres et ce, particulièrement lorsqu'il s'agit de présentations magistrales. Le cas03 avoue, en riant,

avoir développé un « urticaire » aux gros congrès formels. Somme toute, il ne participe à ce genre d'activités que lorsqu'il n'a pas le choix puisqu'il a des questions bien précises.

*« Et des présentations magistrales, c'est l'affaire la plus pourrie qu'il n'y a pas en enseignement. Alors quand je n'ai pas le choix j'y vais, quand j'ai des questions bien précises. »*

D'autant plus que, selon lui, les activités universitaires de DPC se déplacent rarement dans sa région.

*« S'il fallait que je me fie sur l'université pour venir me former ici, je n'en aurais pas de formation. Je n'aurais aucune formation. »*

Qui plus est, le cas03 confie avoir toujours pris les programmes de formation avec un bémol, les considérant davantage comme des programmes d'achat de crédits en quelque sorte. Les obligations de crédits sont ridicules à ses yeux puisqu'il est d'opinion que les médecins sont en général diligents et qu'ils maintiennent leurs connaissances à jour. En fait, il pense que les programmes, tel que le Plan d'autogestion du DPC du CMQ, reflète surtout un besoin de contrôle de la part des organisations professionnelles et académiques. De ce fait, le cas03 ne participera pas au Plan d'autogestion du CMQ, particulièrement puisque le programme est public et que les patients pourraient éventuellement utiliser ce type d'information lors de recours juridiques.

*« Alors les programmes de formation, j'ai toujours pris ça avec un bémol parce que c'était plus l'achat de crédits. Je vois ça un petit peu comme la bourse de carbone. Tu as le droit de polluer en autant que tu es assez riche pour t'acheter des crédits de carbone. Il y a bien des médecins qui s'en vont aux congrès, et qui ont des pratiques aberrantes. J'en connais. Alors moi des obligations de crédits, je trouve ça ridicule. Alors le programme PADPC (Plan d'Autogestion du Développement Professionnel Continu), je l'ai, mais je ne le remplirai jamais. Parce qu'ils ont oublié de dire une chose dans ce programme-là, et ça c'est important, c'est que c'est public cette histoire-là. Si je remplis ces fichiers-là et que je les remets et qu'un patient me poursuit en cour, il a le droit de faire sortir mon fichier, et de faire dire "regarde le Dr (...) a dit qu'il avait une faiblesse dans tel domaine et c'est drôle, regarde, moi je suis"... Alors je pense que c'est plus un besoin de contrôle des organisations de Mme Beaulieu et d'André-Pierre et compagnie et du Collège, parce que la majorité des médecins que je connais sont diligents et ils font leurs formations et ils veulent apprendre. »*

On peut voir dans ce passage que le cas03 semble craindre tout ce lui apparaît, de près ou de loin, comme des mesures de contrôle de la pratique. Ceci laisse sous-entendre encore l'importance de l'autonomie professionnelle aux yeux du cas03. Il semble craindre également le jugement de sa pratique dans l'éventualité d'une poursuite judiciaire. On fait ici allusion à la présence des avocats et des juges dans le champ.

Le cas03 souligne l'importance des connaissances tacites acquises par l'expérience, telles que les connaissances de l'histoire du patient et de la famille. Ces connaissances lui sont par ailleurs notamment utiles lors de prise de décision diagnostique.

*« Dans le fond je connais tout le monde, je connais l'histoire, moi... en tant que médecin de famille, c'est fantastique, le travail. On connaît des histoires sombres aussi, et... quand je rencontre les gens, c'est beaucoup plus facile pour moi de faire des diagnostics. »*

Lorsque l'intervieweuse lui demande si on parle d'intuition, d'intelligence ou de savoir-faire en médecine, le cas03 répond d'emblée qu'on parle d'intelligence et qu'il considère que l'intelligence englobe compréhension et intuition également. L'art de la médecine se trouve à ce niveau-là. Plus précisément, celui-ci interprète l'art comme étant avant tout une capacité relationnelle. Il aborde la relation avec le patient. Grosso modo, l'art représenterait peut-être 70 % de la pratique, tandis que les connaissances 30 %. Le cas03 juge néanmoins que les connaissances sont indispensables à la pratique médicale.

*« Intelligence. Intelligence veut dire compréhension et intuition aussi, l'art, l'art de la médecine, c'est là. Moi je dirais, l'art j'interprèterais ça comme la relation avec le patient. C'est les capacités relationnelles. C'est aussi... moi je mettrais un gros 70%. 30 % sur les connaissances. Mais les connaissances sont indispensables. »*

Aux yeux du cas03, l'art médical se fonde sur un des préceptes fondamentaux du serment d'Hippocrate, soit « *primum non nocere* » (« d'abord, ne pas nuire »). Le médecin est là pour aider les individus en premier lieu, pour leur être utile, et non pas pour leur nuire. Ainsi donc, il faut que les médecins soient capables d'identifier les besoins des individus, de se mettre à leur niveau et d'être un conseiller plus qu'un dictateur de soins. Pour lui, l'art se situe dans la capacité de prendre les directives et recommandations scientifiques et de les appliquer à des êtres humains et ce, tout en s'assurant que ceux-ci puissent en tirer avantage le plus possible.

*« En fait, c'est... c'est le "primum, non nocere" on est là premièrement pour aider les gens, pas pour leur nuire. Ça fait qu'il faut être capable d'identifier leurs besoins, se mettre à leur niveau et être un conseiller plus qu'un dictateur de soins. Alors l'art, c'est d'être capable de prendre des directives scientifiques, et de les appliquer à des humains et s'assurer qu'ils puissent en tirer le plus possible pour eux. »*

Dans ces deux passages, on peut voir que le cas03 considère que l'intuition est incluse dans l'intelligence et que l'art de la médecine se retrouve au niveau de cette intelligence. L'art est alors vu surtout comme une capacité relationnelle, à laquelle s'ajoute une capacité d'appliquer les connaissances scientifiques (recommandations de consensus, GPC, etc.) aux circonstances propres des individus. Ceci correspond à ce que Bourdieu appelle le sens du jeu (ou le sens pratique) dans



lequel sont impliqués les acteurs sociaux. La bonne intuition dans la pratique de la médecine est le résultat de la mise en œuvre de dispositions acquises tout au long de la formation et de la pratique médicales.

## **Place et rôle du médecin de famille dans l'utilisation des ressources de santé**

Le cas03 a une opinion unique (en comparaison aux sept autres cas et aux huit informateurs-clés) et intéressante en ce qui concerne la double considération de la responsabilité face au patient et de la responsabilité face à la société dans la pratique de la médecine familiale. Pour lui, ceci revient à dire qu'il y a deux rôles, soit le rôle de dispenser des services et celui de contrôler les coûts. D'entrée de jeu, il commente que la double considération de ces deux rôles est un très grand chapitre de la médecine. Il semble pourtant qu'en général les médecins ne soient que très peu sensibles à cela. En réalité, cette double considération est une équation difficile. À titre d'exemple, le cas03 soutient que les médecins de famille sont face à un double discours. D'une part, il y a le discours des experts qui rapportent que seulement une partie de la population malade est prise en charge, tandis que cette prise en charge n'est pas correcte dans une proportion importante. Les médecins de famille sont alors blâmés de ne pas dispenser les services comme il faut et incités à dispenser plus de services. D'autre part, il y a le discours du gouvernement qui rapporte que les coûts de santé sont hors de contrôle et que les coûts des médicaments en sont la principale cause. Or, aux yeux du cas03, il existe une impossibilité entre les deux discours. Si, les médecins de famille tentent de suivre les recommandations du discours des experts, soit de prendre en charge les patients de façon convenable, alors le budget en santé du gouvernement va exploser. Selon celui-ci, bien que ce soit à ce moment-là une utilisation convenable des ressources, le gouvernement n'a pas les moyens d'utiliser convenablement les ressources pour tous ses citoyens; de là l'impossibilité entre l'utilisation convenable des ressources pour tous et le contrôle des coûts.

*« C'est un grand, grand, grand chapitre de la médecine. Pourtant les médecins ne sont pas très sensibles à ça en général. Quand je pose des questions dans des présentations ou des choses comme ça, ça tombe... j'ai toujours l'air d'un martien. Je vais vous donner un exemple. Si je m'en vais dans une présentation sur le diabète ou l'hypertension, souvent les présentateurs vont commencer à nous présenter des statistiques qui vont dire que moins de 50% des hypertendus sont diagnostiqués, et moins de 25% des hypertendus sont bien traités. Alors là ils vont dire qu'on ne dispense pas les soins comme il faut, il faut en dispenser plus. Alors comme si c'était du fait des médecins qu'il y a si peu d'hypertendus ou de diabétiques diagnostiqués. Après la présentation, je vais prendre ma voiture et je vais*

*écouter les nouvelles et ils vont dire les coûts de santé ont augmenté de 5% l'année dernière, les coûts de santé sont hors contrôle, le plus gros... la plus grosse partie de ces coûts-là d'augmentation est due à l'augmentation du coût des médicaments. Bon. Alors là, quelqu'un qui veut vivre calmement avec tout ça, il va aller prendre son Haldol et il va oublier tout ça (rire). Tandis que si j'écoute les gens qui me disent qu'on a juste 25% des hypertendus qui sont traités correctement, et que du jour au lendemain on fait juste doubler ça, et qu'on monte ça à 50%, je vais faire sauter la cagnotte du gouvernement. C'est impossible. Parce que ça va être à ce moment-là des ressources convenablement utilisées, mais le gouvernement n'a pas les moyens d'utiliser convenablement les ressources pour tous ses citoyens. Alors on ne peut pas contrôler les coûts et utiliser les ressources convenablement pour tout le monde. Vous me suivez? »*

Le cas03 poursuit ses propos en précisant que la responsabilité du médecin est d'abord et avant tout d'offrir au patient le meilleur traitement possible qui est convenable. Le cas03 mentionne que s'il commence à choisir qui il va traiter en fonction des coûts, il va à l'encontre de son code de déontologie. En fait, son code de déontologie l'oblige à traiter convenablement et de manière égale tous les individus qu'il rencontre. Donc, si il respecte son code de déontologie et qu'il était un super médecin capable de prendre en charge l'ensemble de la population du Québec et bien, il ferait sauter le budget du gouvernement et le mettrait en faillite; de là, l'impossibilité.

*« Alors là, à partir de ce moment-là, je ne peux plus répondre, moi, à mon code de déontologie si je commence à choisir qui je vais traiter. Mon code de déontologie me l'interdit; il m'oblige à traiter tout le monde, tous les gens que je rencontre de façon égale, convenablement. Donc si j'écoute le code de déontologie et que j'étais un super médecin qui était capable de traiter tous les patients du Québec, je ferais sauter le gouvernement, je le mettrais en faillite. Alors là on voit tout de suite qu'il y a une impossibilité. »*

Ici, le passage indique très bien que le cas03 se doit de mettre la priorité sur ses obligations éthiques (ressources culturelles professionnelles) et qu'il peut être difficile dans la pratique de jongler entre les intérêts de la société (rôle social de la médecine) et les intérêts du patient (rôle médical de la médecine). La disposition propre au professionnalisme médical aura toujours priorité sur la disposition propre à la médecine sociale. Bien que le cas03 n'en fasse pas mention, on pourrait voir ici l'apparition d'un conflit de valeurs entre ce que la société (ou le gouvernement) peut offrir comme services et ce que les médecins de famille aimeraient dispenser.

Le cas03 opine que le gouvernement est dans l'impossibilité de traiter l'ensemble de la population. Une opinion qu'il émet par ailleurs à plusieurs reprises au courant de l'entrevue lorsqu'il aborde les thèmes de l'utilisation des ressources et de l'évaluation économique. Selon lui, le discours du gouvernement sur les coûts de santé est tout simplement une façon de reporter la responsabilité sur d'autres. D'autant plus que sur le plan politique, le gouvernement ne peut

informer la population qu'il n'a pas les moyens de les traiter tous. Le gouvernement doit donc faire croire à la population qu'il est capable de traiter équitablement et convenablement tout le monde.

*« Alors le discours du gouvernement, quand il dit que les coûts des médicaments sont hors contrôle, c'est tout simplement une façon de reporter la responsabilité sur d'autres. En fait, ce qu'il devrait dire le gouvernement, c'est de dire "le gouvernement n'a pas les moyens de tous vous traiter". Mais politiquement, c'est pas possible; ils ne peuvent pas dire ça. Il faut qu'ils fassent croire aux québécois qu'ils sont capables de traiter tout le monde, équitablement, convenablement. »*

Le cas03 est donc d'opinion que la dispense des soins et le contrôle des coûts sont deux responsabilités bien différentes. Celui-ci ne se sent pas interpellé par le discours du gouvernement ou de sa corporation professionnelle essayant de le rendre responsable des coûts de santé. Le cas03 prend ceci avec un grain de sel. D'autant plus qu'il n'est pas responsable du fait que les individus soient malades. Sa responsabilité se limite à dispenser des soins convenablement, faisant implicitement allusion à sa responsabilité face au patient. Le cas03 est d'opinion que s'il agit comme un médecin consciencieux qui dispense les services de façon convenable et qu'il essaie de traiter le plus d'individus possibles, alors il n'est plus dans l'option de contrôler les coûts. Au contraire, il coûte cher au gouvernement puisqu'il va utiliser des examens diagnostiques et prescrire des médicaments afin de s'assurer, par exemple, que les patients souffrant d'hypertension ou de diabète soient traités.

*« Alors quand on parle de dispenser des soins et de contrôler les coûts, c'est deux façons bien différentes. Alors quand le gouvernement ou ma corporation essaient de me rendre responsable des coûts de santé, à ce moment-là moi je prends ça avec un grain de sel. Je me dis ils viendront prouver ça en Cour Suprême, parce que je ne suis pas responsable du fait que les gens soient malades. Moi je vais être responsable du fait de dispenser des soins convenablement. Mais si je suis un médecin qui est consciencieux et qui dispense les soins convenablement, et que j'essaie de traiter le plus de personnes possible, comme il faut, bien à ce moment-là je ne suis plus dans l'option de contrôler les coûts. Je coûte cher au gouvernement, parce que je vais investiguer, je vais donner des médicaments. Je vais m'assurer qu'un diabétique est traité, je vais m'assurer qu'un hypertendu est traité. »*

Par ailleurs, le cas03 dit avoir intériorisé les contraintes budgétaires du système de santé à trois niveaux de sa pratique. Premièrement, les problèmes de financement l'ont incité à développer un intérêt particulier pour la pratique des soins de maintien à domicile. Bien qu'à l'origine il y eût la conscience de contrôler les coûts de fin de vie, le cas03 s'est vite rendu compte qu'il s'agissait d'une problématique importante à développer.

*« Moi ça m'a influencé dans le sens que je me suis dit la solution, c'est d'aller vers les soins à domicile et cette pratique-là, ça m'intéresse beaucoup, et là maintenant, ce n'est plus tant de dire on va contrôler les coûts, mais je me rends compte que c'est vraiment une issue importante à développer. »*

Le cas03 avoue avoir beaucoup réfléchi à la question des coûts, et particulièrement des coûts de fin de vie. En fait, il a commencé à s'intéresser de façon particulière à la problématique des coûts de fin de vie lorsqu'il a pris connaissance de certaines données statistiques au cours de ses lectures selon lesquelles environ 90 % des coûts de santé générés par un individu seront générés dans la dernière année de sa vie. Selon ses lectures, il croit que les patients qu'on sauve maintenant grâce aux progrès scientifiques et technologiques vont tous mourir un jour, et si ce n'est pas du problème de santé original, ce sera à la suite d'une autre maladie peut-être plus grave et plus coûteuse. À sa connaissance, tous les traitements qu'il utilise actuellement chez les diabétiques afin de suivre les recommandations des GPC n'ont pas encore démontré d'impact sur les coûts de fin de vie.

*« J'ai retrouvé d'autres statistiques, je me suis intéressé beaucoup à cette question-là; j'ai retrouvé d'autres statistiques qui disent que 90% des coûts de santé, c'est de la statistique qui date de 8-10 ans, peut-être que ça a changé, mais ça me surprendrait. 90% des coûts de santé générés par une personne vont être générés dans sa dernière année de vie. Tout le monde va mourir. Tout le monde va générer des coûts de santé dans sa dernière année de vie. C'est là que ça coûte cher au gouvernement. Présentement... même si je traite mon diabétique, il va quand même à 60% au moins des cas, décéder de maladie coronarienne. Il va avoir eu des angioplasties, il va avoir eu des pontages, il va avoir eu des hospitalisations et il va être mort. Et il va avoir coûté une fortune. Et actuellement, tous les traitements qui font que je traite mon diabétique, qui font qu'il est bien contrôlé, n'ont pas encore démontré d'impact sur ça à date. On n'en a pas encore vraiment. »*

Cela étant dit, le cas03 est d'avis que les soins de maintien à domicile, que ce soit pour les patients en phase terminale ou encore pour les patients atteints de tous types de maladies chroniques, peuvent éviter de générer beaucoup de coûts de santé puisque ces patients vont demeurer à domicile et éventuellement peut-être mourir à domicile. Selon lui, sa pratique de soins à domicile permet une économie brute ayant des conséquences immédiates sur le budget de santé puisqu'il s'agit actuellement de patients potentiellement dispendieux pour le système de santé, en comparaison à des traitements dont l'objectif est de prévenir l'avenue de problèmes de santé ou de complications et dont les répercussions potentielles sont sur les coûts futurs.

*« Je vais avoir une économie brute, et cette économie brute-là, elle ne se fera pas dans 40 ans parce que j'essaie de prévenir quelque chose aujourd'hui et il va peut-être y avoir un désastre écologique et je vais avoir tout perdu mon investissement (rire). Mais il va être immédiat, parce que je vais économiser sur les coûts de fin de vie des gens qui sont actuellement probablement mes clients potentiels les plus dispendieux. »*

Le cas03 utilise également des notions économiques pour mettre en valeur les services de soins à domicile offerts par lui-même et ses deux collègues en comparaison aux mêmes services offerts par le CSSS de la ville principale la plus proche.

*« (...) ils ont une culture hospitalière, à l'hôpital du côté (...), ils développent plus (...) en fonction de l'hôpital. Il n'y a pas beaucoup de soins à domicile. Nous autres, on est en train de développer beaucoup les soins à domicile. Alors là il y avait autour de 10% des gens qui décédaient à domicile, au niveau (...), c'est un petit peu des statistiques provinciales, ça tourne entre 9 et 10 et là, nous on a commencé en 2004, décembre 2004, ça veut dire janvier 2005 et là on est rendus à plus de 50% des gens qui décèdent à domicile ou (...). Ça tourne autour de 55%. Ça fait une grosse, grosse, grosse différence, juste sur le point de vue économique, c'est des coûts de santé qui sont vraiment importants. Et les gens sont beaucoup mieux. (...). Alors avec du support, les gens sont capables de demeurer à domicile beaucoup plus longtemps et ils sont mieux. La famille est plus confortable aussi, moins inquiète. »*

En fait, on pourrait dire que le cas03 tente, dans ce passage, de positionner sa pratique de soins de maintien à domicile par rapport à une pratique similaire réalisée en CH. D'entrée de jeu, il fait une utilisation stratégique de concept en économie pour justifier les avantages qu'offre sa pratique pour les coûts à la société (disposition propre à la médecine sociale). Il laisse ensuite apparaître son intérêt pour le confort des patients et des familles (disposition propre au professionnalisme médical).

Deuxièmement, les contraintes budgétaires influencent aussi sa prise de décision clinique au jour le jour. Le cas03 mentionne que sa manière d'approcher le contrôle des coûts diffère selon qu'il fait face à une décision diagnostique ou à une décision thérapeutique. En gros, sa conception de son rôle dans le contrôle des coûts revient à faire les bons diagnostics et à ne traiter que les patients qui doivent l'être. Au niveau de la prise de décision diagnostique, il dit faire face à un questionnement entre le bien fondé de l'utilisation des informations issues d'examen diagnostiques sur la prise en charge clinique des patients.

*« Et dans ma pratique au jour le jour, je me dis que de contrôler les coûts, c'est de traiter uniquement les gens qu'on doit traiter, c'est de poser les bons diagnostics et c'est de m'assurer de demander des examens qui sont pertinents et de faire des investigations pour lesquelles je me pose une question et qui va avoir une implication après. Mais je ne contrôle pas les coûts quand je fais ça, j'en génère. C'est spécial, c'est un débat qui vraiment n'est pas facile. »*

Et troisièmement, les contraintes budgétaires influencent aussi sa prise de décision quant à l'utilisation des nouveaux médicaments. Le cas03 rapporte faire une utilisation prudente des nouveaux médicaments, préférant être patient et avoir un certain recul quant à l'efficacité et

l'innocuité de ceux-ci. Il préfère être à l'affût des publications disponibles dans la littérature montrant les avantages et les inconvénients des nouveaux médicaments. Cela étant dit, il ajoute que l'apport de la contribution novatrice de ces derniers, associée à l'accumulation des données probantes, joue aussi sur sa décision de les adopter plus rapidement. Il souligne toutefois que l'évaluation des preuves relève davantage du rôle de certains organismes gouvernementaux, tels que Santé Canada et la RAMQ, et que de ce fait, lorsque les nouveaux médicaments sont inclus dans la liste des médicaments de la RAMQ, c'est qu'ils leur efficacité a été démontrée.

*« Alors d'un côté par contre, au niveau du coût des médicaments, c'est de me dire bien je vais attendre avant d'utiliser un nouveau médicament, de voir que son efficacité a été démontrée, et qu'il ne comporte pas de risque pour la santé. Mais normalement, Santé Canada est supposé le faire. Et quand un médicament est accepté, il a passé par le CRUM, le comité de révision de l'utilisation des médicaments, et ci et ça, pour voir s'ils vont le mettre sur la liste des médicaments et quand il est rendu là, normalement il a prouvé son efficacité. »*

Enfin, le cas03 soutient que les coûts des médicaments sont parfois un facteur d'influence sur ses choix. La liste de médicaments de la RAMQ, les pharmaciens et les représentants des compagnies pharmaceutiques sont ses sources d'informations sur les coûts des médicaments.

*« Et on les a tous dans la liste des médicaments. C'est des questions qu'on pose aussi. »*

Le cas03 parle de l'influence des consensus scientifiques et de leur impact sur la pratique des médecins. Suite à l'avancement des connaissances, les directives cliniques sont plus organisées qu'au début de sa pratique ce qui fait en sorte qu'il prescrit maintenant beaucoup plus de médicaments pour la prise en charge du diabète, par exemple. Ceci génère donc beaucoup de coûts. Sans compter qu'il y a toutes les complications reliées au diabète que le système de santé doit éventuellement prendre en charge. Il en coûte donc beaucoup plus cher de prendre en charge un patient diabétique de nos jours.

*« Alors ce que je comprends là-dedans, c'est que c'est bien beau le contrôle des coûts au niveau des médicaments, mais je coûte beaucoup plus cher présentement au gouvernement sur mon pad à prescription, que je coûtai quand j'ai commencé ma pratique. Quand j'ai commencé ma pratique, un diabétique venait me voir, il avait de la metformine et du glyburide, et 8 millimoles par litre, on ne s'énervait pas avec ça. Et là, tranquillement pas vite, tout est devenu plus organisé scientifiquement et maintenant il faut les traiter beaucoup plus précocement, et à 8, c'est un mauvais contrôle, il faut les avoir entre 4 et 7 et là s'il n'a pas sa petite aspirine, il coûte une fortune, s'il n'a pas son ACE, s'il n'a pas sa statine et s'il n'a pas ses médicaments pour contrôler son diabète, je ne fais pas de la bonne médecine. (...) Ça prend une tension artérielle, l'objectif 135, 130, il faut voir, sur 80. Alors que la population en général c'est 140/90. Et les deux choses le plus importantes chez le diabétique, c'est baisser la tension, baisser le cholestérol, pour le contrôle du diabète. Ça*

*va avoir un impact sur l'évolution de la maladie aussi ces trois choses-là. Et là, quand on regarde toutes les complications, les microangiopathies, les problèmes rétiens et toutes ces histoires-là, ça n'arrête pas. Alors imaginez, maintenant quand je vois un diabétique, avant il coûtait un couple de 100 dollars par année au gouvernement, maintenant il va coûter plusieurs milliers de dollars. »*

À sa connaissance, tous les traitements qu'il utilise actuellement chez les diabétiques afin de suivre les recommandations des GPC n'ont pas encore démontré d'impact sur les coûts de fin de vie.

*« Et actuellement, tous les traitements qui font que je traite mon diabétique, qui font qu'il est bien contrôlé, n'ont pas encore démontré d'impact sur ça à date. On n'en a pas encore vraiment. »*

Le cas03 parle explicitement de l'absence d'information probante portant sur les coûts de fin de vie qui sont sauvés grâce aux avancés thérapeutiques actuelles. On peut peut-être imaginer ici qu'il tente à nouveau de positionner sa pratique de soins de maintien à domicile qui elle, selon les dires du cas03, génère des économies de coûts réelles et immédiates en soins de santé pour la société.

Lorsque questionné quant à l'existence de conflits de valeurs entre la société et le médecin de famille, le cas03 répond rapidement qu'il est le médecin de famille d'environ 2 000 à 3 000 individus et qu'il ne ressent aucun remord à les traiter tous. Il se dit néanmoins conscient qu'en utilisant les services de santé dans la prise en charge de ses propres patients, un autre individu à quelque part ne pourra recevoir de services. Seule sa responsabilité face à ses patients prévaut et, en quelque sorte, l'accès aux services des autres membres de la communauté ou de la société n'est pas de son ressort. Ça ne le regarde pas.

*« Moi présentement, dans ma pratique... j'ai peut-être 2 000 – 3 000 patients qui sont mes patients dont je m'occupe, je n'ai pas aucun remords de tous les traiter. Mais en le faisant, je me dis il y a quelqu'un à quelque part qui n'est pas traité. Mais qu'est-ce que tu veux, c'est pas le mien. Ça ne me regarde pas. »*

On peut voir dans ce passage que le cas03 fait implicitement allusion au coût d'opportunité, un concept en économie. En fait, ce passage montre clairement que le cas03 est conscient du coût d'opportunité lorsqu'il utilise les ressources du système de santé pour ses patients. Toutefois, il démontre également que seule sa responsabilité face à ses patients prévaut; voir même qu'il ne ressent aucune responsabilité face à la société. On peut identifier ici la dominance sans équivoque des dispositions propres au professionnalisme médical dans le processus décisionnel du cas 03.

## Histoire de vie du cas04

### Histoire de vie personnelle et trajectoire professionnelle<sup>13,14</sup>

Le cas04 est née et a grandi dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Ses parents sont d'ailleurs également tous deux originaires de la région. Ils ont fondé une famille de deux enfants. Les deux enfants ont une formation universitaire professionnelle, dont un en médecine et l'autre dans un domaine non lié à la santé. Les parents du cas04 n'exerçaient pas la profession de médecin. Sa mère ne possède pas de formation, ayant arrêté l'école et commencé à travailler jeune afin de subvenir à ses besoins. Elle a surtout travaillé dans le domaine de la vente au détail. Quant à son père, celui-ci a complété son cours classique et a achevé avec succès un programme de formation technique au niveau collégial. Il a travaillé pendant une trentaine d'années dans le domaine de l'enseignement post-secondaire. Le cas04 raconte qu'à l'origine son père avait débuté des études universitaires dans une université située à l'extérieur de la région mais qu'il avait dû abandonner et revenir dans la région pour cause de moyens financiers limités, entre autres.

*« Ma mère, en fait elle n'a pas fait de grandes études finalement. Bon, j'imagine qu'elle a fait son secondaire normal et tout, mais elle n'a pas fait de DEC, elle n'a pas fait de bac. Elle a travaillé plus dans le domaine... bon, vente au détail, des choses comme ça, pendant... , mais disons qu'elle a toujours resté dans ce domaine-là et mon père a fait un... probablement que ça devait être... je ne sais pas si c'est un DEC à l'époque, en (...) pour travailler au cégep (...). Il a travaillé (...) pendant 30 quelques années, il vient de prendre sa retraite cette année. Mais lui, il avait voulu faire un cours en (...) plus jeune, mais il fallait qu'il s'exile à (...) je pense, à l'époque il était allé et finalement pour plusieurs raisons, entre autres économiques qui ont fait qu'il est revenu dans la région et il a fait finalement son cours classique à (...) et après ça son cours en (...) à l'époque.... »*

Le cas04 parle un peu de sa propre vie de famille. Tout comme elle, son conjoint est né et a grandi dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Celui-ci est membre d'une force de l'ordre où il est en attente d'un programme de formation de métier qui devrait débiter dans les mois suivants l'entrevue. Bien qu'ils se connaissent depuis plusieurs années, ils ne forment un couple que depuis cinq ans. Ils sont conjoints de fait depuis bientôt depuis un ou deux ans et attendent la naissance de leur premier enfant au moment de l'entrevue. Le couple fait face à de l'incertitude puisqu'il est

<sup>13</sup> L'entrevue a eu lieu à la clinique médicale privée de groupe, qui est le lieu principal de pratique du cas04. Il a donc été possible pour la chercheuse principale (intervieweuse) de visiter l'organisation ainsi que la communauté où celle-ci se situe.

<sup>14</sup> Pour les besoins du projet de recherche, seul le lieu principal de pratique du cas04 au moment de l'entrevue, ainsi que le quartier, la communauté (ville, municipalité ou arrondissement) et le territoire de RLS où se situe le lieu principal de pratique, sont décrits de façon plus ou moins détaillée.



possible que la petite famille ait à déménager dans une autre ville du Québec, ou encore du reste du Canada, lorsque le conjoint du cas04 aura terminé sa formation de métier. Le cas04 avoue cependant que bien que non fermée à l'idée de quitter la région, elle ne désire pas partir puisqu'ils viennent de s'installer dans leur première maison, que la naissance du bébé approche et qu'elle a sa clientèle à la clinique.

*« Là présentement il est (...), ..., donc il fait un peu son apprentissage ici, il travaille avec la compagnie si on veut (...) ici. Et là, il est en attente de son fameux cours, qui devrait peut-être être en septembre prochain. Après, là il va partir quelques mois à (...) faire ce cours-là. Après, il va demander à venir à (...), c'est là l'incertitude qui persiste, on ne sait pas si ça va marcher ou pas. Si ça marche... (...) mais en gros moi... bien je ne suis pas fermée à... mais je ne veux pas partir, parce qu'on vient de s'installer, on vient d'acheter une maison, le bébé s'en vient, la clientèle ici. »*

Le cas04 a eu à traverser un certain nombre d'épreuves personnelles et familiales particulièrement difficiles et tragiques. Elle fait mention de problèmes de santé, de morts d'êtres chers et de violence sociale. Celle-ci affirme d'ailleurs avoir dû faire face à certaines maladies ou à certains événements de la vie et ce, dès son jeune âge. Le cas04 précise d'entrée de jeu n'avoir jamais été malade. Il s'agit davantage de problèmes de santé dans la famille et de décès d'individus proches ou moins proches, mais qui ont été plus marquants.

*« Bien... oui, pas en termes de... moi je n'ai pas été malade – j'ai été chanceuse – tellement, mais plus des décès proche de moi. Alors j'ai rapidement fait face à certains décès, en fait plusieurs. Des gens qui étaient soit très proches ou moins proches, mais quand même, qui ont été plus marquants, qui a peut-être joué dans ça, et aussi la façon... »*

Entre autres, elle pense que les morts d'êtres chers lui ont peut-être amené une certaine réalité face à la mort puisqu'elles ont eu lieu à quelques années d'intervalle. Un de ses cousins est décédé accidentellement le jour même de l'anniversaire du cas04. Son grand-père est décédé des suites d'un cancer l'année suivante, la veille de l'anniversaire du cas04. Une de ses cousines est décédée précocement des suites d'un cancer quelques années plus tard. Cette cousine était encore à l'âge de l'enfance. Sa grand-mère ayant habité au domicile familial est également décédée des suites d'un cancer quelques années plus tard, tandis qu'un des oncles du cas04 est décédé précocement alors qu'il était dans la quarantaine.

*« Et les gens, les décès proches de moi, bien ça a peut-être amené une certaine réalité face à la mort aussi, parce que dans le fond... en tout cas, à quelques années d'intervalle, mais je sais que j'ai un de mes cousins qui est décédé dans un accident (...), le jour de ma fête. Mon grand-père l'année suivante la veille de ma fête, qui est décédé d'un cancer. Il y a eu une petite cousine de (...) ans qui est décédée d'un cancer (...) quelques années plus tard, mon autre grand-mère qui a habité chez moi jusqu'à la fin de sa vie, qui est morte d'un autre cancer quelques années plus tard, un de mes oncles qui est mort à (...) ans. »*

Le cas04 affirme que la mort d'une de ses meilleures amies, adolescente à l'époque, est le décès le plus marquant d'entre tous, et une des épreuves les plus difficiles et tragiques qu'elle a eu à traverser. Le cas04 avait développé une amitié très proche avec cette jeune fille au cours des trois dernières années de leurs études secondaires. À l'époque, elles débutaient leurs études collégiales ensemble et avaient plein de projets. Malheureusement, l'amie du cas04 fût diagnostiquée d'un cancer dès le début de l'année scolaire et est éventuellement décédée précocement et probablement des suites d'une infection dans les semaines qui ont suivi. Le cas04 prétend que son monde s'est alors effondré; ça été très dure. Elle n'avait pas d'ami de cœur à cette époque et son groupe d'amis changeait vu qu'elle était toujours avec son amie avant que cette dernière ne meure. D'autant plus que le cas04 était au tout début de sa première session d'études collégiales et qu'elle désirait réussir. Entre autres choses, elle avait des examens dans les semaines suivant la mort de son amie. Le cas04 étudiait fort avant d'aller faire des visites au salon funéraire et d'assister aux funérailles. Elle soutient que ça n'a pas été facile mais qu'elle a malgré tout réussi à étudier et à faire la session.

*« Mais le décès le plus marquant finalement, de proche de moi, ça été une de mes meilleures amies qui avait (...) ans à l'époque. On était... on commençait notre cégep en fait – avec qui j'ai fait mon secondaire – et elle aussi était... elle n'était pas franchement rejetée des autres, mais elle était différente aussi et on était – elle s'appelait (...) – enfin bref, on était très très proches, surtout vers la fin du secondaire, on s'est connues plus secondaire 3, 4, 5 et puis on a fait notre bal ensemble, et notre après bal ensemble et tout ça, et elle a eu... ça c'était durant l'été juste avant et on avait plein de projets et de trucs comme ça et finalement elle est entrée en sciences pures malgré elle, parce que ses parents la forçaient à aller là-dedans et elle était bien malheureuse, mais elle n'a pas fait longtemps, elle a fait quelques semaines parce qu'elle a fait (...), le diagnostic je pense, de mémoire le 6 septembre et le 19 elle est décédée, suite probablement à une infection qui s'est compliquée parce qu'elle avait reçu des traitements de chimio, probablement que son système immunitaire était très faible. À l'époque je n'étais pas en médecine, je comprenais moins un peu, mais même si c'est pas dans ma famille, c'est néanmoins le décès qui m'a touchée le plus finalement, même si les autres... je les aimais les autres qui sont morts, c'est pas que je ne les aimais pas, mais ils étaient moins proches réellement que cette amie-là tu sais on était comme ça dans le fond et quand elle est décédée, c'est là que ouf, ça s'est quand même effondré je n'avais pas de chum à l'époque non plus et mon groupe d'amis, ça changeait vu que j'étais beaucoup, beaucoup vers elle, et là après ça j'ai comme switché plus... bon, le groupe actuel que je vous parle qui est resté quand même proche, mais ça été quelque chose d'assez rough et là j'étais en début de mon cégep, en sciences pures et là je voulais réussir et on avait un examen de physique quelques semaines après et j'étudiais pareil la fin de semaine avant l'exposition et les funérailles et tout le kit, et j'étais comme... c'est pas grave, il faut étudier et là je travaillais et j'ai quand même réussi à faire la session et à étudier quand même, mais c'est resté quand même et je dirais que c'est ça qui est un événement marquant dans ma vie, mais est-ce que par rapport au travail celui-là a influencé plus que les autres, je ne sais pas, mais... »*

Le cas04 poursuit en parlant d'un autre événement marquant, soit celui où sa mère a perdu un bébé à la naissance au cours de la journée de Noël. Le cas04 était alors âgée de huit ans. Elle se rappelle sa mère enceinte et d'avoir vu le corps du bébé décédé. Sa mère n'a jamais voulu voir le corps du bébé. Le cas04 se souvient pleurer parce que le monde pleurait, mais confie qu'à cet âge elle ne comprenait pas bien ce qui se passait. Elle l'a réalisé plus tard. Celle-ci se dit un peu croyante et se dit depuis toujours qu'il s'agit de son petit ange qui fait en sorte que, malgré tous les obstacles, tout s'aligne néanmoins comme elle le voulait dans sa vie.

*« Et c'est vrai, il y a eu une autre affaire, ma mère a perdu un bébé à la naissance, quand j'avais... (...), c'était à Noël, j'avais 8 ans. Et on ne l'a pas connu dans le fond cet enfant-là parce que justement, je me rappelle ma mère enceinte, mais bon... un bébé qui est décédé pas longtemps après la naissance parce qu'il avait trois cordons autour du cou, il n'avait pas de malformation, pas rien et je me rappelle l'avoir vu, par la suite ils nous ont montré le corps du bébé et tout ça à moi et (...), et ma mère ne l'a jamais vu, elle n'a jamais voulu et déjà là à 8 ans, 7 ans j'ai déjà eu à faire face à ça, bien que je le réalisais moins que plus tard, parce que je voyais mon frère pleurer, je pleurais, (rire) mais je comprenais peut-être moins à ce moment-là. Plus tard on le réalise, mais en tout cas, je suis un peu croyante alors je me suis toujours dit, ce petit ange-là, c'était mon petit ange et qui a fait que tout s'est quand même enligné quand même comme je voulais néanmoins, malgré tous ces obstacles-là, malgré tous ces... »*

Enfin, le cas04 confie avoir beaucoup souffert de « *bullying* » ou d'intimidation (forme de violence sociale) par les pairs à l'école pendant plusieurs années, soit de la maternelle à la fin du secondaire. Selon elle, ses expériences personnelles difficiles auraient joué une très grande influence sur sa nature un peu insécure et son manque de confiance en soi. En fait, le cas04 est convaincue que ses expériences difficiles d'intimidation ont joué pour beaucoup dans le façonnement de sa personnalité et sa façon d'être.

*« Le fait que quand j'étais plus jeune, bon, je me suis fait un peu pas mal agacer quand j'étais plus... même dès je dirais maternelle, 1<sup>e</sup> année jusqu'à la fin du secondaire pratiquement, où c'était des périodes difficiles où je... c'est là mon insécurité peut-être et mon manque de confiance qui a joué, que j'ai été... ça a joué beaucoup, beaucoup, beaucoup sur... »*

Outre ses études, le cas04 était impliquée socialement dans diverses activités avant son entrée à l'université. Celle-ci participait à des services communautaires alors qu'elle était étudiante au secondaire. Entre autres choses, elle a fait un stage de services communautaires dans une des îles des Caraïbes. Le cas04 vivait chez une famille durant son séjour. Le cas04 précise qu'elle n'avait pas vu les hôpitaux puisque le stage s'y prêtait moins.

*« Je suis allée faire... en fait ça, ça été plus dans mon secondaire, c'était pas en médecine, mais une espèce de voyage culturel et en même temps, en tout cas (...), quand j'avais 16*

*ans. C'était un échange avec l'école... mais ce n'était pas vraiment un échange parce qu'ils ne venaient pas... les (...) ne venaient pas chez nous, mais on allait chez eux, et on faisait du service communautaire à ce moment-là et... je vivais avec des gens là-bas, et de voir un peu comment ça se passe, mais j'avais pas vraiment vu les hôpitaux (...), j'ai pas été travailler là-dedans parce que bon, le stage s'y prêtait moins. »*

Le cas04 parle de ses relations sociales personnelles. En outre, elle a des relations sociales personnelles avec d'autres médecins. Celle-ci affirme avoir développé des amitiés très proches au cours de sa formation médicale, bien qu'elle les ait perdues de vue pour la plupart. Cependant, le cas04 reste en contact avec une collègue en particulier qui a fait sa formation postdoctorale en médecine familiale dans une autre région du Québec et qui a éventuellement complété une année supplémentaire dans un domaine médical particulier. La distance fait en sorte qu'elles ne se voient plus très souvent, mais elles gardent un contact par voie téléphonique.

*« Bien qu'on s'est veut, veut pas perdus de vue avec le travail, mais je dirais que surtout pendant mon cours de médecine, j'ai eu certains amis très très proches, dont avec une que je reste plus en contact maintenant, mais elle qui a fait une année supplémentaire, elle a fait sa médecine de famille aussi, mais elle l'a fait à (...), moi je l'ai faite ici, ma résidence. Elle a fait une année supplémentaire (...) et là elle travaille (...), et moi je suis ici, donc... on ne se voit pas vraiment souvent, mais on s'appelle une fois de temps en temps quand même pour garder le lien. Les autres proches, il y en a une, elle est encore en résidence... bien elle doit finir cette année, une résidence en (...), que j'ai perdue de vue un peu par le fait même depuis que je suis partie de (...). »*

Le cas04 poursuit ses propos en ajoutant que ses amis les plus proches sont probablement ses collègues médecins de famille avec qui elle travaille à la clinique médicale privée de groupe ainsi que ses amis du secondaire. Entre autres, celle-ci rapporte avoir développé une amitié proche avec une collègue médecin de famille qui travaille avec elle. En plus de partager les mêmes organisations de pratique (clinique médicale et CH), elles ont le même âge, complété leur formation à peu près dans la même période et une pratique similaire. Elle conserve des amitiés proches depuis son secondaire en particulier. L'ensemble de ses amis datant du secondaire travaillent dans des domaines autres que la santé et la médecine.

*« Sinon des collègues ici que j'ai retrouvés dans le fond, quand je suis venue faire ma résidence, mais sinon, je dirais que mes bons amis proches, ça reste mes amis du secondaire, ça reste mes amis, mes collègues ici avec qui je travaille. On est deux à faire de l'obstétrique aussi et de l'hospit, et qu'on a le même âge et qu'on a fait notre cours à peu près en même temps, alors on reste plus proches, c'est mes amis proches de médecine je dirais et j'ai mes amis du secondaire et du cégep, bien cégep pas tellement, c'est plus secondaire je dirais, c'est cette gang-là qui sont proches que ceux de médecine, parce que je les ai perdus de vue, la plupart. »*

Le cas04 a décidé de s'orienter vers la carrière en médecine au début de son adolescence, soit vers l'âge de 12 à 14 ans. Elle a réalisé très jeune qu'elle aimait soigner et prendre soin. En fait, celle-ci voulait à l'origine être vétérinaire depuis son enfance. Le cas04 et sa famille habitaient la campagne et possédaient toujours des animaux domestiques. Finalement, c'est la lecture du livre intitulé Les Filles de Caleb et plus particulièrement Blanche, le caractère principal de l'histoire qui était infirmière, qui a inspiré le cas04 vers la profession médicale. À partir de ce moment-là, elle a orienté ses études et mis les efforts requis pour atteindre son objectif de carrière en médecine.

*« Si je retourne plus jeune, c'est vraiment à l'adolescence. Ce que je me rappelle, c'est autour de 12 à 14 ans. Plus jeune j'ai toujours voulu être vétérinaire en fait, j'ai toujours aimé les animaux, on habitait la campagne, donc ça fait partie de mon quotidien, on a eu des chiens, etc., des lapins et tout. Alors dans ma tête, je savais que j'aimais ça soigner et tout ça, et finalement, c'est naïveux, mais après la lecture d'un livre en fait Les Filles de Caleb et Blanche qui était infirmière dans l'Abitibi, ça m'a comme inspirée vraiment et j'ai dit "ah je pourrais plutôt soigner des gens, ça serait mieux." Alors finalement c'est comme ça que j'ai décidé de dire "bien ok, je vais en médecine" et... disons que je m'étais mis cette idée-là en tête dans ces âges-là et ça resté tout le long de mes études finalement, ça toujours été mon objectif. En tout cas tout le long de mes études jusqu'à ce que j'y arrive, finalement dans une ligne assez directe finalement en passant du secondaire au cégep à l'université, à la résidence, à la pratique, sans trop dévier de ma voie finalement. »*

Le cas04 pense qu'il est possible que ses expériences difficiles d'intimidation à l'école aient probablement joué un rôle dans son choix de carrière. En effet, elle a également beaucoup souffert de ne pas avoir d'amis et de ne pas être aimée par les autres, exception faite de ses parents et de ses amis proches. Ceci a amené une certaine insécurité au niveau social et développé chez elle un fort désir d'être appréciée et de se faire aimer. Bien qu'elle était intéressée par la médecine, le cas04 pense que son choix de la profession médicale était peut-être aussi, du moins inconsciemment, une façon d'atteindre un certain statut social lui permettant de se faire aimer et de se faire apprécier par les autres.

*« Et finalement, après auto-analyse, je me suis dit que probablement que le genre de métier qu'on a choisi, c'était probablement en fonction de se faire aimer. Parce que dans le fond, il y a eu beaucoup ça plus jeune, je savais que dans le fond, mes parents m'aimaient et mes amis proches et tout ça, mais c'est toujours cette insécurité-là, "ah personne ne m'aime, j'ai pas d'amis, nanana"... et peut-être qu'en se faisant écoeurer, veut, veut pas, on se fait ramener assez bas longtemps, même si je savais que j'avais certaines... j'étais bonne à l'école, ça, ça allait, je savais que j'étais bonne là-dedans, mais le reste, au niveau social, au niveau... bon, j'ai eu un chum tardivement, bien tardivement... à 19 ans mon premier, qui n'est pas mon conjoint actuel, mais ça... donc la période avant a été très difficile à ce niveau-là, et ça probablement influencé toute ma façon d'être je pense, et ma façon... mon choix de médecine, parce que dans le fond je pense qu'inconsciemment c'était peut-être une façon de se faire apprécier, se faire aimer, avoir un certain statut quand même à ce niveau-*

*là. Et pas juste parce que... bien je voulais aussi le faire parce que je pense que ça m'intéressait, parce que sinon je n'aurais peut-être pas été vers ça, mais je pense que ça a sûrement joué un petit peu là-dedans à mon avis. »*

Le cas04 allègue l'absence d'influence parentale dans son choix de carrière. Le choix de la profession médicale reste son propre choix. Ses parents l'ont quand même encouragé, voyant bien qu'elle désirait s'enligner vers des études universitaires en médecine. Cela dit, le cas04 précise que ses parents n'ont pas eu à insister sur l'importance des études puisqu'elle a toujours été studieuse et ce, depuis le tout début de l'école primaire.

*« Non, en fait, c'est moi qui l'ai choisi, c'est moi qui ai choisi d'aller, bon l'école (...) parce que c'était une école un petit peu plus poussée un peu en termes d'études, donc non, en fait ils ont très bien vu que je voulais m'enligner vers ça, donc c'est sûr qu'ils m'ont encouragée dans ça, mais pas de là à me pousser à fond et étudier dans le fond j'aimais ça et dans le fond, je me rappelle, j'étais en 1<sup>e</sup> année je ne savais pas lire et je regardais ma grammaire et je trouvais ça donc intéressant, et j'ai toujours été poussée... j'ai toujours aimé ça finalement. »*

Néanmoins, elle croit que ses parents auraient peut-être préféré que leur autre enfant fasse un choix d'études collégiales différent. En effet, ceux-ci auraient peut-être privilégié des études en sciences pures plutôt que des études en sciences humaines puisqu'ils craignaient d'éventuelles limites dans le choix des études universitaires. Qu'à cela ne tienne, selon les dires du cas04, ils n'ont pas insisté outre mesure puisqu'ils réalisaient bien que cet enfant n'aimait pas du tout les sciences et qu'il avait une aptitude vers les sciences humaines.

*« (...), ils auraient peut-être aimé (...) aille en sciences pures, mais finalement... ils auraient peut-être aimé (...) aille plus loin parce qu'ils disaient "ah sciences humaines, ça va fermer certaines portes, donc c'est peut-être plus limitant." ... Donc... mais peut-être que mes parents auraient voulu, mais ils ne l'ont pas poussé plus que ça. Ils l'ont peut-être incité en disant "penses-y comme il faut", mais sans mettre de barrière, sans mettre d'autres problèmes. Et ils ont bien vu que (...) haïssait ça la science et (...) aimait mieux les sciences humaines et (...) était bien mieux dans ça finalement. »*

Le choix de son lieu de formation prédoctorale en médecine s'est fait, bien entendu, en fonction des offres d'admission qu'elle a reçues. Le cas04 s'est vu offrir une admission aux trois facultés de médecine francophones du Québec. Elle a donc opté pour son premier choix, soit l'Université de Sherbrooke. Celle-ci a ainsi dû quitter la région à la fin de ses études collégiales afin de poursuivre ses études universitaires dans la région de l'Estrie.

*« En fait j'avais fait le choix... comme on ne sait jamais j'avais opté pour les trois universités francophones, Sherbrooke, Montréal, Québec. J'avais fait les entrevues à toutes*

*les trois places, mon premier choix c'était Sherbrooke, mais j'ai été acceptée dans les trois, alors j'ai dit j'ai le choix, je suis allée à Sherbrooke. »*

Le cas04 est détentrice d'un doctorat en médecine de l'Université Sherbrooke et a complété deux années de résidence en médecine familiale à la même université. Elle soutient avoir fait le choix de la médecine familiale pour plusieurs raisons. D'entrée de jeu, elle confie toutefois avoir peut-être hésité quelque peu durant sa formation prédoctorale en médecine bien qu'elle se connaissait un fort intérêt pour l'obstétrique. En effet, le cas04 avait participé à un stage d'observation rémunéré de six semaines dans un CH en région éloignée à la fin de sa première année en médecine. Selon ses dires, elle avait alors eu la chance d'assister à un accouchement. Cet événement l'avait beaucoup ému. À partir de cet instant, le cas04 a su qu'elle aimait beaucoup les accouchements.

*« J'ai hésité pendant ma pratique je ne savais pas trop où je voulais m'en aller, mais je savais que j'aimais beaucoup les accouchements, parce que pendant ma première année de médecine, à l'été on nous offrait de faire des stages dans des milieux, bien dans des hôpitaux comme observateurs finalement, et à ce moment-là, (...) j'avais déjà fait une demande à (...), alors je suis allée à (...) pendant un 6 semaines je crois pour... bien j'étais payée en fait, pour aller observer des médecins, et en même temps voir un peu comment ça se passe, et j'ai assisté à un accouchement d'une maman qui s'était super bien passé et les parents avaient accepté que je sois là et j'avais trouvé ça tellement touchant, tellement beau, j'en ai même versé quelques larmes cette fois-là d'émotion, et ça m'est resté, mais bon, par la suite j'ai continué mon cheminement. Je savais que j'aimais beaucoup... »*

Le cas04 poursuit ses propos en ajoutant qu'elle a finalement fait le choix de la médecine familiale parce que ce type de médecine lui semblait plus globale, plus intéressante, voire même plus humaine que la médecine spécialisée. En fait, elle n'aimait pas les médecines spécialisées se limitant à un seul domaine précis de la santé, tel que la cardiologie par exemple. Celle-ci semble ainsi faire implicitement allusion au domaine de pratique limité de la médecine spécialisée. Le cas04 préfère voir l'individu dans son ensemble, dans sa globalité. D'ailleurs, si elle aurait opté pour une médecine spécialisée, celle-ci aurait probablement fait le choix de la médecine interne puisqu'à ses yeux ce type de médecine prend un petit plus en considération l'ensemble du l'individu. Néanmoins, après quelques hésitations, le cas04 a préféré opter pour la médecine familiale puisqu'elle craignait que ça devienne pénible de ne voir que des adultes. D'autant plus qu'elle aimait bien voir des bébés, des enfants et des femmes enceintes ainsi que pratiquer des accouchements. La connaissance du contexte de l'individu et le suivi à long terme lui semblaient par ailleurs beaucoup plus intéressants que le suivi périodique pratiqué en médecine spécialisée. Enfin, comme la médecine spécialisée est limitée à un seul domaine de la santé, il y a parfois la

nécessité de référer les patients vers d'autres spécialités du moment qu'un problème de santé ou un symptôme est en dehors du champ de pratique du spécialiste. Ceci n'est pas nécessairement le cas pour le médecin de famille qui est peut-être plus en mesure de prendre en charge un large éventail de problèmes de santé.

*« J'aimais pas les spécialités où il y a juste une domaine très précis, exemple la cardio, on ne voit que le cœur, que des arythmies, que des infarctus, que... moi j'étais assez globale, j'aimais ça être globale en termes du patient et si j'avais été spécialité j'aurais peut-être été en médecine interne dans le sens où eux regardent un petit peu plus l'ensemble du patient, bien qu'ils ne touchent pas certains domaines, mais finalement, j'ai hésité un peu, mais j'ai finalement opté pour la médecine de famille parce que je trouvais que juste voir des adultes, ce serait à la longue un peu pénible, et puis j'aimais ça voir les enfants, voir les femmes enceintes, faire des accouchements, alors c'est pour ça que j'ai opté vers la médecine de famille finalement, et le contexte aussi, le suivi à long terme du patient est pas mal plus intéressant que périodique... bien certains internistes voient des patients quand même périodiquement mais je trouvais que c'était pas la même affaire non plus et quand ça touche un domaine... bon, si ça touchait à la gynéco, il aurait fallu référer, la psy, il fallait référer, alors que moi, bon je ne fais pas tout, je réfère quand même, mais je veux dire je suis quand même capable de gérer un peu tout ça, donc je trouvais ça plus global, plus intéressant; plus humain finalement. »*

Enfin, le cas04 termine ses propos en disant apprécier de pouvoir aider les individus. Déjà au secondaire, elle participait à des services communautaires. Le désir d'aider les gens fait partie de sa personnalité et explique, entre autres choses, son choix de la profession médicale et, point intéressant, son choix de la médecine familiale puisqu'aux yeux du cas04, ce type de médecine est particulièrement parfaite pour aider le monde.

*« Et comme fille, je pense que ça joue peut-être un peu dans ma personnalité, peut-être pas comme fille, mais enfin comme dans ma personnalité à moi, j'étais plus tournée vers aider les gens et tout ça. Et dans ma formation, même au secondaire et tout ça, ça paraissait un peu, parce qu'on avait des services communautaires à faire à l'époque, j'étais à ce qu'on appelle l'école (...), qu'on commençait à ce moment-là et ça a peut-être déjà fait partie de mon moi-même, que j'aimais ça aider le monde et je me disais "ah, je pense que la médecine c'est parfait pour ça et la médecine de famille encore plus finalement." »*

Le cas04 rapporte qu'il n'y a pas eu d'événement marquant au cours de sa formation en médecine, mis à part peut-être l'accouchement à laquelle elle avait assisté durant son stage d'observation en première année de médecine. Cette expérience avait mis en évidence son intérêt pour l'obstétrique.

*« Et là-bas... non, j'arrive pas à dire... il y a eu ça, je sais que ça m'a vraiment – le fameux accouchement de (...) m'a vraiment mise dans le bain à ce niveau-là, mais c'était en première année de médecine. Par la suite, je savais une attirance vers l'obstétrique. »*



Le cas04 est éventuellement revenue habiter dans sa région d'origine à la fin de sa formation prédoctorale pour y suivre sa formation postdoctorale et éventuellement y débiter sa pratique médicale. Celle-ci pratique la médecine familiale principalement en clinique médicale privée depuis plus de deux ans au moment de l'entrevue. Elle possède un champ d'intérêts particulier, soit l'obstétrique-périnatalité. La pratique dans son champ d'intérêt occupe d'ailleurs une place très importante dans la pratique du cas04 depuis le tout début de sa carrière. Le cas04 pratique également l'hospitalisation. Elle n'a toutefois jamais fait d'urgence depuis le début de sa pratique médicale, par manque d'intérêt. En outre, elle se considère chanceuse que ses pratiques d'hospitalisation et d'obstétrique-périnatalité lui permettent de répondre aux exigences imposées par ses AMP puisque ça lui enlève l'obligation de pratiquer l'urgence en CH.

*« Moi, comme je faisais déjà de l'obstétrique et de l'hospit ça comblait pas mal mes AMP, mais normalement dans la région quand je suis arrivée, ils obligeaient les gens à faire de l'urgence, sauf ceux qui faisaient de l'obstétrique, ça les excluait. Alors j'ai été chanceuse, j'ai pas été obligée de faire de l'urgence alors que je ne voulais pas en faire. Donc moi c'était clair que je ne voulais pas faire d'urgence, donc c'est ça, j'ai été chanceuse à ce niveau-là, je pouvais faire avec l'hospit et l'obstétrique mes AMP à 100%, donc là j'étais correcte à ce niveau-là. »*

Le conjoint et la famille ont exercé une influence déterminante sur le choix de la région de pratique du cas04. En fait, son enracinement familial et régional y joue pour beaucoup.

*« Mes parents ont déménagé donc à (...) et ils sont encore dans la même maison actuellement. Donc... pas très loin. Ce qui explique mon enracinement à revenir ici finalement. »*

Sa famille parentale ainsi que sa belle-famille habitent la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. En plus, le cas04 désire fonder une famille et est consciente qu'elle et son conjoint pourront ainsi bénéficier de la présence et du soutien du réseau familial.

*« Moi je voulais revenir parce que... encore là pour mon côté famille à moi aussi, ça va être plus facile d'avoir mes parents ici, d'avoir mes beaux-parents ici, d'avoir... bon. »*

Le programme de résidence en médecine familiale a, quant à lui, exercé une influence sur le choix de la communauté de pratique du cas04. Le cas04 savait qu'elle désirait avoir une pratique d'obstétrique-périnatalité. Il n'y a que quelques CH dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean qui offrent des services d'obstétrique. Le cas04 a donc fait le choix du CH dans lequel elle a suivi sa formation postdoctorale. En effet, cette dernière a fait sa résidence à l'UMF du CH situé dans la communauté où elle pratique. Elle était également appelé à faire de l'hospitalisation et des gardes au CH. Tout ceci lui a permis de connaître le milieu, le CH et le département d'obstétrique-

gynécologie et, de ce fait, de voir les façons de faire et les routines. Ça lui a également permis de connaître les médecins de famille et les médecins spécialistes qui travaillent au CH. Le cas04 avoue d'ailleurs que ceci lui a permis d'avoir des contacts plus faciles et de faciliter son choix de l'organisation de pratique pour sa pratique en clinique.

*« Et c'est ça, alors dans le fond ça été un gros plus et le fait d'avoir fait ma résidence ici, bien ça me permettait de connaître un peu plus le milieu, de connaître les gens avec qui je travaillerais plus tard dans le fond, parce que je connaissais déjà des médecins de famille qui travaillaient dans cette clinique-ci et dans d'autres cliniques, puis en voyant un peu... comme quand j'ai fait mon stage d'obstétrique, c'était à la salle d'accouchement ici à (...), donc où je travaille encore présentement, donc je savais un peu comment ça se passe, c'est quoi les routines, c'est quoi les façons de faire, qui sont les gynécos, etc., les spécialistes avec qui... parce que quand on est résident, on fait de l'hospit ici aussi, donc on côtoie les spécialistes aussi et les médecins de famille de d'autres cliniques, alors ça permettait d'avoir un contact plus facile, et après ça de faire un choix plus éclairé en fonction de la clinique. »*

Le cas04 savait qu'elle désirait avoir une pratique d'obstétrique-périnatalité. Il n'y a que quelques CH dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean qui offrent des services d'obstétrique. Le cas04 a donc fait le choix du CH dans lequel elle a suivi sa formation postdoctorale. Qui plus est, il n'y a que quatre cliniques médicales qui offrent des services d'obstétrique dans cette partie de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Trois de ces cliniques se trouvent dans la même communauté que le CH, tandis que la quatrième est située dans la communauté voisine.

*« Je savais que je voulais faire de l'obstétrique, donc j'avais 4 cliniques en tête où travailler, parce qu'il y a 4 cliniques qui font de l'obstétrique dans la région, dont une à (...) et trois à (...). »*

Le cas04 désirait avoir un bureau dans la même communauté que le CH pour des raisons liées à la distance et aux déplacements en conditions hivernales. D'autant plus que celle-ci jugeait qu'il serait plus sécurisant en début de pratique médicale de travailler dans une organisation clinique où il y a des collègues médecins de famille qui pratiquent eux aussi l'obstétrique.

*« Pratico pratique j'aimais mieux être dans une clinique où il y a des médecins qui font de l'obstétrique, en début de pratique on est toujours insécure, c'est plus facile appeler un collègue au besoin, si tu es tout seul dans ta clinique, moi je trouvais ça un peu trop insécurisant, et aussi pour ce qui est des distances, partir de la clinique pour aller à la salle d'accouchement, versus partir de (...), c'est pas tout à fait la même distance, donc ça peut jouer l'hiver entre autres; ça peut influencer. Donc c'est pour ça que je suis venue à (...). »*

La diversité de la pratique et l'affinité avec les collègues médecins de famille sont les deux facteurs ayant exercé une influence particulière sur le choix de l'organisation de pratique clinique du cas04. Cette dernière a dû faire son choix entre trois cliniques médicales privées de groupe

situées dans la communauté du CH. Elle désirait travailler dans une clinique médicale où il lui serait possible de faire du bureau, de l'hospitalisation et de l'obstétrique. Elle avait côtoyé certains des médecins de famille des trois cliniques médicales au cours de sa formation postdoctorale et observé leur type de pratique. Il y avait bien entendu des individus avec qui elle avait moins d'affinités. Le fait de connaître certains collègues médecins de famille, de connaître certaines caractéristiques de leur personnalité et que certains d'entre eux soient un peu plus jeunes ont fait, entre autres choses, qu'elle a choisi de la clinique médicale privée de groupe où elle travaille depuis le début de sa pratique médicale. Le côté humain a donc joué un rôle dans son choix de lieu de pratique clinique.

*« Et donc, il restait 3 cliniques, que j'ai quand même visité, que j'ai quand même côtoyé... regardé un peu c'était quoi leur type de pratique et tout, parce que je savais que je pouvais faire de l'hospit, de l'obstétrique, du bureau et c'était pas mal le type de pratique que je voulais en partant. Et finalement, en connaissant les personnes encore là un peu plus, bien je savais qu'il y avait une clinique que je n'aimais peut-être... pas que je n'aimais pas les gens, c'est pas une question de les détester, mais j'avais moins d'affinités ou moins de... encore là c'est le côté humain qui est ressorti à nouveau à ce niveau-là en disant bien ici je connaissais plus un petit peu les collègues, ils étaient un peu plus jeunes, certains collègues étaient un peu plus jeunes, il y en a d'autres que je ne connaissais pas, mais je me suis dit on verra bien. Et finalement c'est pour ça que j'ai choisi ici. (...) Mais finalement les collègues, il y a certaines caractéristiques dans leur personnalité qui faisaient que moi je préférais ici. »*

La clinique médicale privée de groupe comptait cinq médecins de famille ou omnipraticiens avant que le cas04 ainsi qu'une collègue ne commencent à y pratiquer à la fin de leur formation médicale. Selon les dires du cas04, les médecins de la clinique tentaient de recruter de nouveaux médecins de famille pour diminuer la charge de travail dont, autre autres, la fréquence des tours de garde en hospitalisation.

*« Et à l'époque quand je suis arrivée ici, ils n'étaient pas beaucoup de médecins, on était dans l'ancienne clinique en plus, je pense... dans le fond ils étaient 5 en tout, mais là-dessus il y en avait 4 qui faisaient la tournée de l'hôpital, donc ça revenait une semaine sur 4, c'est beaucoup, et ça faisait déjà quelque temps qu'ils étaient comme ça, donc eux, recruter... ils cherchaient activement, donc ça a facilité à ce niveau-là. Puis quand je suis arrivée, bien ma collègue est arrivée pas longtemps après, alors on est arrivées à un mois d'intervalle, donc on est tombés de 1 en 4 à 1 en 6, pour eux donc c'était beaucoup mieux. »*

Huit mois plus tard, la clinique a déménagé dans de nouveaux locaux locatifs (à son adresse actuelle) situés près des anciens locaux.

*« En fait, moi je suis arrivée en septembre ici, à l'ancienne clinique sur l'avenue (...) si on veut, et comme ils cherchaient depuis longtemps à déménager ou à rénover leur ancienne clinique aussi, c'était déjà dans l'air quand on est entrés, il a fallu trouver, bon, finalement*

*les locaux et tout, et on a déménagé en avril ou en mai (...), quelque chose comme ça, c'est en mai (...). »*

En outre, le cas04 affirme que tous les médecins de famille pratiquant à la clinique sont traités sur le même pied d'égalité et ce, malgré les différences d'âge. Ainsi donc, tout comme ses collègues et même si elle était une nouvelle recrue, elle confirme avoir fait des investissements en temps et en argent dans la clinique médicale privée de groupe pour la planification, l'achat du mobilier, l'aménagement et le déménagement de la clinique.

*« Surtout quand ça été le temps du déménagement, on s'est impliqués aussi. Comme... bien nous autres, comme nouveaux médecins aussi, on a travaillé pour le mobilier, il fallait un peu magasiner pour ça, il fallait donner du temps bénévole un peu pour organiser le déménagement, on faisait beaucoup de réunions pour parler, bon, des plans, les ci, les ça. Là le déménagement lui-même, ça été fait sur une fin de semaine bénévolement si on veut, donc on a quand même investi un peu de temps là-dedans. Et effectivement on est donc tous traités effectivement sur le même pied d'égalité malgré les différences d'âge, ce qui est bien. »*

Le cas04 précise y être comme une actionnaire (associée) participant à l'ensemble des décisions avec un droit de parole et droit de veto. Tout le monde est sur le même pied. Il y a un partage des dépenses liées au remboursement du prêt bancaire (dépenses encourues pour l'achat du mobilier et les rénovations lors du déménagement) et aux frais généraux de la clinique. Le cas04 prétend qu'il n'y a pas de conflit majeur lié au partage des dépenses.

*« Et donc, en fait la façon qu'on ça fonctionne en gros, on n'est pas propriétaires de l'endroit, on est locataires, mais on partage les dépenses. Dans le fond chaque médecin, on est un peu... on paie un certain montant pour les rénovations, le mobilier et tout ça, on est un peu actionnaire de ça, mais dans le sens qu'on n'a pas... les salaires de chacun étaient limités, étaient indépendants l'un de l'autre, on partage les dépenses, les frais de bureau en général, donc les frais de secrétariat, de téléphone, etc., les locations de bureaux et le prêt et tout ça. Donc on partage tout ça. Alors c'est un peu comme ça qu'on fonctionne. Et en gros, on est quand même... malgré qu'on est moi et ma collègue qui sommes arrivées à peu près en même temps, même si on est plus jeunes dans la clinique, on a quand même un droit de parole, un droit de veto. Quand on a des décisions à prendre, on les fait en groupe en général, ça c'est ce qui est plaisant aussi et qui est reconnu aussi parmi d'autres collègues qui sont venus se joindre à nous finalement par la suite, partant de d'autres cliniques (rire), ce qui est un peu plus touchy. Mais bref, il n'y a pas de... je sais que dans certaines cliniques il y a des actionnaires ou enfin des propriétaires et des locataires comme médecins et ça peut amener certains conflits, alors qu'ici dans le fond on est tous au même pied, on paye tous à peu près la même... (...) Mais enfin bref on a un minimum à payer, donc on se partage tout ça et jusqu'à date ça va bien et il n'y a pas de conflit majeur relié à ça. »*

Le cas04 précise toutefois que les deux médecins de famille les plus âgés s'impliquent moins dans les affaires courantes de la clinique. Les autres médecins de famille s'occupent donc de la gestion

des affaires courantes de la clinique, tandis qu'une d'entre elles est également responsable de la gestion du personnel de soutien.

*« Les deux plus vieux s'impliquent un petit peu moins dans les affaires courantes je dirais de la clinique. Mais tous les autres plus jeunes finalement, c'est plus nous un peu qui gérons ça, parce qu'on a un des médecins de ce groupe-là qui est... elle, elle est un peu plus... même si... là elle va éventuellement déléguer, mais pour l'instant qui va gérer plus un peu, bon, les horaires, le lien avec les secrétaires, tout ça. Alors nous on est techniquement les patrons de nos secrétaires, mais en réalité quand elles ont un problème particulier, elles parlent avec elle et c'est plus géré comme ça. »*

On peut voir dans tous ces passages que le fait que le cas04 ait investi du temps et de l'argent, se dise en quelque sorte actionnaire de la clinique, qu'elle participe aux décisions sur le même pied que tous les autres médecins de famille et qu'elle dise avoir un droit de parole et de veto, indiquent des responsabilités dans l'organisation. Toutefois, comme elle est actionnaire de l'organisation, c'est comme avoir alors des responsabilités pour sa PME.

Un huitième médecin de famille (venant d'une autre clinique) a joint les rangs de la clinique une quinzaine de mois après le déménagement.

Lorsque l'intervieweuse (en l'occurrence la chercheuse principale) lui demande de parler de l'évolution de sa pratique depuis qu'elle a terminé sa formation, le cas04 répond, entre autres choses, qu'il gère mieux les incertitudes de la pratique médicale. Elle avoue qu'une certaine insécurité dans sa pratique en tout début de carrière l'amenait à demander plus de conseils et d'examen diagnostiques. Celle-ci est bien contente de voir qu'avec l'acquisition de l'expérience professionnelle il y a des choses maintenant qui lui causent moins de stress qu'en début de pratique.

*« On est un peu toujours... "qu'est-ce qu'on fait?" un peu incertain et un peu insécures et on demande plus de conseils et on fait plus de tests et on fait... bon. Mais là c'est moins pire je pense avec le temps. Il y a des choses qui me stressaient plus au début qui me stressent moins maintenant et je pense que c'est bien correct comme ça (rire). Je suis bien contente. »*

Elle ajoute qu'il y a définitivement eu une évolution sur le plan financier depuis le début de sa pratique médicale suivant l'établissement de la clientèle.

*« Financièrement aussi c'est sûr que ça a paru à un moment donné aussi. Au début, quand on commence, on a moins de clientèle et tout, mais ça, ça a joué aussi. »*

Le cas04 parle ici, bien que de façon implicite, de son salaire depuis le début de sa pratique. Ceci peut être en lien avec une disposition propre au côté affaire de la pratique médicale.

En terminant, il est important de souligner certains traits de personnalité que le cas04 mentionne explicitement au cours de l'entrevue. Celle-ci se caractérise par une nature un peu insécure et le manque de confiance en soi.

*« Bien à la base en plus, comme personnalité j'étais un type... bien je le suis encore parce que je pense que c'est toujours, c'est chronique, mais un type un peu insécure à l'avance. »*

Ces traits de caractère auraient été grandement influencés par des expériences personnelles difficiles et ce, dès la tendre enfance. En effet, le cas04 est convaincue que ses expériences personnelles difficiles vécues à l'école (intimidation ou violence sociale) ont joué pour beaucoup dans le façonnement de sa personnalité et sa façon d'être. Ceci a amené une certaine insécurité au niveau social et développé chez elle un fort désir d'être appréciée et de se faire aimer.

*« Et ça probablement influencé toute ma façon d'être je pense, et ma façon... mon choix de médecine, parce que dans le fond je pense qu'inconsciemment c'était peut-être une façon de se faire apprécier, se faire aimer, avoir un certain statut quand même à ce niveau-là. »*

Outre avoir exercé inconsciemment une influence sur son choix de carrière, le cas04 est d'avis que ses expériences difficiles d'intimidation ont probablement joué pour beaucoup, voir sont peut-être même la source de son désir profond d'aider les gens et d'être là pour eux et avec eux et, par défaut, de son sentiment de culpabilité lorsqu'elle ne peut être là.

*« Moi je suis sûre que ça a joué vraiment beaucoup sur ma façon d'être, ma personnalité, et c'est probablement pour ça que je veux tant aider les gens et tant en mettre et je me sens donc coupable quand je me fais couvrir et que c'est une patiente à moi qui accouche et je ne suis pas là et... dans un sens, je pense que ça vient de là un peu; à mon avis. »*

Qui plus est, le cas04 est convaincue que ses expériences personnelles difficiles exercent une certaine influence sur sa pratique médicale. En effet, sa nature un peu insécure et son manque de confiance en soi lui auraient même causé certains problèmes au courant de sa formation médicale puisque les évaluations des superviseurs mentionnaient souvent ces traits de caractère. Néanmoins, elle est consciente d'une certaine évolution depuis le début de sa pratique médicale voulant que, bien que toujours présente, cette insécurité se trouve atténuée de beaucoup et est maintenant un peu plus facile à gérer suivant l'expérience clinique acquise.

*« Le fait de m'être fait écoeurer, je pense que ça a joué beaucoup sur ma personnalité et sur mon insécurité et ça m'a causé problème possiblement aussi dans ma résidence et dans ma formation parce que dans beaucoup de... quand j'avais des évaluations, ça ressortait beaucoup, beaucoup, bon "aies plus confiance en toi, travaille là-dessus." "Oui, mais je suis de même depuis que je suis... (rire) je ne peux pas changer de même. Ça va se faire avec le temps." Et c'est pour ça que je dis que j'ai vu l'évolution de moi personnellement entre mon début de pratique et maintenant, parce que cette insécurité-là, il y en a encore, je ne dis pas que je n'en ai plus pantoute, mais c'est moins pire, c'est beaucoup plus atténué et c'est beaucoup plus facile à gérer et c'est beaucoup moins pire. Mais enfin, je pense que ça,*

*ça été deux choses qui ont fait que... qui m'ont probablement forgée et qui m'ont amenée à ça à mon avis. »*

La personnalité du cas04 semble empreinte d'humanisme. Le cas04 a réalisé très jeune qu'elle aimait soigner et prendre soin.

*« Plus jeune j'ai toujours voulu être vétérinaire en fait, j'ai toujours aimé les animaux, on habitait la campagne, donc ça fait partie de mon quotidien, on a eu des chiens, etc., des lapins et tout. Alors dans ma tête, je savais que j'aimais ça soigner et tout ça. »*

Elle était très idéaliste au début de ses études médicales. Elle avait des aspirations humanitaires et rêvait de rejoindre les rangs de Médecins Sans Frontières.

*« Mais j'ai mis ça un peu de côté, mon rêve de Médecins Sans Frontières parce que quand je suis entrée, j'étais très idéaliste et je voulais faire ça, puis ah, la famille joue un peu là-dedans et... en tout cas, c'est un peu plus complexe que ce que je pensais. Enfin... »*

Celle-ci apprécie le sentiment de pouvoir aider les individus. Déjà au secondaire, elle participait à des services communautaires. Le désir d'aider les gens fait partie de sa personnalité et explique, entre autres choses, son choix de la médecine familiale.

*« Et comme fille, je pense que ça joue peut-être un peu dans ma personnalité, peut-être pas comme fille, mais enfin comme dans ma personnalité à moi, j'étais plus tournée vers aider les gens et tout ça. Et dans ma formation, même au secondaire et tout ça, ça paraissait un peu, parce qu'on avait des services communautaires à faire à l'époque, j'étais à ce qu'on appelle l'école (...), qu'on commençait à ce moment-là et ça a peut-être déjà fait partie de mon moi-même, que j'aimais ça aider le monde et je me disais "ah, je pense que la médecine c'est parfait pour ça et la médecine de famille encore plus finalement." »*

Le cas04 semble être une personne indépendante d'esprit. En effet, elle fait allusion à un caractère indépendant à quelques reprises au cours de l'entrevue. Il semble que ce trait de caractère soit présent chez elle depuis au moins son enfance. Entre autres, elle dit avoir toujours fait ses choix en fonction d'elle-même et non pas en fonction des amis, des copains de cœur ou autres.

*« Même si je recule, j'ai jamais fait ma vie en fonction de mes amis, dans le sens que quand j'étais au primaire, quand j'ai choisi d'aller au secondaire à l'école internationale qui commençait à l'époque à (...), on était la première année qui le faisait, j'ai pas... même si mes amis de l'époque, du primaire allaient dans toutes les autres écoles, moi j'ai dit non j'y vais pareil et je suis allée... même si c'était insécurisant de changer d'amis, changer de groupe et tout ça, et rendu au secondaire, bon, pour le cégep c'était plus facile parce qu'on allait pas mal tous au même cégep, mais rendu au cégep, quand c'était le temps d'entrer à l'université, j'ai pas attendu après mes amis, alors je savais ce que je voulais, je suis allée. »*

Qui plus est, elle se caractérise comme étant une personne très déterminée, qui n'a pas peur de faire les efforts nécessaires pour atteindre ses objectifs.

*« Alors je suis quelqu'un de décidé, donc ça été dans ce sens-là assez bien dans un sens, mais j'ai travaillé pour. En sachant que je voulais faire ça, j'ai donné les efforts qu'il fallait pour y arriver à travers tout ça. »*

Enfin, le cas04 possède le sens des responsabilités et du devoir.

*« Encore là... c'est peut-être mon sens du devoir (...). »*

## **Pratique professionnelle actuelle**

Le cas04 pratique maintenant dans deux types d'organisation. Son lieu principal de pratique est une clinique médicale privée de groupe où elle y travaille à raison de six demi-journées par semaine répartie sur quatre jours. Celle-ci consacre trois demi-journées à sa pratique clinique auprès de patients types de médecine générale et trois demi-journées à sa pratique clinique auprès de femmes enceintes et de bébés. En plus, elle pratique des accouchements dans un CH à vocation universitaire au besoin durant la semaine.

*« Bien en fait, je fais 6 demi-journées réparties sur 4 jours. Ça c'est sans compter l'obstétrique, parce que quand je fais des accouchements, c'est à travers. »*

Le cas04 se réfère à ses autres collègues médecins de famille pratiquant à la clinique médicale en tant qu'actionnaires (ou associés). Ils ne sont pas propriétaires des locaux de la clinique, mais plutôt locataires. Tout le monde est sur le même pied. Il y a un partage des dépenses liées au remboursement du prêt bancaire (dépenses encourues pour l'achat du mobilier et les rénovations lors du déménagement) et aux frais généraux de la clinique (loyer, salaire des employés, etc.). Ce partage est en fonction du nombre de demi-journées par semaine où le médecin est actuellement présent et voit des patients à la clinique. Il y a toutefois un montant minimum exigé à chaque médecin équivalent à six demi-journées par semaine.

*« Et donc, en fait la façon qu'on ça fonctionne en gros, on n'est pas propriétaires de l'endroit, on est locataires, mais on partage les dépenses. Dans le fond chaque médecin, on est un peu... on paie un certain montant pour les rénovations, le mobilier et tout ça, on est un peu actionnaire de ça, mais dans le sens qu'on n'a pas... les salaires de chacun étaient limités, étaient indépendants l'un de l'autre, on partage les dépenses, les frais de bureau en général, donc les frais de secrétariat, de téléphone, etc., les locations de bureaux et le prêt et tout ça. (...) Alors qu'ici dans le fond on est tous au même pied, on paye tous à peu près la même... dans le fond, on prend nos dépenses, on les partage en pointes de tarte et on se divise le montant selon aussi l'utilisation un petit peu aussi, ça va selon... si moi je fais 6 demi-journées, je paye pour 6 demi-journées. Si ma collègue en fait 7, elle va en payer pour 7 ou pour 8, mais il y a un minimum aussi de 6 parce qu'à un moment donné, on ne peut pas non plus avoir... payer pour deux jours. Il ne faut pas exagérer. »*



Le cas04 se garde deux demi-journées libres par semaine afin d'être en mesure d'y déplacer les rendez-vous des patients advenant qu'elle ait dû annuler des rendez-vous pour pratiquer un accouchement. Il en est de même pour la journée de vendredi qu'elle se garde libre soit pour participer à des activités de DPC, pour se reposer ou encore, pour y déplacer des rendez-vous.

*« Et je me garde un peu ces lousSES-là parce que justement, quand j'ai un accouchement à travers un bureau, bien si je déplace des patients, souvent je les déplace dans mes demi-journées qui sont libres. Et au plus le vendredi. Sinon j'essaie de garder mon vendredi, soit pour me reposer ou soit pour aller à des conférences, parce qu'il y a beaucoup de conférences qui se font, des demi-journées ou des journées le vendredi et des fois mes rendez-vous et tout le kit. C'est comme ma journée un petit peu plus lousse à ce niveau-là. Et quand ça déborde trop, bien je mets mes patients là à ce moment-là. Alors c'est un peu mon... les deux demi-journées par semaine plus le vendredi, c'est un peu mes backups s'il faut que je déplace du bureau. »*

Qui plus est, le cas04 utilise fréquemment ses demi-journées et sa journée libres pour appeler des spécialistes et réviser les résultats des examens diagnostiques. En effet, le cas04 rapporte qu'elle doit consacrer du temps non rémunéré pour la réalisation de tâches de nature administrative ou clinique en lien avec le suivi et la prise en charge des patients. Elle rapporte donc travailler durant des demi-journées où elle ne fait pas de clinique. Ceci fait en sorte qu'elle se doit d'être présente à la clinique plus que les six demi-journées prévues à son horaire de bureau. Tout ça implique qu'elle a moins de disponibilité pour la pratique clinique comme telle.

*« Parce que comme je disais, des fois les labos, les retours de messages, ça fait qu'on... ça demande du temps aussi et effectivement on n'est pas payés pour ça, alors ça joue un peu. Dans le fond, ça joue un peu sur le temps qu'on passe, parce que dans mes demi-journées que j'ai off, des fois ça va être pour régler des labos, ça va être pour appeler des spécialistes quand j'ai des questions, parce que des fois, entre deux patients, on n'a pas toujours le temps, donc finalement en réalité je suis plus souvent à la clinique que les demi-journées comme tel ou que les journées que je fais juste du bureau finalement. »*

Le cas04 partage le suivi post-partum avec une collègue médecin de famille pratiquant à la même clinique qu'elle. Ainsi donc, à raison d'une semaine sur deux environ, le cas04 rend visite aux patientes ayant accouché durant la semaine, lors de leur séjour en maternité au CH. Elle effectue ces visites, qui sont parfois nombreuses, avant le début de sa journée à la clinique médicale.

*« Et à travers ça, j'ai une semaine sur deux, parce qu'avec une collègue ici, on partage ce qu'on appelle le post-partum, donc une semaine sur deux en moyenne, s'il y a des patientes qui ont accouché, pour aller les voir à l'hôpital le matin, c'est avant mon bureau, donc... et ça peut être des semaines je n'en ai pas, des semaines j'en ai beaucoup, il y a des semaines que j'en ai juste un, il y a des semaines... ça varie, mais il y a ça en plus qui s'ajoute avant le bureau. »*

Enfin, le cas04 pratique l'hospitalisation au même CH à vocation universitaire où elle pratique l'obstétrique et ce, à raison d'une semaine (lundi au dimanche) sur six. Elle peut également pratiquer des accouchements durant sa semaine de garde à l'hôpital.

*« Et il y a la semaine d'hôpital qui est à part, c'est des semaines où je ne fais pas du tout de bureau parce que je n'ai pas le temps d'en faire, mais je peux faire des accouchements à travers pareil. »*

Le paiement à l'acte est l'unique mode de rémunération du cas04.

Le cas04 aborde ses responsabilités face à deux de ses organisations de pratique (clinique médicale privée de groupe et CH) et à leur équipe. À ses yeux, le partage des gardes et la couverture des heures défavorables fait partie de l'équité du travail en équipe.

*« Et pour les gardes et tout, bien ça fait partie de l'équité du travail en équipe qu'il faut partager. »*

Elle parle de l'unité d'obstétrique du CH où il y a une pratique d'équipe pour le partage des gardes (soirs, fins de semaine).

*« Parce que dans le fond, nous, la façon qu'on fonctionne pour l'obstétrique, c'est qu'on est de garde, enfin à la clinique à tout le moins, pour nos propres patientes du lundi au jeudi de 8 à 5 je dirais et les soirs, les nuits, il y a un horaire avec une liste de garde, où je peux ou non être disponible. Dans le fond je pourrais dire ce soir, je garde la pagette parce que bon, ça me tente, et cette nuit, et avoir un accouchement, ça se pourrait aussi. Et les fins de semaine qui sont couvertes aussi par une liste de garde, et moi, bien avant ma grossesse, bon, j'avais des périodes de garde à différents endroits et les fins de semaine aussi à travers ça, alors ça se rajoute au reste de la pratique quand même. »*

Le cas04 parle également de la pratique d'équipe à la clinique médicale pour le partage des gardes pour le sans rendez-vous et des tours de garde (hospitalisation) au CH. Elle fait du sans rendez-vous à raison d'une demi-journée peut-être une à deux fois par mois.

*« Le sans rendez-vous, ça dépend, ça peut être une à deux fois par mois. »*

Elle se doit aussi de participer à des réunions d'équipe à la clinique médicale.

*« Quand il y a des décisions plus importantes, bon, des petites choses de routine, on ne va pas faire de réunion à chaque fois, mais une fois de temps en temps, on a commencé à s'amener des petits dîners le jeudi midi, une fois par... des fois aux deux semaines quand on est capables pour mettre à jour les infos. »*

Huit médecins de famille ou omnipraticiens travaillent donc maintenant à la clinique; tous considérant la clinique comme leur lieu principal de pratique. Selon le cas04, deux collègues médecins de famille y travaillent à raison de quelques demi-journées par semaine, tandis qu'elle et

cinq autres collègues médecins de famille ont à peu près le même type de pratique. De ce nombre, quatre offrent des services d'obstétrique-périnatalité (suivi de grossesses et accouchements) et six font de l'hospitalisation.

*« Bien là présentement, on est 8, oui. Bien là-dessus il y en a un qui... il y en a qui font juste des demi-journées par exemple. Il en a un qui fait juste l'avant-midi, l'autre juste l'après-midi (...). Mais les autres, on fait à peu près le même type de pratique, sauf qu'on est 4 médecins qui font de l'obstétrique sur les 6 qui font de l'hôpital et deux autres qui font de l'hôpital surtout, plus le bureau dont une autre qui travaille au CLSC une journée ou une demi-journée par semaine en plus, donc c'est un peu varié. On n'a pas une clinique juste d'obstétrique non plus, c'est assez variable, mais en gros on est 8... »*

Un neuvième médecin de famille (venant de la même clinique d'origine du huitième médecin de famille) devrait se joindre à l'équipe sous peu (au moment de l'entrevue). L'organisation offre des services de sans rendez-vous les mardis et les jeudis après-midi pour les patients de la clinique seulement. Il y a parfois ajout d'une troisième demi-journée. Elle n'est pas ouverte les soirs ni les fins de semaine. Chaque médecin de famille dispose d'un prescripteur électronique ZoomMed dans leur bureau. Il s'agit d'un petit ordinateur portable (de poche) avec une petite imprimante qui permet aux médecins d'effectuer et de transmettre électroniquement leurs ordonnances de médicaments. Les pharmaciens peuvent ainsi accéder, au moyen d'un lien sécurisé, à ces informations en ligne par la saisie d'un code-barres unique apparaissant sur chacune des copies signées par le médecin. Le cas04 avoue que l'arrivée à la clinique du nouveau prescripteur électronique ZoomMed est très récente. Le système n'est donc pas fonctionnel au moment de l'entrevue. La clinique médicale semble bien organisée. En fait, la plupart des tâches administratives et secrétariales semblent être réalisées par une équipe bien rôdée de personnel de soutien. De mémoire, le cas04 pense qu'il y a en tout six secrétaires pour soutenir les médecins de famille.

*« Présentement, on a une secrétaire plus... pas médicale, mais qui s'occupe de la facturation un peu plus et du côté comptabilité et tout ça, et il y en a une autre qui fait et de ça quand celle-là est en vacances et qui fait aussi la réception et le travail un peu de secrétariat. (...) Je pense maintenant elles seraient 6 secrétaires dans le fond en tout, si je ne me trompe pas. (...) Celle qui fait la facturation qui est toujours là pratiquement dans la semaine, du lundi au jeudi en tout cas et au moins 3 à la réception minimum en général. Parce qu'en étant plus de docteurs, il y a plus de monde, ça roule plus. Il y a les labos à sortir, les dossiers, etc., donc ça fait pas mal occupé finalement. Les téléphones, et... non, elles se partagent la tâche, il y en a une plus à la réception, une plus au téléphone, une plus à sortir les dossiers, serrer les labos et tout ça, répondre aux messages parce qu'on arrive beaucoup de temps en temps avec une pile et moi, j'ai tel message à faire, soit qu'elles rappellent les patients, soit qu'elles... donc c'est exigeant pour eux autres aussi. Elles travaillent fort. Je ne changerais pas de job avec elles. »*

La clinique médicale se trouve dans un petit centre commercial. Elle occupe une large superficie du bâtiment. La clinique médicale est située dans un des arrondissements de la ville la plus importante de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Cet arrondissement fait parti d'un des plus importants territoires de RLS de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. La population de l'arrondissement représente environ 90 % de la population totale du territoire. D'autre part, la population du territoire représente plus du quart de la population totale régionale. Selon les données sociodémographiques du recensement 2006, un peu moins de 18 % de la population du territoire est âgée de moins de 18 ans, 65 % a entre 18 et 64 ans tandis qu'un peu plus de 17 % a 65 ans et plus. Les données socioculturelles du recensement 2006 indiquent que le français est la langue parlée à la maison par la quasi-totalité de la population. Il n'y a d'ailleurs qu'une très faible proportion d'immigrants sur le territoire (un peu plus de 1 %). Les données socioéconomiques du recensement 2006 indiquent, quant à elles, que 15 % des adultes âgés de 25 à 64 ans du territoire ne détiennent aucun diplôme, certificat ou grade. Il s'agit là d'individus faiblement scolarisés. Par contre, environ 18 % des individus du même groupe d'âge sont fortement scolarisés, détenant un diplôme, certificat ou grade universitaire. Le revenu moyen après impôt de la population de 15 ans et plus était de 22 833 \$. Le territoire enregistrait un taux de chômage légèrement supérieur à 10 % pour la semaine ayant précédé le jour du recensement (16 mai 2006). Selon l'Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007, un peu plus de 20 % des adultes résidant sur le territoire affirment ne pas avoir un médecin de famille.

Le centre commercial où se trouve la clinique médicale est situé à une intersection importante d'un des secteurs de l'arrondissement. Le quartier où se trouve la clinique est surtout commercial, avec des zones résidentielles dans les rues derrière les artères commerciales. Il y a plusieurs commerces et services, dont des banques, des écoles, des restaurants. Plusieurs maisons, bien que vieilles, ont été rénovées et sont bien entretenues. Il y a également des maisons dont la construction est plus ou moins récente. Un peu plus loin dans les quartiers avoisinants, il y a des maisons beaucoup plus récentes ainsi que des maisons plus luxueuses. Il y a quelques municipalités et villages avoisinants qui peuvent venir dans les commerces et utiliser les services généraux, et plus spécifiquement les services de santé, situés dans la communauté (arrondissement), le secteur et le quartier où se trouve la clinique. Parmi les ressources de soins de santé disponibles tout près dans le quartier où se situe la clinique, on retrouve, entre autres choses, deux pharmacies à large surface (dont l'une dans le centre commercial où se trouve la clinique), une clinique de physiothérapie, une

importante clinique de physiothérapie et d'orthopédie, une clinique de chiropractie ainsi que deux cliniques dentaires (dont l'une dans le centre commercial où se trouve la clinique). Parmi les ressources de soins de santé et de services sociaux du territoire, on retrouve le CSSS qui est un établissement qui regroupe un CH de soins généraux, spécialisés et sur-spécialisés, un CLSC (deux installations) et quatre CHLSD. En outre, le CSSS est désigné universitaire pour sa mission hospitalière. Il est affilié à deux universités. Le CH possède une UMF qui est accréditée GMF. Il y a également sur le territoire plusieurs cliniques médicales privées offrant des services médicaux généraux (plus d'une dizaine, dont une clinique voyage, une mini-urgence, deux GMF) ou spécialisés, plusieurs pharmacies (grande, moyenne ou petite superficie), plusieurs bureaux de professionnels de la santé (dentistes, audiologistes, orthophonistes, psychologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, optométristes, etc.) ainsi que plusieurs organismes communautaires dont les activités sont liées à la santé et aux services sociaux (santé mentale, toxicomanie, déficience physique, déficience intellectuelle, jeunesse, perte d'autonomie liée au vieillissement, etc.). Il y a également des cliniques de médecine privée (hors RAMQ) offrant des services diagnostiques et/ou médicaux. Enfin, certains professionnels de la santé non traditionnels offrent des services (ramancheurs, naturopathes, homéopathes, massothérapeutes, chiropraticiens, ostéopathes, etc.).

Le cas04 ne prend plus de nouveaux patients, exception faite des femmes enceintes et des bébés de ses patientes. En fait, l'accessibilité à ses services semble être une préoccupation importante. L'évolution de sa charge de travail fait en sorte qu'elle n'est plus en mesure de voir les patients réguliers dans un délai qu'elle juge adéquat. C'est pour cette raison qu'elle a décidé de ne plus accepter de nouveaux patients.

*« Et en moyenne je prends deux nouvelles grossesses par semaine, qui me prennent quasiment l'équivalent de 2 rendez-vous parce que c'est plus long la première visite, ce qui fait que... et des fois il y a des bébés qui débordent dans mes bureaux réguliers parce que j'ai plus de place où les mettre autrement. Ce qui fait que la médecine régulière de patients qui ne sont pas enceintes et tout, bien j'en fais quand même, mais un peu moins à cause de ça. En début de pratique j'en faisais plus parce que je commençais, mais maintenant que ça roule un peu plus, je fais moins de ces patients-là, donc j'ai plus de misère à les voir, donc j'ai plus de retours à ce niveau-là d'ailleurs, mais c'est pour ça que je ne suis plus capable de prendre de nouveaux patients, parce que je ne suis pas capable de les voir de façon adéquate à mon avis. »*

La durée de la consultation durant les cliniques avec rendez-vous varie en fonction du type de clientèle. Elle s'établit à une vingtaine de minutes environ pour la clientèle type de médecine

générale et les suivis de bébés. Elle s'établit à 15 minutes pour les suivis de grossesses, à l'exception de la première visite pour laquelle 30 à 40 minutes sont nécessaires (soit l'équivalent d'environ 2 rendez-vous). Enfin, la durée de la consultation durant les cliniques de sans rendez-vous s'établit à 15 minutes.

*« Ils sont comme plus aux 20 minutes, les patients réguliers. Parce qu'encore là mes horaires varient selon les grossesses, les bébés et tout, mais un bureau régulier, c'est en moyenne 7 à 8, des fois 9 patients que je vais voir par demi-journée. Mais quand c'est des nouvelles grossesses, ça en fait moins parce que comme je disais tantôt, je prends deux rendez-vous pour en faire un, parce que c'est plus long. Alors dans le fond, souvent ça donne à peu près 3 patients aux 20 minutes, une pause de 20 minutes, après ça 3 autres patients, une autre pause et des fois, c'est le 7<sup>e</sup>, qui est souvent la nouvelle grossesse ou autre. Quand c'est des bureaux de grossesses, c'est aux 15 minutes non stop, il n'y a pas de pause. Ce qui fait que j'en vois en moyenne plus 12 ou 14, dépendamment des demi-journées. Et les bureaux de bébés sont aux... je pense qu'ils sont aux 20 minutes non-stop aussi, ça fait que je vois à peu près 8 à 9 patients par demi-journée, et des fois même j'attends après eux. Alors des fois, de temps en temps, parce que ça roule plus vite, c'est moins compliqué de voir un bébé que de voir une personne avec ça de problèmes. Alors ça varie selon... c'est ça, selon les types de bureaux que je fais. Et le sans rendez-vous, bien ça c'est plus aux 15 minutes, mais en moyenne je vois 10-12 patients par demi-journée, selon le temps, il y en a que c'est plus long et il y en a que c'est moins long. »*

Le cas04 parle de la complexification de la pratique médicale générale, particulièrement suivant l'augmentation du nombre d'individus présentant des polyopathologies et des polymédications. La consultation pour l'examen annuel peut s'avérer plus longue ou plus lourde puisqu'il y a plusieurs choses à prendre en compte. D'autant plus qu'il y a maintenant plus de recommandations à suivre pour le dépistage de divers problèmes de santé.

*« Les patients réguliers où c'est plus lourd, où c'est plus long. Les examens annuels maintenant, peut-être qu'avant il y avait quelques problèmes à gérer, maintenant on en a des fois 8 et 10 et... mais avec nos patients qui sont plus malades ou plus de médicaments, plus de ci, plus de recommandations à faire plus d'examen pour le dépistage de plus de maladies. »*

Les services de soins d'obstétrique-périnatalité occupent une place importante dans la pratique du cas04. Les suivis de grossesses et de bébés représentent peut-être près de la moitié de sa clientèle, tandis que l'autre moitié se compose d'une clientèle type de médecine générale. À chaque semaine, trois de ses six demi-journées de clinique sont consacrées aux suivis de grossesses et de bébés. Elle prend d'ailleurs en moyenne deux nouvelles grossesses par semaine. Il lui arrive d'avoir à faire des suivis de bébés durant ses cliniques de suivi de la clientèle de médecine générale pour cause de débordement ce qui fait qu'elle voit un peu moins sa clientèle type de médecine générale.

*« Alors j'ai pu avoir un peu de tout finalement, c'est-à-dire que dans cette clientèle-là je peux avoir des gens de 50 ans, 60, 70, il y en a qui ont des cancers, il y en a qui ont des dépressions, il y en a qui ont du diabète, de l'hypertension, enfin bref de la médecine de famille très standard je dirais. Mais c'est sûr que ça c'est à peu près la moitié de ma clientèle et l'autre moitié, ça va être beaucoup bébés et mamans, grossesses, parce que sur une semaine type, dans le fond je m'accorde 3 demi-journées sur 6 à des grossesses et des suivis de bébés. Et en moyenne je prends deux nouvelles grossesses par semaine, qui me prennent quasiment l'équivalent de 2 rendez-vous parce que c'est plus long la première visite, ce qui fait que... et des fois il y a des bébés qui débordent dans mes bureaux réguliers parce que j'ai plus de place où les mettre autrement. Ce qui fait que la médecine régulière de patients qui ne sont pas enceintes et tout, bien j'en fais quand même, mais un peu moins à cause de ça. »*

Le cas04 rapporte que sa clientèle provient d'un peu partout sur trois territoires de RSL de la région, particulièrement sa clientèle d'obstétrique-périnatalité. Elle pense que la majorité est de classe moyenne, bien qu'il y ait peut-être un petit peu plus de femmes enceintes et de bébés qui sont défavorisés sur le plan socio-économique.

*« J'ai pas tant que ça de patients plus défavorisés, honnêtement, j'en ai quelques-uns avec les suivis de grossesse surtout, parce que comme les gens, on dessert dans le fond tout (...), j'ai des patients d'un peu partout, (...), (...), (...), et comme ils ont moins de choix de cliniques pour l'obstétrique, bien on en ramasse un petit peu plus, alors j'en ai quelques-uns plus dans ma clientèle de femmes enceintes et de bébés par la suite que dans ma clientèle que j'avais comme régulière qui était de mon ancienne collègue qui était ici, enfin celle qui est partie. Eux, je dirais que je n'en ai pas tant que ça; j'en ai un petit peu mais pas tant que ça. C'est pas... c'est des gens de classe moyenne je dirais, la majorité; quelques professionnels à travers ça, mais pas majoritairement de milieux défavorisés. »*

Elle essaie de développer une relation de type plus « égal à égal » avec les patients. En fait, le cas04 tente d'être plus amical en quelque sorte avec ces derniers et de demeurer le plus naturelle possible. Elle fait des plaisanteries et utilise un langage régional plus familier afin de mettre les patients à l'aise, au point tel que certains la tutoient. Elle pense par ailleurs que le tutoiement lui est utile d'une certaine façon dans sa pratique. D'autant plus qu'elle affirme qu'elle serait bien mal à l'aise de se faire vouvoyer et, d'ajouter en riant, particulièrement par les individus de son âge. Son objectif est de monter que bien qu'elle ait une formation médicale et bien, elle est une personne comme tout le monde et non le messie.

*« J'essaie d'être le plus... bien pas trop friendly, mais d'être un peu friendly avec les gens quand même, dans le sens de ne pas... je ne me suis jamais prise au sérieux dans le fond, moi je suis une femme, on le sait, puis j'essaie d'être le plus naturelle possible et je pense que je suis comme je suis devant les patients, comme je suis présentement, je pense que je suis de même dans la vie aussi, alors de rester... d'être plus égal à égal avec les patients. Des fois... je me suis déjà fait reprocher un petit peu par, quand j'étais en formation ou autres, mais... moi je fais des jokes des fois avec mes patients, et des fois après je me dis*

*"ouf... j'aurais pas dû la passer comme ça celle-là," mais bon, les gens ils partent à rire et ils trouvent ça bien drôle c'est correct, mais c'est pas tout le monde... je vais gérer ça un peu selon les patients, mais des fois, j'essaie pas d'être plus à leur niveau, mais des fois, pas mal parler mais parler plus jargon un peu ou expressions régionales pour passer des fois le message et voir que dans le fond, je ne suis pas un messie, je suis une personne comme vous, comme n'importe qui, et oui, j'ai une formation particulière à ce niveau-là, mais pour que justement ils sentent plus à l'aise et plus... et je me fais tutoyer aussi beaucoup, remarque que ça amène l'autre côté des fois que... il y a des patients que j'aimerais moins qu'ils me tutoient mais ils le font pareil mais bon... les plus vieux ça me dérange moins, les gens de mon âge, ça peut être correct aussi, mais des fois on se rend compte qu'il y en a qui sont bien impolis et "eh, salut Julie!" C'est comme trop familier, des fois je me rends compte que j'ai l'autre balance, mais en tout cas. D'un autre côté j'ai l'impression que ça me sert un peu plus dans ce sens-là, je serais mal à l'aise de toute façon de me faire vouvoyer par trop, je ne suis pas habituée de me faire vouvoyer... des fois oui, ça va, là je commence à être un peu moins pire, mais des fois il y a des situations surtout les gens de mon âge ou à peu près, me faire dire vous, c'est bizarre un peu. (rire) »*

Autant que possible, le cas 04 promeut la participation active ou la collaboration des patients et de leur famille au processus décisionnel. En effet, elle entretient une relation avec les patients et leur famille leur permettant de participer à la prise de décision, voir de la partager. Elle tente en général de présenter et d'expliquer les options disponibles, de les conseiller et de laisser le choix aux patients et à leur famille. Celle-ci semble d'ailleurs ne pas apprécier lorsque les patients s'en remettent entièrement à ses préférences et à son opinion professionnelle pour prendre une décision. Le cas04 considère que son rôle n'est pas de prendre ses patients par la main, mais bien de les guider. Si ces derniers ne s'aident pas et refusent de suivre ses recommandations, et bien elle le prend en note au dossier et en vient à la conclusion qu'elle ne peut pas faire plus pour eux, du moins jusqu'à un changement de situation. Enfin, elle entretient une relation avec les patients leur permettant de participer à la prise de décision, voir de la partager. Les patients, et parfois leur famille, sont donc également un des facteurs d'influence sur sa pratique.

*« Bien j'essaie de les faire participer pour les impliquer dans ça, parce que des fois ils nous disent j'aime pas ça quand ils nous disent ça, "c'est vous le docteur, dites-moi quoi prendre, quoi faire." Et entre autres à l'hôpital, c'est un peu... comme les décisions entre autres des familles par rapport à des patients en phase terminale ou en processus de... est-ce qu'on y va plus sur le confort versus traitement, et je leur explique la situation le plus clair possible, le plus dans mes cordes possible, pour leur dire bien voici, c'est quoi la situation, voici les options. Moi je peux leur conseiller en leur disant des fois, comme entre autres pour les patients qu'il faut commencer un médicament pour le cholestérol, je leur dis "mais écoutez, là ça fait trois mois qu'on essaie, et là ça n'a pas marché, vous avez fait ce que vous pouviez côté diète, côté alimentation, pouvez-vous faire mieux encore?" S'il me dit "pas ben ben", bien là il va peut-être prendre ça parce que les complications possibles, c'est ça, ça, ça. Alors je vais essayer de les guider dans ça mais en leur laissant quand même un certain choix parce que comme des fois, je dis ça un peu à mes patients, je dis "bien je ne vous*



*prendrai pas par la main pour prendre vos pilules, je ne serai pas derrière vous, c'est à vous les oreilles, c'est vous qui choisissez, mais moi je vous suggère ça." S'il me dit je "refuse, je refuse," bien je vais écrire "je refuse". À un moment donné, je ne peux pas... si je me rends compte que je ne peux pas faire plus pour certains patients. »*

Lorsque l'intervieweuse lui demande ce qu'elle aime le plus dans sa pratique, le cas04 répond d'emblée l'obstétrique ainsi que le suivi des bébés et des jeunes familles.

*« Bien c'est sûr que les jeunes familles, les bébés, l'obstétrique, tout ça, c'est toujours un peu la chose la plus le fun, enfin quand ça va bien en plus, bien que ça demande beaucoup, mais je dirais que je pense que c'est beaucoup ça. »*

Sa personnalité semble empreinte d'humanisme. En effet, elle poursuit immédiatement ses propos en précisant apprécier grandement le contact humain ainsi que le sentiment de pouvoir aider les individus. Celle-ci croit d'ailleurs qu'il s'agit là des raisons qui l'ont incité en premier lieu à faire le choix d'une carrière en médecine. La relation médecin-patient qui se développe à travers les rendez-vous en clinique au cours des années lui permet de voir l'évolution des patients et d'apprendre à les connaître.

*« Mais aussi je pense le côté humain encore là, je vais le ressortir, mais moi je pense que je suis entrée en médecine pour ça aussi, dans le but d'aider en tout cas les autres et c'est surtout ça qui va faire que ça peut être le fun de... et aussi de voir l'évolution des patients, de voir que je le connais maintenant depuis 2 ans, je connais un peu son parcours, j'ai plus besoin de regarder ses antécédents à chaque fois que je le vois, je me rappelle qu'il a eu ça, ça, ça et ça je trouve ça le fun de pouvoir tout de suite avoir cette information-là parce qu'on les connaît un peu plus. Donc en gros, il y a beaucoup de ça et je pense que c'est ça. »*

Le cas04 poursuit ses propos en ajoutant également grandement apprécier les défis intellectuels qu'offre la pratique de la médecine. Elle fait mention des défis que posent l'établissement des diagnostics et ce, surtout pour les cas bizarres et particulièrement lorsqu'elle pratique l'hospitalisation suivant la disponibilité rapide des résultats d'exams diagnostiques.

*« C'est aussi le défi, le diagnostic c'est toujours le fun aussi, surtout à l'hôpital en tout cas, et même au bureau à la rigueur, mais à l'hôpital particulièrement parce que c'est plus évident, on voit plus rapidement les résultats des examens, ça je pense que c'est le fun de chercher et d'essayer de trouver ce qui se passe et surtout les cas un peu bizarres, un peu... bien qu'on ne sache pas toujours la réponse, mais ça c'est plaisant aussi, ça j'aime bien. »*

Enfin, le cas04 parle d'un intérêt intellectuel pour la médecine dans sa propre vie personnelle. Elle considère qu'il est intéressant et facilitant en général d'avoir des connaissances sur certaines choses touchant à la médecine, que ce soit en termes de prévention ou de discussions, par exemple.

*« Et aussi, c'est l'intérêt pour la médecine en général. Ça je trouve ça le fun. Pour nous autres aussi, pour moi personnellement aussi dans ma vie de connaître certaines choses à*

*ce niveau-là, c'est plus facile pour moi je trouve. En tout cas en termes de discussions, en termes de prévention, en termes... je ne veux pas m'auto-traiter, c'est pas ça que je veux dire, mais dans le sens... c'est un sujet intéressant en général, la médecine en soi, intérêt intellectuel si on veut. En gros c'est pas mal ça je dirais. »*

Le cas04 développe davantage sa pensée en expliquant sa conception du rôle du médecin de famille, et plus particulièrement des valeurs et des compétences de la médecine familiale. Le cas04 aborde en premier lieu la prise en charge globale du patient qui est beaucoup axée sur la considération de l'aspect biopsychosocial et donc d'une vision du patient dans son ensemble, dans sa globalité.

*« Bien en gros... bien je pense, est-ce que c'est vraiment une valeur... mais en tout cas la prise en charge globale du patient. De voir le patient dans son ensemble, dans sa globalité, dans tout ce qu'il est, autant biopsychosocial finalement, parce que oui il y a le physique, oui il y a le psychologique, mais des fois le social a une grosse influence aussi sur tout dans le fond. Alors je pense que ça va être de beaucoup axer là-dessus. »*

En deuxième lieu, elle fait allusion au fait que le médecin de famille possède des connaissances générales élaborées qui lui permettent de prendre en charge un vaste éventail de problèmes de santé et non pas de se limiter à quelques problèmes de santé. Le médecin de famille prend donc le temps de tout regarder globalement. Le cas04 considère que la prise en charge globale aide le médecin de famille en lui permettant, d'une certaine façon, de mieux guider ses patients. Elle est d'avis que la prise en charge du patient est ainsi peut-être meilleure que celle offerte en médecine spécialisée.

*« Sinon... je pense que l'atout global, donc le fait de toucher à tout ça aide aussi, ça... ça peut permettre donc de mieux guider nos patients. (...) Même si on n'est peut-être pas bons dans tout, mais enfin... on peut plus s'en occuper je pense, la prise en charge est peut-être un peu meilleure à ce niveau-là, justement parce qu'on prend le temps de tout regarder globalement. »*

Le cas04 aborde en troisième lieu l'importance de la continuité des soins dans la pratique de la médecine familiale. Elle est d'opinion que la relation médecin-patient qui se développe à travers le suivi à long terme est particulière, voire relativement émotive et ce, même si elle ajoute qu'il ne faudrait pas. Entre autres, elle avoue éprouvée une certaine émotivité, en quelque sorte, à l'annonce de la mort de patients qu'elle connaît depuis un certain temps. Celle-ci réalise que le suivi amène une dimension à la pratique qui n'existe pas toujours dans certaines médecines spécialisées. Selon ses dires, même si les médecins spécialistes sont parfois appelés à voir un patient périodiquement pendant une certaine période ou encore annuellement, ce suivi n'est pas pareil du tout au suivi offert par les médecins de famille. En fait, comme les médecins spécialistes traitent davantage un problème de santé précis, bien ils vont être moins portés à considérer tout le reste de l'individu. Les

médecins de famille, quant à eux, ont peut-être des confidences et des informations de la part des patients ou des membres de la famille puisqu'ils sont appelés à prendre en charge l'ensemble de la famille. Ceci permet donc l'acquisition de connaissances tacites de l'histoire du patient et de la famille.

*« Le fait du suivi à long terme, c'est sûr que ça amène une relation particulière, c'est sûr, relativement émotive même si on ne devrait pas, mais oui, ça amène une certaine émotivité là-dedans quand on perd des patients qu'on connaît depuis un certain temps, ça nous touche quand même un peu, sans exagérer, mais oui, effectivement le suivi ça amène une dimension qu'on n'a pas toujours dans certaines spécialités, surtout chirurgicales ou autres, où ils voient un patient périodiquement et pour quelques mois par la suite pour... oui, il y en a qui vont être vus tous les ans par leur spécialiste, mais c'est pas pareil du tout. Et comme on traite... comme eux traitent plus un problème précis, bien ils vont moins être dans tout le reste, alors que nous, on a peut-être des confidences et des informations que eux n'auraient pas aussi quand on traite la famille au complet. Quand je sais que j'ai la mère et la fille et que la mère a ça, bien c'est plus facilitant. Si je parle de mon collègue qui a 50 ans de pratique, il connaît... bon, pas toute la ville (...), mais il est capable de se rappeler que elle, c'est la mère d'un tel ou la fille d'une telle et elle avait tel cancer et... ça amène une dimension... là je suis trop jeune, mais peut-être que je l'aurai un jour que les autres n'ont pas nécessairement. »*

Le cas04 souligne en quatrième lieu la place importante d'aptitudes professionnelles humaines, telles que l'écoute et la communication, dans la pratique de la médecine familiale. Elle est d'opinion qu'on retrouve peut-être parfois moins d'écoute chez certains médecins spécialistes. D'autre part, la formation en médecine familiale met beaucoup d'emphasis sur l'écoute, sur l'importance d'aller chercher l'information que le patient peut fournir et de la décortiquer.

*« L'écoute. Je pense qu'en médecine de famille, parce que des fois, ce que certains patients retrouvent moins chez certains spécialiste, c'est bon... oui, le temps est compté autant pour eux que pour nous, et oui ils ont du débit énorme, mais aussi pour arriver à faire tout ce qu'ils ont à faire, mais je pense que ça joue beaucoup, en tout cas au moins dans les jeunes médecins je pense, à tout le moins. Parce qu'en tout cas, c'est notre formation qui nous a amené à ça, beaucoup d'écoute, beaucoup... dans le fond de techniques à ce niveau-là pour essayer le plus possible d'aller chercher, décortiquer toute l'information que le patient peut nous amener, parce que si on n'écoute pas assez, peut-être qu'on manque justement des informations pertinentes qui pourraient nous amener complètement ailleurs finalement. »*

Le cas04 ajoute qu'il arrive que certaines problématiques physiques vont exercer une influence au niveau psychologique. Selon elle, le médecin de famille est peut-être plus en mesure d'écouter le patient et d'assurer un bon suivi puisqu'il va bénéficier de plus de temps, ou enfin va prendre plus le temps, pour écouter et comprendre le patient et lui expliquer certaines choses. Elle dit d'ailleurs que certains médecins spécialistes passent voir les patients souvent en coup de vent ou font l'annonce de mauvaises nouvelles comme si il s'agissait de n'importe quoi.

*« Et c'est qu'on... des fois, certaines problématiques physiques vont influencer au niveau psychologique et ça on va être plus en mesure peut-être de le suivre et d'écouter, on va avoir plus le temps peut-être de le faire que certains spécialistes encore là pris dans le temps un peu plus ou qui n'ont pas le temps à l'hôpital, qui passent en coup de vent ou qui leur annonce un cancer comme si c'était n'importe quoi. »*

Enfin, la présence d'attitudes et d'aptitudes professionnelles humaines sont en lien avec l'approche humaine dans la pratique de la médecine familiale; ce qu'elle identifie comme étant l'humanisation de la pratique. En effet, le cas04 fait allusion à une humanisation de la pratique médicale peut-être un peu plus marquée en médecine familiale (en comparaison à la médecine spécialisée). Bien qu'elle pense, encore une fois, que ça dépend des médecins.

*« L'humanisation je pense de la pratique peut-être un peu plus. Des fois les gens me reviennent, "je suis allé voir Untel, je te dis qu'il ne parle pas beaucoup et j'ai pas réussi à poser des questions" alors que quand ils viennent me voir, j'essaie d'expliquer plus d'affaires, plus de trucs. Donc ça. Ça dépend des médecins encore une fois je pense, en général... »*

Point fort intéressant, le cas04 a décrit l'ensemble des valeurs mentionnées dans les passages ci-haut en se comparant à la médecine spécialisée, utilisant d'une certaine manière les ressources culturelles institutionnalisées de la médecine familiale pour se positionner (stratégie de différenciation en quelque sorte) face à la médecine spécialisée.

Lorsque l'intervieweuse demande au cas04 qu'elles sont les qualités nécessaires pour être un bon médecin de famille, celle-ci répond d'emblée que les compétences humaines seraient, selon elle, une des valeurs et des qualités les plus importantes dans la pratique de la médecine familiale : capacités d'écoute, d'empathie, d'entraide, de vouloir aider les autres et de générosité.

*« Je pense que c'est beaucoup des compétences humaines de... c'est ça, d'écoute, de générosité, d'entraide, de vouloir aider les autres, en gros c'est pas mal ça. »*

L'approche humaine en médecine est définitivement un des thèmes les plus récurrents des propos du cas04. Elle fait mention de l'approche humaine à plusieurs reprises et ce, en parlant de différents sujets tels que, entre autres choses, les valeurs et les compétences de la médecine familiale, les qualités nécessaires pour être un bon médecin de famille et les choses importantes à enseigner aux étudiants en médecine. En outre, elle est d'avis qu'il est particulièrement important que le médecin de famille soit généreux de sa personne et de son temps et ce, pour accepter de recevoir le message du patient et pour prendre le temps de lui expliquer son point de vue professionnel.

*« D'avoir... comment dire... être généreux un peu de sa personne et de son temps à ce niveau-là pour justement accepter de recevoir ce que le patient nous dit et avoir le temps d'expliquer comme il faut notre point de vue. Je pense que ça c'est important. »*

Le cas04 poursuit ses propos en ajoutant que la capacité de vulgarisation est également une des compétences de relations humaines nécessaires pour être un bon médecin de famille. Il est important d'être capable de bien vulgariser et de bien expliquer l'information, qu'il s'agisse de prévention ou de diagnostic par exemple, afin que le patient comprenne.

*« La capacité de vulgariser l'information, d'être capables... pour la prévention entre autres, pour les maladies et tout ça, d'expliquer le diagnostic, je pense que c'est important aussi pour que le patient comprenne, parce que si on parle en charabia de médecin, il ne comprendra pas, donc c'est important de vulgariser, d'avoir cette capacité-là. »*

Toujours au niveau des compétences humaines, le cas04 aborde l'honnêteté dans la pratique. Il est important que le médecin soit honnête avec le patient, que ce soit en termes de diagnostic, de suivi ou autres, et qu'il avoue en toute honnêteté lorsqu'il ne sait pas.

*« Sinon l'honnêteté aussi dans notre pratique, l'honnêteté d'être franc avec le patient en termes de diagnostic, en terme de suivi et si on ne le sait pas, on ne le sait pas et c'est ça; d'accepter ça. »*

Enfin, il est important que le médecin de famille ait la capacité d'acquérir les connaissances et les compétences générales élaborées nécessaires à la pratique médicale générale ainsi que la capacité de maintenir ou de renouveler ses connaissances et ses compétences.

*« C'est dans tout, il faut toujours se perfectionner ou enfin se renouveler dans nos domaines, dans nos compétences si on veut, mais sinon, c'est pas mal ça. »*

Le cas04 semble placer beaucoup d'importance à l'indépendance professionnelle des médecins. En outre, elle tente d'éviter le plus possible les situations qui pourraient donner l'impression de la présence de conflits d'intérêts de sa part. À titre d'exemple, celle-ci confie n'avoir aucun problème à référer ses patients vers les services d'autres professionnels de la santé. Cependant, par crainte de conflit d'intérêts, le cas04 oriente plutôt ses patients vers des endroits où ceux-ci peuvent trouver les services des autres professionnels de la santé. Elle tente, dans la mesure du possible, de ne pas nommer de noms et de ne pas toujours orienter les patients vers les mêmes organisations ou vers les mêmes services. Celle-ci préfère laisser le choix à ses patients.

*« C'est... ou en psychologie c'est la même chose, je vais les référer facilement, je vais faire le billet il n'y a pas de problème en massothérapie, en ergo, en physio, etc., (...). J'en connais quelques-uns, mais je ne veux pas nécessairement référer toujours au même parce qu'on peut avoir l'impression d'avoir un conflit d'intérêt avec une clinique ou un service en particulier, alors je leur laisse plus le choix à ce niveau-là. Des fois je leur dis "écoutez, informez-vous au CLSC, je sais qu'il y a des places qu'il y en a à (...), il y en a (...) et il y en a"... je vais plus leur nommer des endroits comme ça, mais sans parler de personnes particulières, parce que j'aurais peut-être l'impression que c'est toujours la même ou les*

*mêmes personnes qu'à un moment donné... un certain conflit, surtout au niveau privé, plus qu'au CLSC, donc j'aime mieux leur laisser la porte ouverte à ce niveau-là. »*

Le cas04 gère les situations avec beaucoup d'incertitudes de plusieurs manières. D'entrée de jeu, elle se caractérise par une nature un peu insécure et le manque de confiance en soi. L'incertitude de la pratique médicale était donc plus dure à gérer au début, bien que maintenant elle se dise moins insécure grâce à l'acquisition de l'expérience professionnelle.

*« Bien c'est sûr que comme... bien à la base en plus, comme personnalité j'étais un type... bien je le suis encore parce que je pense que c'est toujours, c'est chronique, mais un type un peu insécure à l'avance. Donc c'est sûr qu'au début, c'est plus dur à gérer, maintenant c'est peut-être moins pire avec le temps, je pense que l'expérience entre un peu, même si je n'en ai pas énormément, mais par rapport à quand j'ai commencé, c'est un peu moins pire, je suis moins insécure, je suis plus... je connais un peu plus comment ça fonctionne aussi. »*

Les collègues médecins de famille sont ses sources d'information lorsqu'il s'agit d'incertitudes de pratique. En effet, il lui arrive à l'occasion de consulter des collègues médecins de famille pratiquant à la même clinique médicale, notamment lorsqu'elle fait face à un besoin ponctuel d'information pour des situations ou des cas particuliers. Le cas04 va alors soit les contacter par téléphone s'il s'agit d'un besoin urgent d'information ou soit discuter avec eux entre deux patients si le besoin n'est pas urgent.

*« Dans certains cas je vais en parler avec des collègues à moi, et il y a des patients que je ne suis pas sûre de ce qu'on fait avec, qu'est-ce qu'on peut leur offrir de plus, des fois je vais appeler des collègues ou je vais leur en parler, si c'est pas urgent, je vais leur en parler entre deux patients ou quand on se croise ici... au bureau. »*

Le cas04 dit utiliser les médecins spécialistes comme source d'information. Elle va soit s'informer auprès de médecins spécialistes dans un domaine particulier pour demander un conseil ou un avis ou encore, soit demander alors une consultation en médecine spécialisée dans l'éventualité où elle n'est pas capable de résoudre le problème de santé.

*« Autrement, des fois, bon, quand c'est à l'hôpital, bien des fois on va demander au spécialiste, on demande à des gens un petit peu plus "compétents", entre guillemets, dans ce domaine-là et on peut... »*

En fait, le cas04 précise l'importance de savoir reconnaître et accepter les limites de ses propres connaissances et compétences. Le médecin de famille doit connaître un large éventail de problèmes de santé, mais ceci sans être des spécialistes dans chaque domaine. La compétence du médecin de famille a donc ses limites. Elle affirme ne pas craindre d'informer ses patients lorsqu'elle fait face à une situation ou à un problème de santé où elle ne se sent pas à l'aise ou qu'elle est incertaine puisque ça va au-delà de ses compétences.

« Quand je ne suis pas à l'aise ou que je ne le sais pas, moi je leur dis aux patients, "écoutez là je suis rendue dans un... ça dépasse un peu mes compétences, je vais demander mettons au gynéco de venir voir ça ou"... Je ne me gêne pas et je me dis les patients, peut-être qu'ils vont trouver que je ne suis pas un assez bon docteur, mais d'un autre côté, ils vont dire au moins elle prend les mesures qu'il faut pour qu'on soit bien traité, alors je pense que... Je ne suis pas la science infuse, et je sais que j'ai des limites dans bien des domaines et je le sais elles sont où ces limites-là et je sais que j'irai pas au-delà de ça parce que ça va et nuire au patient et peut-être me nuire aussi, alors dans le fond j'accepte ces limites-là et je demande de l'aide quand j'en ai besoin. (...) Mais c'est sûr qu'en médecine de famille on a des limites et les gens le savent aussi, je veux dire à un moment donné... dans le fond on est bons un peu dans tout, mais on n'est pas très bons dans chaque domaine dans le fond, bien qu'il y en a qui ont des petites spécialités si on veut dans certains sujets. »

Le cas04 est d'avis qu'il existe des situations dans lesquelles le médecin se doit d'être prêt à assumer une certaine incertitude et à baisser l'anxiété du patient. Elle s'est rendue compte que même avec la formation et l'expérience, on ne peut pas tout savoir en médecine. Il y aura toujours des situations où l'on ne sera jamais ce qui s'est passé ou ce qui se passe plus exactement, des situations où l'on ne peut expliquer certains symptômes. Il suffit alors de s'assurer qu'il ne s'agit pas d'un problème grave de santé, tel qu'un cancer par exemple. Il est important d'expliquer au patient que la situation ne semble pas sérieuse ou grave et ce, afin de le rassurer et de réduire son incertitude et son anxiété.

« C'est sûr qu'il y a des cas... je me suis rendu compte aussi avec et la formation et la pratique qu'on ne peut pas tout savoir en médecine, il y a certaines situations on ne sait pas toujours exactement ce qui s'est passé et on sait que les gens n'ont peut-être pas quelque chose de grave, mais ils ont certains symptômes qu'on n'est pas capables d'expliquer autrement, mais aussi je pense que c'est d'essayer d'expliquer au patient que c'est peut-être une chose chronique qui fait qu'on ne saura peut-être jamais c'est quoi exactement mais on sait que c'est pas grave et on sait que ce n'est pas du cancer et on sait que... bon, on finit par être un peu plus à l'aise avec ça. »

Cela dit, l'incertitude dans la pratique peut inciter les médecins à faire énormément d'exams diagnostiques. Qui plus est, le cas04 fait mention de l'aspect médico-légal de la profession médicale et de l'influence de celui-ci sur la pratique. Elle considère l'aspect médical de la profession comme une épée de Damoclès constamment suspendue sur la tête des médecins. Le cas04 avoue avoir souvent l'impression de faire des fois des exams diagnostiques simplement par craintes d'éventuelles poursuites judiciaires de la part des patients. Elle se dit consciente des coûts importants que ça impose au système de santé. Celle-ci poursuit néanmoins en ajoutant que les médecins n'ont parfois par le choix de faire tous les exams diagnostiques possibles pour écarter la possibilité d'un problème grave de santé et rassurer les patients.

*« Mais c'est sûr et certain qu'en général on aime ça savoir qu'est-ce qui se passe et on demande beaucoup de tests des fois pour ça, et dans certains cas il y a le médical légal qui... on a toujours comme une épée de Damoclès au-dessus de notre tête qui fait que... en tout cas j'ai souvent l'impression que des fois je fais des tests parce que si jamais le patient, etc., et il revient contre nous, il faut avoir fait au moins le minimum et en tout cas, ça joue un peu, veut, veut pas dans notre diagnostic-là, mais c'est sûr que ça coûte une fortune au système et que finalement des fois on fait peut-être trop de tests que ce qu'on devrait, mais comme dans les cas de douleurs fonctionnelles, on n'a comme pas le choix non plus d'aller faire tous les tests possibles pour dire "écoutez, on est sûrs qu'il n'y pas de cancer, qu'il n'y a pas de ci, qu'il n'y a pas de ça, c'est probablement, bon, relié au stress, relié à ci," et il faut faire accepter ça au patient. »*

Le cas04 gère aussi les situations avec des décisions particulièrement difficiles de plusieurs manières. À ses yeux, la décision d'arrêt de traitement est la plus difficile à prendre. Celle-ci confie éprouver encore de la misère à informer les patients et leur famille qu'elle ne peut plus rien faire pour eux ou qu'il faut maintenant se tourner vers des soins de confort ou palliatifs. Autant que possible, elle préfère toujours offrir des options pour ne pas couper l'espoir des patients et de leur famille.

*« C'est sûr que ce que je trouve en fait le plus dur je pense, c'est d'arrêter, surtout dans le cas de maladies qui sont avancées et que les patients... pas nécessairement qu'ils sont sur le bord de mourir mais de dire "regardez, je pense que là on est rendus au bout, et là il n'y a plus rien à faire." Des fois, ça j'ai de la misère encore. Ou... surtout quand c'est pas des cas de cancer et qu'on n'arrive à rien, la maladie évolue et "écoutez, on ne peut plus faire plus" et des fois... je n'aime pas ça couper l'espoir aux gens, dire "regardez, c'est fini, c'est fini et on va y aller aux soins de confort et"... j'ai de la misère avec ça en disant "on peut toujours faire ça ou ça, mais je ne vous garantis rien et ça se peut très bien que ça aille moins bien," j'essaie de donner un peu plus l'"option" aux familles dans ce sens-là, mais ça, j'ai de la misère. »*

Le cas04 poursuit ses propos en ajoutant éprouver également beaucoup de difficultés lorsque les décisions ne sont pas en accord avec ses valeurs éthiques ou humaines. En fait, il semble s'agir davantage de situations sur lesquelles des collègues émettent des opinions ou des commentaires qui vont à l'encontre des valeurs éthiques ou humaines du cas04. Elle dit avoir à s'obstiner avec eux pour défendre ses valeurs, en quelque sorte. En guise d'exemple, elle mentionne un événement où un de ses patients atteint d'un handicap mental sévère avait été hospitalisé. Le collègue médecin de famille qui avait assuré la garde au CH avait alors émis une opinion au cas04 voulant qu'il serait pertinent de limiter les niveaux de soins de santé et de services préventifs offerts à ce type de patients handicapés. Le cas04 était tout à fait en désaccord et avait alors utilisé des arguments éthiques et humains pour justifier sa réponse à son collègue.



*« Ou des cas où j'ai des obstinations un peu avec des collègues sur entre autres les patients handicapés, (...). J'ai comme deux familles d'accueil qui suivent des personnes handicapées, différents types, ça peut être des trisomies, handicaps mentaux je parle, plus que physique, et il y en a un entre autres, je ne peux pas dire s'il a un syndrome particulier, mais c'est un monsieur qui ne communique pas beaucoup, il est très agressif, c'est un cas... c'est un jeune monsieur par exemple, qui n'est pas facile à gérer, qui est toujours debout et qu'il faut qu'il se mette des prothèses parce qu'il s'automutile et tout ça, donc c'est un gros cas, et entre autres il y a eu à un moment donné, il a été hospitalisé je ne me souviens plus quelle raison et là, quand j'ai transféré ce cas-là à mon collègue qui prenait la suite, la garde, et il dit "oui, mais tu sais le niveau de soins par rapport à ce patient-là, écoute bien, lui dans le fond, amanché comme il est là, c'est comme un animal et on ne devrait pas aller plus loin pour mettons chercher un cancer ou chercher d'autres choses." J'ai dit "oui mais moi de mon côté, éthiquement oui, je ne suis pas dans sa peau, et oui, à l'allure qu'il a, effectivement il a l'air d'un animal dans un sens, mais dans le fond, c'est tu à moi de choisir pour lui? Mais il ne peut pas choisir non plus, il fallait aller avec la curatelle et là c'était compliqué et"... c'est le genre de truc que moi j'ai de la misère... j'ai peut-être pas de la misère, c'est peut-être mon côté encore là éthique ou humain qui ressort là-dessus et qui dit "non, ils ont le droit d'être heureux même s'ils sont handicapés, ils ont le droit d'avoir les mêmes soins que nous, même s'ils n'ont pas la même capacité à comprendre peut-être tout ça," mais c'est surtout là-dessus que je vais avoir des cas que moi je trouve éthiquement difficiles, enfin avec certaines opinions de d'autres collègues que pour eux c'est très clair et que pour moi c'est pas clair du tout et il y a eu ça que j'ai eu de la misère entre autres, avec un cas comme ça. »*

Le cas04 parle de ses relations professionnelles avec les confrères médecins et les autres professionnels de la santé, traditionnels ou non. Elle rapporte avoir quelques interactions sociales personnelles avec des collègues médecins de famille. Celle-ci affirme avoir développé des amitiés très proches au cours de sa formation médicale, bien que la plupart habitent maintenant dans diverses régions du Québec et qu'elle les ait perdues de vue. Le cas04 demeure cependant en contact avec une collègue médecin de famille ayant complété une formation supplémentaire d'un an et travaillant dans une des régions du sud du Québec. Elle ajoute que ses amis les plus proches sont probablement ses collègues médecins de famille avec qui elle travaille à la clinique médicale privée de groupe. Entre autres, celle-ci rapporte avoir développé une amitié proche en particulier avec une collègue médecin de famille qui travaille avec elle.

*« Bien qu'on s'est veut, veut pas perdus de vue avec le travail, mais je dirais que surtout pendant mon cours de médecine, j'ai eu certains amis très très proches, dont avec une que je reste plus en contact maintenant, mais elle qui a fait une année supplémentaire, elle a fait sa médecine de famille aussi, mais elle l'a fait à (...), moi je l'ai faite ici, ma résidence. (...) Sinon des collègues ici que j'ai retrouvés dans le fond, quand je suis venue faire ma résidence, mais sinon, je dirais que mes bons amis proches, (...), ça reste mes amis, mes collègues ici avec qui je travaille. »*

En général, le cas04 qualifie de correcte les relations avec les médecins spécialistes. Cela dit, elle pense que ça dépend des médecins spécialistes. Certains médecins spécialistes sont un peu plus imbus d'eux-mêmes et, de ce fait, n'ont que très peu d'intérêt pour les médecins de famille. Elle souligne toutefois que ceci dépend peut-être plus de la personnalité de l'individu que du type de spécialité. Le cas04 pense entre autres aux relations plus difficiles avec les médecins orthopédistes pratiquant au CH régional.

*« Certains spécialistes avec qui c'était plus difficile, entre autre les orthopédistes, mais la plupart sont quand même corrects. (...) Mais il y a certaines personnes... en fait ça va avec les personnes aussi; pas juste les spécialités, mais les personnes qui sont un petit peu plus, des fois... pas hautains, mais un petit peu plus imbus d'eux-mêmes et qui vont se foutre un peu plus des médecins de famille, mais en général je dirais que c'est correct. »*

Dans son cas à elle, le cas04 dit ne pas avoir de difficulté à communiquer avec les médecins spécialistes lorsque ses patients ont besoin de services médicaux spécialisés. Les réponses qu'elle reçoit sont généralement assez bonnes et les médecins spécialistes voient les patients. Selon elle, ces derniers comprennent un peu le point de vue des médecins de famille.

*« En tout cas quand j'ai besoin d'un spécialiste, on l'appelle, on y va quand même de la façon la plus correcte possible et en général on a une assez bonne réponse et les gens voient nos patients. Ils comprennent un peu notre point de vue. »*

Le cas04 semble avoir de bonnes relations avec les autres professionnels de la santé de sa communauté. Elle prétend référer sans problème ses patients vers les services d'autres professionnels de la santé tels que, entre autres choses, physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, nutritionnistes ou diététistes. En fait, elle préfère laisser le choix à ses patients, bien que ça puisse dépendre du fait que les patients aient accès à un régime privé d'assurance ou non. Celle-ci réalise qu'elle ne possède pas un réseau ou une liste spécifique d'autres professionnels de la santé vers qui référer ses patients. Le cas04 connaît quelques professionnels de la santé dans la communauté mais, par crainte de conflits d'intérêts, elle tente de ne pas nommer de noms et de ne pas toujours orienter les patients vers les mêmes organisations ou vers les mêmes services. Elle oriente plutôt ses patients vers des endroits où ceux-ci peuvent trouver les services des autres professionnels de la santé.

*« Bien moi je leur laisse le choix un peu de la clinique où ils vont, mais ça dépend s'ils ont des assurances ou pas. S'ils ont des assurances, bon là ils vont peut-être avoir le choix, sinon ça va être le CLSC ou l'hôpital, en tout cas dépendamment, mais ça peut être long, c'est ça le problème. C'est... ou en psychologie c'est la même chose, je vais les référer facilement, je vais faire le billet il n'y a pas de problème en massothérapie, en ergo, en physio, etc., mais j'ai pas une liste de noms, c'est ça que je leur dis toujours, "bien écoutez, soit vous connaissez quelqu'un qui connaît bien un tel, ou sinon vous choisissez vous-même,*

*je ne les connais pas plus alors je ne peux pas vous dire qui est bon et qui n'est pas bon." J'en connais quelques-uns, mais je ne veux pas nécessairement référer toujours au même parce qu'on peut avoir l'impression d'avoir un conflit d'intérêt avec une clinique ou un service en particulier, alors je leur laisse plus le choix à ce niveau-là. Des fois je leur dis "écoutez, informez-vous au CLSC, je sais qu'il y a des places qu'il y en a à (...), il y en a (...) et il y en a"... je vais plus leur nommer des endroits comme ça, mais sans parler de personnes particulières, parce que j'aurais peut-être l'impression que c'est toujours la même ou les mêmes personnes qu'à un moment donné... un certain conflit, surtout au niveau privé, plus qu'au CLSC, donc j'aime mieux leur laisser la porte ouverte à ce niveau-là. »*

En outre, le cas04 réfère souvent ses patients au CLSC. Elle juge que les services offerts en CLSC sont très bons. Celle-ci mentionne, entre autres choses, les services à domicile ainsi que les services offerts par les psychologues, les travailleurs sociaux, les nutritionnistes et les ergothérapeutes.

*« Oui, je les réfère souvent à ce niveau-là [CLSC] parce qu'ils ont quand même certains services en général et je pense qu'ils sont très bons, en psychologie entre autres, j'ai eu des patients qui les ont vus, les travailleurs sociaux des fois peuvent dépanner, même si c'est pas le psychologue-psychologue, la nutrition, au niveau physio de temps en temps. Mais physio surtout plus qu'ergo. Mais en général... et il y a toujours le service à domicile aussi qu'on se sert beaucoup, surtout par l'hôpital. Des fois aussi l'hôpital nous aide parce que les cas qui sortent de l'hôpital et qui ont déjà été vus dans ce domaine-là vont peut-être continuer un suivi avec le CLSC à la maison, alors c'est facilitant un peu à ce niveau-là. »*

Le cas04 semble respecter la profession de pharmacien. Elle semble valoriser les champs de connaissances et de compétence de cette profession. De façon intéressante, celle-ci réalise que les pharmaciens conseillent beaucoup les patients et commente que ces professionnels de la santé ont un rôle complémentaire face à lequel elle se dit tout à fait à l'aise. D'autant plus que l'accessibilité du pharmacien est particulièrement utile suivant le contexte actuel de pénurie de médecins de famille. Le cas04 soutient travailler en complémentarité avec le pharmacien et référer beaucoup ses patients vers les services pharmaceutiques. Elle confie d'ailleurs parfois contacter les pharmaciens d'hôpital du CH où elle pratique afin de demander conseil.

*« Parce que je sais que les pharmaciens conseillent beaucoup les patients. Il y a beaucoup de patients qui vont me dire je suis allé voir le pharmacien, il m'a dit de faire ça, et là il m'a dit d'aller consulter mon médecin et... Ils ont un rôle complémentaire que je suis tout à fait à l'aise et ils connaissent beaucoup mieux les pilules et les effets secondaires, et moi je les réfère beaucoup à eux à ce niveau-là. C'est ça que dans le fond, l'accessibilité au pharmacien, et son aide complémentaire, je suis tout à fait d'accord. (...) Bien en fait ils savent déjà qu'on a de la misère à voir des patients. (...) En tout cas moi je me dis que je travaille en complémentarité avec le pharmacien et même à l'hôpital c'est la même chose, je les appelle des fois, "docteur, je ne sais pas quoi prescrire pour tel patient comme médicament pour son diabète parce que là il a déjà ça, ça, ça, qu'est-ce que vous me conseillez?" »*

Le cas04 semble avoir peu, sinon aucune connaissance de la profession d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Elle semble cependant connaître l'existence de la profession d'infirmière praticienne spécialisée en néphrologie exerçant en CH.

*« Ici, c'est sûr qu'on en a moins. Je pense qu'il en existe une en néphro, mais elle est vraiment spécialisée en néphro, mais autrement en médecine de famille on n'en a pas. »*

Le cas04 semble que très peu de relations avec des professionnels offrant des services de santé non traditionnels. En fait, bien qu'elle ne soit pas fermée à l'idée de la médecine alternative, elle avoue avoir peu de connaissances des professions non traditionnelles. Encore une fois, le cas04 réalise qu'elle ne possède pas un réseau ou une liste spécifique de professionnels non traditionnels vers qui référer ses patients. En fait, celle-ci semble peu connaître la disponibilité de ce type de services sur le territoire ni savoir où ils sont situés. Elle a aussi moins tendance à référer ses patients vers certains services non traditionnels parce qu'elle y croît moins. Le cas04 n'a toutefois pas de problème à laisser le choix à ses patients si ceux-ci désirent consulter un professionnel non traditionnel.

*« Bien en fait, ça, je trouve que j'ai un manque là-dedans, dans le sens que plus ou moins, je ne les connais pas ces gens-là beaucoup. Je sais que... je ne suis pas fermée à l'idée de la médecine alternative en général, mais il y a certaines choses que moi personnellement j'y crois moins, alors j'ai moins tendance à les offrir, et il y a d'autres choses que je leur dis écoutez, quand les gens me posent la question, je leur laisse un peu le choix en disant "écoutez, moi je ne m'y connais pas beaucoup, je ne pourrais pas vous référer mettons un chiro en particulier, je sais qu'il y en a qui sont très bons, je sais qu'il y en a qui sont moins bons, je sais qu'il y en a qui sont des fois un peu charlatans, mais qui est qui là-dedans, je n'en ai aucune idée, il n'y a pas d'ordre professionnel." Je leur dis "écoutez, soit que vous parlez avec quelqu'un que vous connaissez qui vous réfère, mais je n'ai pas de liste spécifique pour dire bien il y a lui que je sais qui est bon, et une telle ou un tel." »*

Celle-ci poursuit ses propos en ajoutant qu'elle trouve cependant bien difficile ne pas être capable de bien informer les patients au niveau des services de santé non traditionnels. Elle donne l'exemple des produits naturels pour lesquels elle développe quelques connaissances avec l'expérience. Néanmoins, elle réfère généralement ses patients vers le pharmacien afin que ce dernier puisse vérifier les interactions médicamenteuses possibles. Le cas04 se dit assez ouverte face aux services d'acupuncture puisqu'elle croît qu'ils ont des vertus dans certains domaines, mais pas dans tout. Elle n'a également pas de problème à référer ses patients vers des services de massothérapie. Elle avoue toutefois éprouver de la difficulté à référer ses patients vers des services chiropratiques. Point intéressant, le cas04 semble douter de la légitimité de certaines de ces professions puisqu'elle pense que ces professions n'ont pas d'ordre professionnel. Les services chiropratiques en seraient un

exemple à ses yeux. Le cas04 préfère donc référer vers des services de physiothérapie ou d'ergothérapie; des services pour lesquels elle sait qu'il existe un ordre professionnel et donc une reconnaissance, même si elle réalise que ça ne garantit pas la compétence des professionnels. Enfin, elle a également des difficultés à référer ses patient vers des services de naturopathie ou d'ostéopathie puisqu'elle n'est pas convaincue de leurs bienfaits.

*« Alors ça, je trouve ça bien difficile, parce que je ne suis pas capable de bien renseigner mes patients à ce niveau-là. Comme les produits naturels en général, il y en a qu'on finit par connaître parce qu'ils reviennent plus souvent, mais des fois c'est de leur dire "écoutez, vérifiez"... souvent je les réfère au pharmacien, "vérifiez avec votre pharmacien que ça n'interagit pas avec vos médicaments ou"... mais ça c'est plus... mais je réfère beaucoup au pharmacien en général, mais autrement, bon je sais que l'acupuncture a certaines vertus dans certains domaines, mais je ne pense pas que ça soigne toutes les maladies du monde, je pense que ça peut aller dans certains cas, donc ça, souvent je suis assez ouverte, chiros ça dépend encore là des personnes, mais souvent ça va être plus... je vais référer plus facilement physio, ergo, des trucs... des nutritionnistes qu'on connaît, qu'on sait qui sont, généralement qui ont un ordre, qui ne sont pas nécessairement plus compétents, mais en tout cas qui sont plus reconnus en fin de compte, mais j'avoue comme chiros j'ai plus de misère. Bon les naturopathes, ostéopathes et tout, il y en a que je ne suis pas convaincue de leurs bienfaits, donc j'ai de la misère à les référer. »*

On peut voir dans ces deux passages que le cas04 fait référence à l'existence d'ordre professionnel ou non pour justifier sa perception des professionnels non traditionnels. Donc, elle utilise cette ressource culturelle institutionnalisée pour différencier les professionnels de la santé des autres professionnels non traditionnels. Elle est donc dans une logique « professionnelle », mais pas nécessairement dans une disposition propre au professionnalisme médical.

Le cas04 semble n'avoir aucune, sinon très peu de relations avec les organismes communautaires dont les activités sont liées à la santé et aux services sociaux (santé mentale, toxicomanie, déficience physique ou intellectuelle, jeunesse, perte d'autonomie liée au vieillissement, etc.). En fait, celle-ci avoue connaître peu la disponibilité de ce type de ressources communautaires sur le territoire ni savoir où ils sont situés. Elle sait toutefois l'existence d'organismes communautaires puisqu'elle reçoit à l'occasion des pamphlets de plusieurs organismes, dont certains liés à la fibrose kystique, mais sans plus. Celle-ci connaît néanmoins beaucoup de ressources communautaires en toxicomanie vers lesquels elle peut référer ses patients. Le cas04 réalise qu'elle a aussi moins tendance à référer ses patients vers certaines ressources spécifiques à certaines maladies (Association du diabète, Société de l'arthrite, etc.) parce qu'elle ne les connaît pas. Enfin, elle est d'avis qu'il n'est peut-être pas nécessaire pour les médecins de bien connaître les ressources communautaires disponibles et d'en parler aux patients puisqu'avec

Internet beaucoup d'entre eux sont très informés et connaissent beaucoup les ressources disponibles.

*« Je ne les connais pas beaucoup, beaucoup effectivement. Je sais qu'il en existe, comme pour la fibrose kystique entre autres dans la région, je sais qu'il en existe pour d'autres domaines aussi, mais de temps en temps on reçoit des pamphlets sur plein d'organismes et tout, mais encore là je ne les connais pas beaucoup, alors j'ai de la misère à les vanter, à en parler réellement. Peut-être par oubli aussi. Des fois on n'y pense pas nécessairement, mais je pense que beaucoup de gens maintenant avec Internet sont beaucoup informés et sont beaucoup même... connaissent déjà beaucoup là-dessus sans qu'on ait nécessairement besoin d'en parler tant que ça. Mais peut-être qu'on devrait en parler plus et qu'on ne les connaît juste pas. Je connaissais plein de ressources entre autres pour la toxicomanie, des choses comme ça, que oui, je vais référer un peu plus, mais pour ce qui est des domaines, plus des maladies, associations de diabète ou d'arthrose ou de je ne sais pas quoi, ceux-là je ne les réfère pas, je ne les connais pas. »*

Le cas04 aborde quelques circonstances du champ de la médecine (en général) et qui peuvent exercer une certaine influence sur la pratique médicale. Point intéressant, le cas04 affirme que la pénurie actuelle de médecins spécialistes amène la demande aux médecins de famille de faire le travail des médecins spécialistes. Selon elle, les médecins de famille qui font de l'hospitalisation ou qui pratiquent principalement en milieu hospitalier (médecins hospitalistes) dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean font beaucoup de deuxième ligne, probablement plus que dans d'autres milieux, suivant le manque de médecins spécialistes. On demande ainsi à ces médecins de famille de prendre en charge l'hospitalisation de cas parfois assez lourds, qui relèveraient davantage de la médecine spécialisée, tandis que les médecins spécialistes disponibles assurent plutôt une supervision et un suivi en collaboration de ces cas.

*« En général, ils reconnaissent qu'on fait beaucoup de 2<sup>e</sup> ligne finalement, plus que dans d'autres milieux, alors qu'on hospitalise des cas quand même des fois de médecine interne assez lourds, on hospitalise bien des affaires que bon... des recherches pour des cancers, on a suivi en tout cas des cas... bon, des fois des pneumonies, des choses comme ça, mais finalement on voit beaucoup quand même de cas, avant, comme il manquait de néphrologues, on hospitalisait tous les cas de néphro, et ils nous suivaient dans le dossier, mais ils ne les hospitalisaient pas à leur nom, en microbio c'était la même chose. Il y avait certaines spécialités que... bon, en endocrino, différents types qu'on hospitalise à notre nom parce qu'il n'y a pas assez de spécialistes pour faire cette job-là. C'est correct aussi parce que ça nous fait voir, bon, d'autres types de cas des fois intéressant que peut-être on n'aurait pas autrement. »*

Le cas04 discute quelque peu de leaders, de grands enjeux, grands défis et de circonstances du champ de la médecine familiale et qui peuvent exercer une certaine influence sur la pratique médicale. Lorsque l'intervieweuse demande au cas04 de penser à des leaders dans le champ de la

médecine familiale au Québec et de donner les caractéristiques qui, à ses yeux, en font des leaders, elle répond d'emblée avoir peut-être quelques médecins modèles en tête mais que comme elle ne les voit pas concrètement avec leurs propres patients, il s'agit davantage d'une impression qu'elle ressent lorsqu'elle les côtoie. Le cas04 pense entre autres à une collègue médecin de famille qui pratique à la même clinique médicale privée de groupe qu'elle ainsi qu'à un ancien patron pratiquant à l'UMF où elle a fait sa résidence qui pourraient tous deux être de bons modèles. Pour elle, un médecin modèle est un médecin de famille qui est bon et fin. Il est important que celui-ci ait des dossiers médicaux clairs et bien organisés.

*« Bien c'est sûr que... remarque que je vais dire peut-être oui, l'impression, le feeling que je reçois quand je les côtoie, mais je ne les vois pas concrètement avec leurs patients, mais c'est sûr que j'ai une de mes collègues ici qui est quand même un petit peu plus âgée que moi. Disons qu'à mon bureau, ça serait elle, mon modèle. Si mettons j'avais besoin d'un médecin de famille, en plus j'ai référé mes parents à elle en disant "elle, elle est bonne, elle est fine, ça va bien aller et" ... et je le vois aussi par ses dossiers. Elle est très... en tout cas dans ses notes, c'est très clair et bien organisé et tout le kit, alors c'est peut-être elle à qui je pense. »*

Il est également important que le médecin ait une ouverture d'esprit.

*« Dans le fond, dans mes anciens patrons, parce que je trouve qu'elle avait cette façon-là, et elle était fine et elle était ouverte, et justement, elle était plus âgée, je pense qu'elle a certainement dans la cinquantaine ou sinon un petit peu plus et je pense que ça serait un bon modèle à qui je penserais. »*

Le cas04 développe davantage sa pensée en ajoutant l'importance d'une approche sympathique amenant les individus à s'ouvrir. Elle pense alors à une collègue médecin de famille pratiquant dans une autre clinique médicale et qui possède une façon particulière de parler à ses patients et de les mettre à l'aise. Ceux-ci peuvent tendre à avoir une plus grande facilité à s'ouvrir à ce médecin.

*« Mais sinon, c'est sûr qu'il y a des gens à qui je pense, une autre collègue dans une autre clinique, je la trouve drôle, la façon qu'elle s'exprime avec ses patients et tu sais "monsieur... mon p'tit monsieur Tremblay, écoutez-moi bien"... et la façon qu'elle... je ne sais pas... pas qu'elle les rend... elle ne les rend pas bébés, mais la façon qu'elle est, je pense que c'est juste sympathique c'est juste... on aurait plus tendance à s'ouvrir, en tout cas moi j'aurais plus de facilité à m'ouvrir à cette personne-là mettons, parce que justement, elle a cette façon d'être-là. »*

Enfin, de façon générale, un bon leader ou médecin modèle se caractérise par une capacité de vulgarisation. Le cas04 donne alors en exemple un médecin ayant une chronique santé dans l'émission de télévision Salut Bonjour sur le réseau TVA. À ses yeux, ce médecin, dont elle oublie le nom, vulgarise et explique beaucoup de choses et ce, en le faisant bien et de façon claire. Il s'agit

là d'une bonne façon de vulgariser; tout comme l'astrophysicien québécois Hubert Reeves d'ailleurs qui vulgarise et explique très bien les choses.

*« Mais sinon, si on parle en termes de... pour vulgariser les choses, des médecins qui sont mettons plus connus à qui je penserais, je sais que bon celle... je ne me souviens plus son nom, à TVA le matin à Salut Bonjour, Dr... à Montréal qui parle... qui fait une chronique médecine à chaque jour, tu ne sais pas laquelle? En tout cas, elle passe aux nouvelles à 5h, ou à 6h des fois... j'oublie son nom, mais enfin, mais sinon elle je sais qu'elle vulgarise beaucoup, et elle explique beaucoup aux patients et bon, c'est clair, à ce niveau-là, je ne connais pas au niveau personnalité plus que ça parce que ce qu'on voit à la télé, c'est ce qu'elle nous montre, mais en termes de vulgarisme, ça c'est un bonne façon, un peu comme Hubert Reeves finalement qui explique bien les choses, mais autrement... à qui je penserais d'autre... vite comme ça, c'est difficile à dire. »*

Point intéressant, le cas04 se dit inconfortable de nommer deux leaders dans le champ de la médecine familiale, du moins dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Le cas04 considère que les grands défis, les grands enjeux auxquels la pratique de la médecine familiale aura à faire face dans l'avenir sont le financement du système de santé, l'accessibilité aux services de santé et le vieillissement de la population. Ceux-ci figurent définitivement parmi les thèmes récurrents de l'entrevue.

*« Mais si on parle du médecin de famille bref, c'est ça l'accessibilité je pense qu'à la base ça va être ça, et le financement, et peut-être... bien c'est ça... Enfin en gros je pense que c'est beaucoup ça qui sont les gros enjeux en 2008 et la population vieillissante à prendre en charge. »*

Cela dit, les problèmes d'accessibilité aux services de santé, et plus particulièrement les problèmes d'accès aux médecins de famille, sont les défis les plus importants pour le champ de la médecine familiale. Elle semble donc faire ici référence à la pénurie de médecins de famille au Québec au moment de l'entrevue. Selon elle, il serait important qu'il y ait un meilleur accès aux médecins de famille; le réseau de santé ne s'en porterait que mieux, du moins en général. Les individus seraient mieux soignés. À la rigueur, ceci éviterait que certains individus ignorent leur mauvais état de santé et éventuellement aboutissent avec un problème de santé sérieux aux services hospitaliers d'urgence. Point intéressant, le cas04 utilise la métaphore de la pyramide, ou de la maison, en parlant du réseau de santé, les médecins de famille pratiquant en première ligne représentant la fondation. Ainsi donc, si la fondation n'est pas bonne alors le reste de la pyramide va s'en suivre. Il s'agirait donc que les médecins de famille offrant des soins généraux de première ligne soient mieux outillés ou encore en plus grand nombre pour répondre aux besoins de la population. Selon



elle, il est probable que ceci résulterait en un désengorgement des services, des services hospitaliers d'urgence, voire même du réseau de santé.

*« Bien en fait je pense qu'en général le réseau irait mieux s'il y avait un meilleur accès aux médecins de famille en général. Si on soignait mieux nos patients, parce qu'il y a bien des patients qui n'ont pas de docteur, qui sont malades en réalité et qu'on ne le sait pas et eux non plus, et tout d'un coup, ils retombent à l'urgence en infarctus ou en quelque chose d'autre. Mais effectivement, je pense qu'à la base... c'est comme une pyramide, ou une maison, si la fondation n'est pas très bonne, bien le reste va s'en suivre. Alors je pense que c'est sûr que si on était mieux outillés en médecine de famille ou plus nombreux pour recevoir tout ce monde-là, probablement que les services seraient moins débordés, probablement que le réseau serait moins débordé aussi, l'urgence et tout. »*

Le cas04 aborde également les problèmes de disponibilité et d'accessibilité des services diagnostiques. Elle est d'avis qu'il y aurait lieu de s'assurer que les médecins de famille aient une bonne capacité à les faire.

*« Bon les tests, c'est sûr que ça, ça demeure... il va falloir que ce soit... qu'on ait une bonne capacité à les faire, mais à part ça... »*

Enfin, le cas04 considère que les PREM en omnipratique pourraient peut-être également représenter un défi puisqu'ils frustreront beaucoup les nouveaux médecins de famille.

*« Sinon, peut-être reparler avec le gouvernement sur les fameux PREM et les fameux... je pense que ça, ça un peu frustré beaucoup les jeunes médecins. »*

Le cas04 parle de la complexification de la pratique médicale générale, particulièrement suivant l'augmentation du nombre de patients présentant des situations complexes de polyopathologies, de polymédications. D'autant plus qu'il y a maintenant plus de recommandations à suivre pour le dépistage de divers problèmes de santé. Tout ceci peut exercer une influence sur la pratique. La durée de la consultation peut s'avérer plus longue puisqu'il y a plusieurs choses à prendre en compte.

*« Les patients réguliers où c'est plus lourd, où c'est plus long. Les examens annuels maintenant, peut-être qu'avant il y avait quelques problèmes à gérer, maintenant on en a des fois 8 et 10 et... mais avec nos patients qui sont plus malades ou plus de médicaments, plus de ci, plus de recommandations à faire plus d'examens pour le dépistage de plus de maladies. »*

Le cas04 fait allusion au travail en interdisciplinarité et à la compétition pour les soins primaires par la profession de pharmacien et par l'arrivée d'un nouveau type de profession de la santé, soit la profession d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. D'entrée de jeu, celle-ci semble avoir peu, sinon aucune connaissance de la profession d'infirmière praticienne

spécialisée en soins de première ligne. Elle réalise que l'ajout de services infirmiers dans les cliniques médicales privées solo ou de groupe, comme c'est le cas dans les cliniques-GMF, pourraient aider en allégeant quelque peu la charge de travail des médecins de famille. Il semble donc qu'aux yeux du cas04, les infirmiers et infirmières soient des aidants.

*« Mais je ne sais pas jusqu'à quel point... ceux qui ont une certaine formation pourraient arriver à le faire et dans le fond, c'est pas si compliqué prescrire de l'aspirine et certains médicaments, mais d'un autre côté, je ne sais pas si globalement... je suis partagée en fait, il faudrait que je connaisse encore mieux leur rôle parce que c'est sûr qu'ils avaient un rôle très défini aussi, mais en même temps, dans certaines... il y a souvent des infirmières du GMF qui font de la prévention sans prescrire de médicaments, mais qui font la prévention, la gestion du coumadin, et tout ça et bon, c'est pas si compliqué. D'un autre côté, j'ai pas ça non plus pareil faire cette job-là de prévention et de... et il va falloir la faire de toute façon je pense, mais... je pense que c'est ça, personnellement, peut-être parce qu'on le fait, on n'a pas le choix de le faire, mais cette gestion-là on le fait déjà, mais oui, sûrement que ça pourrait donner un certain coup de main, si j'avais une infirmière par exemple pour prendre certaines choses très précises qui nous déchargerait entre autres, bon le coumadin entre autres, pour plein d'autres choses comme ça, l'enseignement en tout début de grossesse, de donner certaines informations, certaines choses, bien oui, ça ferait en sorte que peut-être qu'on verrait plus de patients et ça serait plus efficace réellement, mais il faudrait juste que ce soit bien clairement défini ce qu'elles font et ce qu'elles ne font pas, et est-ce qu'elles ont les compétences pour le faire, d'abord s'assurer qu'elles les aient aussi. »*

Cela étant dit, le cas04 dirige rapidement ses commentaires vers les considérations d'ordre professionnel, plus particulièrement vers la nécessité d'une définition claire du rôle de la profession d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et l'assurance des connaissances et de la compétence de cette profession. Elle sous-entend que les champs de connaissances et de compétence de la profession de médecin de famille seraient plus étendus que ceux des infirmières praticiennes en soins de première ligne. Il pourrait donc y avoir un risque d'erreurs si ces dernières gèrent des activités pour lesquelles elles n'ont pas les connaissances et la compétence nécessaires. Qui plus est, le cas04 ne sait pas s'il est nécessaire d'avoir les services d'une d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne ou si les services infirmiers non spécialisés pourraient s'avérer suffisants. Enfin, elle termine ses propos en ajoutant que bien que certains individus puissent être ouverts à la profession d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, elle pense qu'en générale les fédérations de médecins ont plutôt une certaine résistance face à cette nouvelle profession.

*« Mais il faudrait juste que ce soit bien clairement défini ce qu'elles font et ce qu'elles ne font pas, et est-ce qu'elles ont les compétences pour le faire, d'abord s'assurer qu'elles les aient aussi. Parce que je ne sais pas, peut-être que nous, notre background, surtout en médecine de famille, bien comme on a un profil sur tout, bien il y a des affaires qu'on ne connaît pas toujours, mais je veux dire peut-être qu'on sait plus qu'il va y avoir telle*

*interaction médicamenteuse, parce que si je laisse l'infirmière peut-être qui connaît moins ça, gérer cette partie-là, peut-être qu'il va y avoir des erreurs, je ne sais pas, j'y vais un peu en imaginant parce que je ne connais pas très bien leurs limites et leurs compétences, mais je sais que ça ne pourrait pas nuire d'avoir certaines aides, mais est-ce qu'il va falloir absolument une infirmière praticienne ou une infirmière point qui pourrait nous donner un coup de main, comme dans les GMF en réalité. Aussi qui peut faire un triage, le triage au sans rendez-vous et prendre la pression, le poids et tout le kit, c'est sûr que ça serait... c'est quand même assez utile plutôt que de le faire nous-même et elles peuvent venir prendre les pressions aux patients, je sais comme à l'UMF, il y a une infirmière aussi qui faisait ça et qui faisait les bébés plus tôt avant nous, alors des fois ça peut aider aussi à faire qu'on les voit plus tardivement, et ça nous load un peu moins. Enfin bref, il faudrait juste être bien au courant et qu'elles soient formées dans un domaine précis, mais je ne suis pas sûre que jusqu'à date les fédérations de médecins sont très très... il y en a qui sont ouverts, mais je pense qu'il y a une certaine résistance aussi. En tout cas je pense. »*

Pour ce qui est de la profession de pharmacie, le cas04 semble respecter et valoriser le rôle et les champs de connaissances et de compétence de celle-ci. Elle réalise que les services des pharmaciens sont actuellement beaucoup plus facilement accessibles que ceux des médecins de famille et commente que ces professionnels de la santé ont un rôle complémentaire face à lequel elle se dit tout à fait à l'aise. À ses yeux, les pharmaciens ne sont pas des concurrents mais bien des aidants. Ils connaissaient et respectent les limites de leurs connaissances et de leurs compétences. Le cas04 soutient d'ailleurs déjà travailler en complémentarité avec le pharmacien. Point intéressant, elle est d'opinion que le travail en complémentarité (ou en interdisciplinarité) avec le pharmacien s'avère très utile suivant le manque de médecins de famille pour répondre aux besoins de la population. Selon ses propos, la pénurie de médecins de famille au Québec fait malheureusement en sorte que le pharmacien est de plus en plus appelé à agir comme la porte d'entrée du système de santé. D'autre part, elle croît que la majorité de la population réalise ceci et que plusieurs utilisent les services des pharmaciens avant d'avoir recours aux services des médecins de famille.

*« Ils ont un rôle complémentaire que je suis tout à fait à l'aise et ils connaissent beaucoup mieux les pilules et les effets secondaires, et moi je les réfère beaucoup à eux à ce niveau-là. C'est ça que dans le fond, l'accessibilité au pharmacien, et son aide complémentaire, je suis tout à fait d'accord. (...) Bien en fait ils savent déjà qu'on a de la misère à voir des patients, mais en même temps, ça dépend, je pense qu'ils peuvent faire certaines affaires, comme suivre la pression, suivre les coumadins entre autres, je pense qu'ils peuvent en faire, ils peuvent faire certaines affaires et je pense que c'est correct, parce qu'à un moment donné, on est débordés et on ne peut pas la faire cette job-là, donc c'est correct aussi. (...) En tout cas moi je me dis que je travaille en complémentarité avec le pharmacien et même à l'hôpital c'est la même chose, (...). Moi je m'en sers finalement, je ne les vois pas comme des concurrents, mais plutôt comme des aidants. (...) Oui, ils sont bien plus accessibles que nous, et oui, dans certains cas ils vont nous appeler pour certains patients, ils vont leur dire d'aller voir leur docteur, mais... et c'est bien correct dans un sens, mais je pense que... et je*

*ne pense pas qu'ils vont aller au-delà de leurs compétences non plus et ils peuvent faire un certain enseignement sur la nutrition et ces choses-là et les interactions avec les médicaments, beaucoup plus que nous. Donc, je pense que... c'est ça, dans le fond ils essaient de valoriser un peu plus l'autre côté de la médaille que juste donner des pilules et juste donner la prescription. Bien disons que je pense que la majorité des gens le voient déjà et il y en a beaucoup qui me reviennent dans le bureau, et "je suis allé voir le pharmacien 2-3 fois, j'ai essayé ça, ça, ça, et ça n'a pas marché et là j'arrive ici"... et finalement, c'est comme un peu dans le fond... finalement la porte d'entrée c'est un peu beaucoup le pharmacien, je pense, ces derniers mois, ces dernières années; à ce niveau-là. C'est un fait. On n'est pas accessibles, c'est clair. Malheureusement. »*

Le cas04 fait mention de certaines choses importantes à enseigner, à montrer aux étudiants durant leur formation prédoctorale afin qu'ils considèrent peut-être la médecine familiale comme choix de carrière. D'entrée de jeu, elle juge qu'il est important que les étudiants en médecine soient exposés tôt à des modèles de médecin de famille et qu'ils aient des milieux de stages intéressants en médecine familiale et ce, tant à l'externat qu'au niveau préclinique. En outre, les milieux de stage (à l'externat, par exemple) devraient montrer la grande diversité de la pratique de la médecine familiale. Les étudiants pourraient ainsi être exposés à des médecins de famille avec diverses pratiques, telles que la pratique de l'hospitalisation, l'obstétrique, l'urgence, la chirurgie mineure et autres. Il serait tout aussi important d'exposer les étudiants à des médecins de famille qui pratiquent en CH et d'autres qui pratiquent dans la communauté.

*« Bien déjà d'avoir des stages dans des milieux intéressants ça peut aider, mais je pense... c'est ça, c'est un peu tout le même principe. (...) Finalement, en gros je pense que c'est d'être exposé à, c'est sûr que s'ils sont exposés, parce que dans la formation, surtout l'externat, si tu as juste des stages en spécialités chirurgicales, mettons cardio, pneumo, bien ça ne donne pas une vue d'ensemble de c'est quoi un médecin de famille, donc ça prend absolument un stage en médecine de famille, peut-être assez tôt pour qu'ils puissent le faire avant leur choix, parce que c'est sûr que s'ils font ce stage-là après avoir choisi, bien des fois ils risquent d'être déçus ou enfin de dire "ah j'aurais peut-être dû choisir ça finalement." Je pense que ça prend une exposition et évidemment dans un milieu où le type de pratique est diversifié parce qu'il y a certains milieux qui moi m'apparaissaient plus plates et je n'aurais pas voulu aller travailler là peut-être parce que j'avais l'impression que comme médecin de famille, on faisait un peu le bouche-trou et dans le fond la job était moins intéressante. (...) Alors je pense que s'ils sont plus exposés dans ces milieux-là, où la pratique est diversifiée, ils vont peut-être plus être intéressés à le faire parce qu'ils peuvent... ça dépend, il y a des gens qui sont plus techniques, ils peuvent triper plus sur l'urgence, ou faire de la petite chirurgie, sans faire nécessairement de la chirurgie générale ou autre. (...) Mais si on veut les attirer davantage, ça va être l'exposition tôt dans la pratique. Et si aussi dans leur formation, comme je sais qu'on avait des stages d'exposition en 1<sup>e</sup> année nous autres où il fallait aller dans les milieux pour... c'était un stage d'observation un peu, mais pas payé, cette fois-là c'était vraiment dans le contexte de notre stage, et si dans ce milieu-là où ils vont il y a des médecins de famille qui font de l'hôpital et des choses comme ça, ça peut déjà les... »*

Enfin, il serait idéal que l'ensemble des étudiants en médecine développe des compétences de relations humaines. Le cas04 est consciente qu'il semble parfois qu'il s'agit là de compétences spécifiques à la médecine familiale. Néanmoins, elle pense que les médecins spécialistes devraient eux aussi avoir ce type de compétences, telles que, par exemple, capacité d'écoute, gestion des patients difficiles et faire parler les individus.

*« Mais je pense qu'initialement, ça devrait être au moins égal pour tout le monde parce que je pense... on a besoin d'avoir des compétences spécifiques en médecine de famille, je pense que les médecins spécialistes devraient avoir ces compétences-là pareil, d'écoute et de gérer les patients difficiles et de faire ressortir des choses qu'ils devraient faire alors qu'ils ne le font peut-être pas. Je pense que tout médecin devrait avoir ça, finalement; pas juste un spécialiste versus un médecin de famille. Idéalement. Il me semble. »*

Le cas04 parle de quelques modalités organisationnelles du système de santé qui peuvent exercer une certaine influence sur la pratique médicale. À ses yeux, l'organisation du système de santé québécois se caractérise par une lourdeur administrative ainsi que par une déconnexion de la réalité de la part des décideurs. En outre, le processus décisionnel est souvent long, tandis que les décisions sont parfois en rupture avec la réalité concrète du terrain, telles que les décisions d'attribution des effectifs médicaux généraux par exemple.

*« À part ça, ce que je trouve qui fonctionne moins bien... c'est sûr que j'ai l'impression qu'en général, le réseau trop lourd de fonctionnaires et j'ai l'impression que les gens qui prennent les décisions, ils sont dans leur bureau et ils ne voient pas réellement ce qui se passe dans le concret, entre autres pour... juste pour l'attribution des médecins de famille entre autres, que ce soit pour bien d'autres décisions... c'est ça, je pense que plus c'est gros, comme le gouvernement, plus c'est gros, plus c'est lourd, plus c'est long les décisions, plus c'est... »*

Les considérations d'ordre économique reviennent à peu de reprises tout au long de l'entrevue. Par exemple, lorsque l'intervieweuse lui demande de parler l'évolution de sa pratique depuis qu'elle a terminé sa formation, le cas04 répond, entre autres choses, qu'il y a définitivement eu une évolution sur le plan financier depuis le début de sa pratique médicale suivant l'établissement de la clientèle.

*« Financièrement aussi c'est sûr que ça a paru à un moment donné aussi. Au début, quand on commence, on a moins de clientèle et tout, mais ça, ça a joué aussi. »*

De plus, le cas04 aborde rapidement à aux moins deux reprises un problème avec le mode de rémunération à l'acte, touchant particulièrement sa pratique en cabinet privé. En fait, elle fait mention de la non-rémunération de certaines tâches de nature administrative ou clinique telles que, par exemple, le temps qu'elle consacre à ses dossiers (appels téléphoniques, révision des examens

diagnostiques, etc.). Celle-ci opine que ces tâches amènent une certaine lourdeur à la pratique de bureau, particulièrement en ce qui attrait au suivi et à la prise en charge de patients réguliers. Cela dit, le cas04 avoue cependant que, en comparaison à ses collègues qui n'offrent pas des services de suivis de grossesses et de bébés, sa pratique d'obstétrique-périnatalité allège quelque peu sa pratique de bureau puisqu'elle a moins d'examen diagnostiques à réviser et que ceux-ci sont généralement normaux. D'autant plus qu'elle trouve agréable de pratiquer le suivi des bébés, qu'elle qualifie par ailleurs comme étant le « *bread and butter* » (le pain et le beurre) de sa semaine de pratique.

*« Mais moi je pense que c'est bien de faire ça parce que ça m'allège un petit peu la clientèle que de ne voir que des patients réguliers, qu'il y a quand même des bilans à faire, des suivis, des ci, des ça. Je crois du côté travail, si je regarde des collègues qui ne font pas d'obstétrique, qui font ce genre de pratique-là plus l'hospit, ça fait beaucoup. Ça fait beaucoup de messages, ça fait beaucoup de labos, ça fait beaucoup d'autres choses pour lesquelles on n'est pas payés en réalité qui sont quand même lourdes, alors que moi je reçois beaucoup de... dans mes labos, là-dessus il y en a beaucoup que c'est pour les grossesses, donc souvent c'est des choses plus normales, des gens un peu moins malades finalement et les bébés, bien souvent on a moins de tests aussi, et les suivis de bébés, c'est le fun, ça allège un petit peu le bureau et bien que c'est pas des gros cas de pédiatrie, c'est sûr que les gros cas, souvent on les réfère au pédiatre, mais quand même c'est le fun, c'est pour... c'est un peu le bread and butter de ma semaine, c'est ça. »*

De plus, le cas04 parle des périodes de temps non rémunéré consacrées à l'exécution de tâches de nature administrative ou clinique et qu'elle doit travailler en dehors de ses demi-journées ou journées habituelles de bureau. Tout ça implique qu'elle a moins de disponibilité pour offrir des services cliniques comme telle.

*« Parce que comme je disais, des fois les labos, les retours de messages, ça fait qu'on... ça demande du temps aussi et effectivement on n'est pas payés pour ça, alors ça joue un peu. Dans le fond, ça joue un peu sur le temps qu'on passe, parce que dans mes demi-journées que j'ai off, des fois ça va être pour régler des labos, ça va être pour appeler des spécialistes quand j'ai des questions, parce que des fois, entre deux patients, on n'a pas toujours le temps, donc finalement en réalité je suis plus souvent à la clinique que les demi-journées comme tel ou que les journées que je fais juste du bureau finalement. »*

Le cas04 parle dans ces deux passages de son salaire (de façon implicite) et du travail non rémunéré en lien avec ses responsabilités de suivi et de prise en charge. Ceci peut être comme une disposition propre au côté affaires de la pratique médicale.

Le cas04 déplore les problèmes de disponibilité et d'accessibilité aux services de santé. Elle considère qu'il s'agit là de problèmes criants d'actualité. D'entrée de jeu, elle parle des problèmes

de disponibilité et d'accessibilité aux services médicaux généraux. Selon elle, le manque de médecins de famille est criant.

*« L'accès aux médecins de famille par exemple, l'accès au réseau en général. Parce que je pense les gens se plaignent beaucoup, finalement ce qu'on entend aux nouvelles à tout bout de champ, c'est toujours ça, c'est toujours l'accès aux soins de santé en général. (...) Donc l'accès, je pense que c'est une autre problématique, le manque de médecins de famille est criant... C'est ça, on va en parler beaucoup, beaucoup. »*

Le cas04 parle aussi de l'existence de délais d'attente, parfois longs, pour l'accès aux services diagnostiques, aux services chirurgicaux et aux services médicaux spécialisés, particulièrement lorsqu'il s'agit de situations cliniques non urgentes. En outre, pour certains examens diagnostiques, tels que l'imagerie par résonance magnétique, il lui arrive de diriger ses patients vers des CH de la ville de Québec ou vers une clinique de médecine privée (hors RAMQ) lorsqu'elle juge que le délai d'attente est beaucoup trop long. Le cas04 trouve pénible et choquant de vivre avec les problèmes d'accès aux services diagnostiques. Celle-ci fait entre autres mention de situations cliniques non urgentes à prime abord, mais dont les résultats des examens diagnostiques révèlent éventuellement la présence d'une maladie grave. Elle trouve incroyable toute l'évolution de la maladie qui peut se faire pendant le délai d'attente pour les services diagnostiques. Par ailleurs, le cas04 précise que les problèmes liés à l'accès aux services, tels que les temps d'attente, font en sorte qu'elle prend parfois l'initiative d'appeler elle-même le département concerné afin d'expliquer la situation et de demander un accès rapide au service nécessaire. Celle-ci agit alors en tant que défenseur des intérêts de ses patients. Ceci dit, elle dit ne pas avoir beaucoup de pouvoir.

*« Mais en gros demander pour un patient tout ce qui n'est pas urgent, mais qu'on veut savoir quand même, mettons une échographie, n'importe quoi, ou un spécialiste des fois, ça peut être long. Ou une... dépendamment des tests. Un taco c'est moins long qu'une résonance magnétique, mais une résonance magnétique normalement si c'est pas urgent, ça peut prendre un an, à moins qu'il n'aille dans le privé ou que leur assurance privée de travail paye, là ça peut aller plus vite. Ou des fois, avant ça on les envoyait à Québec pour les faire, maintenant il y a une place à Chicoutimi, en tout cas pour les résonances entre autres qui peut être dans le privé à ce moment-là, mais quand même. Et oui c'est long et c'est pénible et c'est... il faut aviser les patients et en même temps c'est choquant parce que si on veut quand même s'assurer qu'il n'y a pas de cancer, mais c'est pas quelque chose qu'on pense, mais dans cette situation-là qui... on n'est vraiment pas sûrs, on veut comme juste l'éliminer pour être certains pour le patient, mais si ça prend trois mois, six mois et que finalement il en a un cancer, bien toute l'évolution qui peut se faire dans ce délai-là, je trouve ça incroyable, mais je n'ai tellement pas... des fois je dis au patient, "excusez, je n'ai pas de pouvoir." Alors il y a des cas que j'appelle moi-même des fois en radiologie. "Mme Unetelle, l'avez-vous toujours sur votre liste? Parce que ça fait 3 mois là"... "oui, mais là on en a encore tant devant elle et là on est rendus à... on passe les patients de tel mois et..." Et évidemment, je n'ai pas tant de pouvoir que ça en gros. »*

Les délais d'attente sont également longs pour les services chirurgicaux, particulièrement pour les chirurgies mineures.

*« Autant pour les chirurgies, les demandes de chirurgies. Des fois les chirurgies mineures plastiques, des fois c'est excessivement long, pour les tunnels carpiens entre autres, ou des fois pour des trucs bénins comme ça. »*

Le cas04 poursuit ses propos en abordant les problèmes de disponibilité et d'accessibilité des services médicaux spécialisés. D'emblée, elle dit que la disponibilité de ce type de services médicaux est bien en général, tandis que les délais d'attente pour l'accès sont généralement longs. Celle-ci fait très brièvement allusion à la non-disponibilité de services médicaux spécialisés en rhumatologie et en physiothérapie dans la région et des besoins occasionnels de déplacements des patients à l'extérieur de la région pour avoir accès à ces types de services médicaux. Le cas04 mentionne également les longs délais d'attente pour une consultation en gastroentérologie puisque les chirurgiens gastroentérologues sont très occupés à pratiquer des colonoscopies suivant les recommandations des lignes de pratique clinique. Encore une fois, elle précise que tout ceci dépend de l'urgence de la situation clinique. Encore une fois, pour les situations cliniques qu'elle considère urgente, celle-ci agit en tant que défenseur des intérêts de ses patients et n'hésite pas à appeler elle-même le médecin spécialiste dans le domaine afin d'expliquer la situation et de demander un accès rapide au service médical nécessaire.

*« C'est sûr que dans la région exemple on n'a pas de rhumatologue, on n'a pas de physiatre, donc c'est sûr que quand on veut une référence dans ça, il faut que les gens montent à Québec, qui est le plus proche. Bien en général, bien ça dépend des spécialistes. C'est sûr que dans la région exemple on n'a pas de rhumatologue, on n'a pas de physiatre, donc c'est sûr que quand on veut une référence dans ça, il faut que les gens montent à Québec, qui est le plus proche. Mais autrement en général... bien par le bureau, quand je demande des consults à des spécialistes, ça peut être long, comme entre autres en gastro, où des fois les chirurgiens peuvent faire des colonoscopies parce qu'il faut en demander plus maintenant, de nos jours, parce que le cancer du côlon est assez prévalent, donc on le demande plus souvent, mais ça peut oui, prendre plusieurs mois, mais ça finit toujours par à un moment donné se faire et on reçoit de temps en temps les rapports finalement. Mais je pense que c'est pas si pire. Mais ça dépend du niveau de l'urgence. C'est sûr que si je demande un avis pour quelque chose que je suis vraiment inquiète, bien là comme je dis je vais prendre la peine d'appeler le spécialiste et je vais le référer plus vite, mais si c'est quelque chose que je juge moins urgent, exemple pour une chirurgie pour un tunnel carpien, bien ça prendra le temps que ça prendra. Je veux dire je ne peux pas faire plus. Mais oui, c'est long. Mais en général, je pense que ça va avec des moments du système en général. Mais oui, en général c'est long. (rire) On peut dire ça, mais ça dépend de l'urgence de la situation, je pense. »*

Qui plus est, le cas04 considère que les problèmes d'accessibilité aux services provoquent des frustrations et ce, tant chez les médecins que chez les patients. Elle rapporte le temps perdu à faire



des appels téléphoniques pour gérer l'accès aux services de ses patients. Celle-ci trouve ceci fâchant puisqu'il s'agit d'une perte de temps qui pourraient plutôt être davantage utiles à offrir des services cliniques.

*« Mais oui, c'en est frustrant par moments, pour les patients, pour nous aussi, et des fois c'est tout le temps qu'on perd au téléphone, entre guillemets, "pour essayer de gérer" je fais la gestion de ça pour que le patient passe plus vite, des fois ça en vient aussi fâchant. Bien fâchant dans le sens que c'est pas du temps qu'on devrait utiliser pour ça, on devrait l'utiliser pour voir des patients ou pour faire d'autre chose et finalement on est pognés au téléphone à gérer ça. »*

Le cas04 aborde les contraintes et les avantages imposés par le nouveau modèle d'organisation de l'offre des services médicaux de première ligne, soit le GMF. En outre, elle évoque son autonomie (professionnelle et entrepreneuriale) pour justifier les raisons pour lesquelles elle et ses collègues ne déposeront probablement pas une demande pour devenir GMF, du moins pas dans un avenir à court ou à moyen terme. Celle-ci mentionne spécifiquement les contraintes liées aux heures défavorables (soirs, fins de semaine) et à l'offre de services cliniques sans rendez-vous. Ceci dit, le cas04 souligne néanmoins certains avantages, tels que le travail en collaboration avec les services infirmiers et l'accès au dossier informatisé des patients à partir d'un poste informatique disponible dans chaque bureau de médecin.

*« Plus ou moins. Je pense qu'à l'époque, bien moi je pense que quand ça a commencé... pas la mode mais disons le début... pour le fait de devenir GMF, à (...) il y avait une clinique surtout qui l'était, sauf (...), il y a une clinique privée qui l'était déjà quand moi je suis arrivée. Mais après, je pense qu'ici ils ne voulaient pas trop parce qu'entre autres ils trouvaient que c'était un peu exigeant en terme de sans rendez-vous entre autres, en terme d'ouverture, parce que je pense qu'il faut être ouvert un peu les soirs, ici personne ne voulait faire de soirs, ici personne ne travaille le soir, sauf exception, des fois l'hiver de temps en temps, mais encore là c'est rare. Donc je pense que ces contraintes-là faisaient qu'ils ont préféré ne pas l'être. C'est sûr que ça aurait l'avantage d'une infirmière, le truc informatique et tout ça, mais pour l'instant je pense que ce n'est pas dans les plans non plus à court ou moyen terme, de la clinique pour le moment. Un peu à cause de ça. Je pense que chacun aime bien... pas son indépendance, mais faire son propre horaire finalement, sans être obligé de faire du sans rendez-vous 5 jours sur 5, tant de demi-journées et tout parce que déjà qu'on n'en fait pas tant que ça, on en fait 2 à 3 par semaine du sans rendez-vous, des demi-journées, 2 à 3 demi-journées par semaine finalement et ça je pense que c'est correct pour le moment parce que je pense que personne n'est capable de faire plus pour le moment et aussi il y en a que ça ne leur tente pas d'en faire. (...). Donc pour l'instant, c'est pas dans les plans. À moins que mes collègues changent d'idée, mais pour l'instant on n'en a jamais parlé, comme quoi on voulait devenir un GMF. Pas pour tout de suite. »*

Enfin, le cas04 parle des inconvénients de certains programmes gouvernementaux, tels que les PREM en omnipratique et des PREM en spécialités. En outre, elle est d'avis que ces programmes frustreront beaucoup les nouveaux médecins.

*« Sinon, peut-être reparler avec le gouvernement sur les fameux PREM et les fameux... je pense que ça, ça un peu frustré beaucoup les jeunes médecins. »*

En premier lieu, elle est d'avis que les PREM en omnipratique sont responsables de la pénurie de médecins de famille à certains endroits. Selon celle-ci, les villes ayant un CH auraient besoin d'un plus grand nombre de médecins de famille pour répondre aux besoins de services médicaux de première ligne de la population. En effet, les nouveaux médecins de famille doivent également répondre aux besoins du CH en faisant de l'hospitalisation, de l'urgence ou autres types d'activités, ce qui fait que ceux-ci ne peuvent se concentrer uniquement à une offre de services cliniques en première ligne. En plus, il y a même certains médecins de famille qui offrent uniquement des services hospitaliers d'urgence; ils ne font pas d'hospitalisation, ne prennent pas de nouveaux patients, ne font pas de prise en charge en première ligne. Tout ceci se devrait d'être pris en considération dans le calcul des PREM. Le cas04 pense que ce n'est actuellement pas le cas. Elle rapporte même connaître des résidents en médecine familiale qui auraient bien aimé débiter leur pratique dans le territoire de RLS du cas 04, mais que ceux-ci se sont vus refuser un PREM et ce, même dans un contexte de manque d'effectifs médicaux sur le territoire. Celle-ci juge d'ailleurs que cette situation est complètement ridicule.

*« Mais l'Agence de Santé et des Services Sociaux a mettons 13 postes. De ces 13 postes-là, il y a des gens qui disent "bien moi j'en ai plus besoin que vous parce qu'on"... en fait toutes les autres villes sauf (...) auraient plus besoin techniquement, mais si on regarde le nombre de médecins, parce qu'en fait, comme c'est un hôpital (...), il a besoin de plus de médecins dans le fond pour arriver au même nombre... (...) Parce que dans le fond, pour arriver à faire l'hospitalisation, à faire les gardes à l'urgence, faire ci, faire ça... et l'autre chose c'est qu'ils calculent, dans le nombre de médecins, parce qu'il y a un département d'urgence et un département de médecine de famille à (...), donc ils considèrent que si on a un médecin de famille qui fait de l'urgence, bien il est compté dans le calcul, alors qu'en réalité, s'il fait juste de l'urgence, il ne prend pas de nouveaux patients, il ne fait pas d'hospit, il ne fait pas d'autre chose et il ne fait pas de prise en charge. Donc en réalité il en manque encore pareil, donc ça ils ne le calculent pas non plus. Alors on a toujours voulu mettre l'urgence à part et le reste des médecins de famille à part, mais ça ne marche pas pour l'instant dans les calculs. (...) Parce que je connais des résidents présentement, il y a beaucoup de gens qui auraient voulu rester à (...), mais qui ne sont pas restés parce qu'il n'y a pas de place. Alors que dans le fond on en manque. C'est complètement ridicule. Je trouve ça assez... assez plate en fait. Bref... »*

De plus, le cas04 est d'avis que les PREM en omnipratique obligent des nouveaux médecins de famille à débiter leur pratique médicale dans une région avec laquelle ils ne sont pas familiers; un

endroit où ils ne sentent pas comme « à la maison ». Selon elle, ceci amène certains de ces nouveaux médecins à ne considérer pratiquer dans cette région que durant le nombre d'années nécessaires pour répondre à leurs obligations. Ils planifient ainsi retourner dans leur propre région d'origine ou dans la région où ils aimeraient pratiquer. Aux yeux du cas04, les PREM amènent uniquement un déplacement plutôt temporaire d'une portion des effectifs médicaux généraux. Elle doute que les PREM en omnipratique soient le moyen idéal pour inciter les nouveaux médecins de famille à pratiquer en région et, de ce fait, du succès de ce programme gouvernemental.

*« Mais finalement, en obligeant les gens à faire ça, ce qui arrive aussi, c'est que je connais des collègues qui ont fait leur résidence ici qui viennent de la région de Montréal, qui sont partis exemple à Rouyn si je prends une collègue à qui je pense, mais elle, elle s'est dit je vais faire le temps qu'il faut pour mes PREM à Rouyn, et quand je vais avoir fini, parce qu'on a un nombre d'années à faire supposément pour être encore dans les PREM, après je vais retourner à Montréal. Alors finalement, c'est un déplacement, oui elle va être là 5 ans, 3 ans 4 ans peut-être et après elle va retourner. J'ai mes autres collègues ici que c'est un peu la même chose, leur familles viennent plus de l'extérieur, mais un jour ils veulent retourner plus proche des leurs, surtout si leur familles sont malades, surtout si... alors c'est ça, j'ai l'impression que ça... je ne suis pas sûre que ça va être un succès nécessairement. Oui il y a des chances qu'ils restent si jamais ils rencontrent l'âme sœur ici et ils font leur famille ici, mais disons qu'il y a des chances qu'ils retournent. Donc je ne suis pas sûre que c'est franchement... en tout cas, le moyen idéal. »*

En deuxième lieu, le cas04 parle des effets pervers que les PREM en spécialités peuvent avoir sur l'accessibilité aux services médicaux spécialisés. Elle opine que ceux-ci peuvent être en partie responsables des problèmes de disponibilité et d'accessibilité des services médicaux spécialisés.. En guise d'exemple, elle soutient que certains résidents en médecine spécialisée décident, à la fin de leur formation postdoctorale, de suivre une formation en sur-spécialité d'une durée d'un an ou deux aux États-Unis afin d'avoir le droit de pratiquer dans les grands centres urbains québécois à la toute fin de leur formation. Ceci amène donc un délai au niveau de l'accessibilité aux services médicaux spécialisés. Selon le cas04, il y aurait donc lieu de reparler avec le gouvernement de certains programmes gouvernementaux qui sont responsables de beaucoup de contraintes sur la pratique des nouveaux médecins de famille et nouveaux médecins spécialistes.

*« Et même les spécialistes ont ce genre de trucs-là, c'est pas nécessairement les PREM... bien je pense que c'est les PREM aussi, ça fait en sorte que c'est bien difficile et... c'est ça, enfin ça n'aide pas non plus à cette accessibilité-là avec les nouveaux spécialistes qui devraient arriver dans le milieu. Et comme ils veulent rester en grands centres, bien là, ils s'en vont tous faire des fellow pendant un an ou deux en plus de leur 5-6 ans de formation, ce qui fait qu'ils font tout retarder leur arrivée dans le milieu, alors ça limite aussi à ce niveau-là. »*

Les gestions d'horaires de travail et de garde, de patients au niveau de l'accessibilité et de la disponibilité de ses services médicaux et enfin, de culpabilité humaine ainsi que la lourdeur de la pratique médicale en bureau sont parmi les choses que le cas04 trouve le plus difficile dans sa pratique.

*« Mais en gros, je pense que c'est ça, c'est une question de gestion, c'est une question de temps, d'horaire, de culpabilité, enfin, un peu tout ça, les choses les plus rough en fait. »*

D'entrée de jeu, elle parle de la gestion de son horaire de travail. L'horaire de travail chargé et les gardes (obstétrique et hospitalisation) peuvent tous deux être responsables d'un certain essoufflement suite à une surcharge de travail. D'autre part, sa pratique d'obstétrique amène une charge de travail qui varie beaucoup par périodes et qui, entre autres choses, l'oblige à faire des modifications de dernières minutes et à déplacer les rendez-vous de ses patients. Elle ajoute d'ailleurs en riant qu'elle considère ceci bien « plate » pour ses patients ainsi que pour elle-même, d'autant plus qu'elle peut éprouver de la difficulté à trouver un moment dans son horaire vers lequel déplacer les rendez-vous.

*« Bien là, c'est sûr que les horaires des fois, ça peut être difficile à la longue, surtout quand il y en a beaucoup, l'obstétrique des fois il y en a beaucoup par périodes, les gardes, il y a eu des périodes où j'ai fait entre autres, comme l'été dernier, pratiquement une garde une fin de semaine sur deux, que ce soit l'obstétrique mettons une semaine, un congé entre les deux, l'obstétrique la fois suivante, congé, obstétrique, congé, hospit... à un moment donné on devient essoufflé et ce que je trouve le plus dur c'est de... quand je fais des accouchements et c'est de déplacer le bureau, je trouve ça plate pour les gens et pour moi aussi parce que où je les mets. (rire) »*

Celle-ci mentionne le port du téléavertisseur durant les heures de garde pour sa pratique d'obstétrique-périnatalité. Juste de penser qu'il pourrait y avoir un appel, le cas04 préfère demeurer près de son domicile au cas où. Bien qu'elle trouve ça lourd à la longue, son sens du devoir l'empêche de faire autrement. Le cas04 semble donc apporter beaucoup d'importance à ses responsabilités vis-à-vis des patients et des collègues. Elle possède le sens des responsabilités et du devoir.

*« Parce que l'autre chose que je trouve difficile des fois, c'est la pagette, dans le sens qu'à cause de l'obstétrique, ça fait en sorte que comme on est de garde tout le temps du lundi au jeudi de 8 à 5, bien les après-midi que j'ai un petit peu plus off, bien je ne peux pas aller trop loin, je ne peux pas aller l'été faire du vélo très très loin ou aller marcher en raquettes dans une montagne, il faut rester pas trop loin au cas que peut-être la pagette sonne et ça, ça vient à la longue un peu lourd, parce qu'elle ne sonne pas toujours en réalité, finalement il y a bien des après-midi que je suis capable d'avoir tranquille, mais juste de savoir que peut-être tu peux être dérangé, ça c'est... des fois ça devient un peu difficile à ce niveau-là, mais ça encore... je pourrais peut-être décrocher plus souvent, mais ça... encore là... c'est peut-être mon sens du devoir un peu qui fait que je ne suis pas capable pour le moment. »*

En outre, le cas04 trouve difficile la gestion des patients, particulièrement au niveau de l'accessibilité et de la disponibilité de ses services médicaux. Il est parfois difficile pour les patients d'obtenir un rendez-vous pour une consultation médicale avec le cas04. Cependant, il lui est impossible d'augmenter l'offre de ses services; elle ne prend donc plus de nouveaux patients. Elle doit à l'occasion gérer le mécontentement de certains patients au début des rendez-vous.

*« Là ce que je trouve dur ces temps-ci aussi, c'est beaucoup la gestion des patients, où les mettre, comment les mettre, ça va tu entrer dans ce mois-ci parce que des fois il faut que je prends une liste de noms en note parce que je veux être sûre de les voir le mois suivant mettons, mais là, ça fait en sorte qu'il y a moins de place quand les gens appellent, les gens sont fâchés, quand ils arrivent dans le bureau, c'est donc dur d'avoir des rendez-vous, 5 minutes pour calmer tout ça, 5 minutes pour expliquer que je ne prends plus de nouveaux patients, et après ça faire le reste et ça, je trouve ça dur un peu. »*

Par ailleurs, le cas04 ressent à l'occasion une certaine culpabilité sur le plan humain. Elle prétend ressentir cette culpabilité tout autant face à ses patients qu'à ses collègues. Bien qu'elle dise réaliser que le peu d'accessibilité et de disponibilité de ses services médicaux soit une situation « plate » pour ses patients, elle considère qu'elle ne peut en faire plus au risque de mettre sa santé en péril. D'autant qu'elle aura un bébé sous peu. Celle-ci avoue être consciente qu'elle devra ralentir son rythme de travail avec l'arrivée du nouveau bébé et ça lui fait peur puisqu'elle est habitée par le désir de trop bien faire, en l'occurrence de trop bien prendre soin des individus et d'en faire toujours plus. Ceci dit, le cas04 se rend compte de plus en plus à qu'il faut dire non, qu'il faut qu'elle apprenne à vivre sa propre vie en dehors de son travail. Celle-ci rapporte donc ressentir un peu moins de culpabilité face à tout ça. Ceci dit, le cas04 ajoute aimer être là pour l'accouchement de ses patientes en général. Celle-ci est consciente qu'elle ajoute à la charge de travail de ses collègues lorsqu'elle ne pratique l'accouchement de ses propres patientes. Le cas04 trouve la gestion de cette culpabilité humaine vis-à-vis de ses patients et de ses collègues particulièrement difficile. En fait, il s'agirait d'une des choses qu'elle aime le moins de sa pratique médicale.

*« Je trouve que c'est plate pour les patients et j'aimerais ça gérer mieux ça, mais je ne peux pas pour l'instant, je me rends compte que je ne peux pas faire plus que ce que je fais là parce que si j'en fais trop, à un moment donné c'est sur moi aussi, je veux dire il ne faut pas que je tombe malade moi non plus, il faut que j'aie une certaine... pas une barrière, mais je veux dire une certaine vie autre que la médecine et la médecine. Et là en plus avec le bébé qui s'en vient, il va falloir que je ralentisse deux fois plus et ça, ça me fait peur un peu d'ailleurs, dans le fond on verra rendu là, mais c'est ça, parce qu'on veut toujours en faire plus, on veut toujours aider, on veut toujours... et à un moment donné, je pense que là je commence à concevoir qu'il faut dire non et qu'il faut... comme là je leur dis à mes patients, je pars 6 mois, bien c'est ça, puis "ah non! On va perdre notre docteur!" "Oui, mais vous savez, j'ai une vie en dehors de la médecine et c'est là." Il faut apprendre à... là je me sens un peu moins coupable par rapport à ça, mais des fois c'est surtout ça que j'aime moins, ou*

*quand je sais qu'un soir je ne peux pas être là pour un accouchement de ma patiente et que je sais qu'elle est là, et là on dit "ah j'aimerais ça, mais là, je sais qu'il faut que je prenne justement un petit peu de repos", alors là c'est plus dur... Puis je sais que ça met la job sur mes collègues à ma place, et en tout cas, ça c'est une gestion de culpabilité si on veut que je trouve difficile. »*

Afin d'illustrer ses propos, le cas04 donne en exemple une situation qu'elle a trouvée particulièrement difficile puisqu'elle lui a fait vivre le sentiment d'une double culpabilité à l'égard d'une patiente et à l'égard d'une collègue médecin de famille. Il s'agit d'une situation clinique dans laquelle il y avait la nécessité de déclencher un accouchement chez une de ses patientes enceinte de 28 semaines puisque le bébé était mort. Bien à regret, le cas04 était dans l'impossibilité d'être présente et de pratiquer l'accouchement. Elle avait donc dû référer sa patiente à une de ses collègues médecins de famille. Le cas04 confie avoir s'être sentie coupable; ce qu'elle définit comme une culpabilité humaine.

*« C'est une dame, une grossesse que je suivais et ça allait super bien et finalement... bien en fait elle ne sentait plus son bébé bouger, elle avait 28 semaines, son bébé est décédé dans sa bedaine. Il a fallu l'accoucher parce que bon, on ne pouvait pas laisser aller ça jusqu'à la fin, et ça adonnait que le moment où il fallait la déclencher pour l'accouchement, je n'étais pas là et... c'était plus que je me sentais mal de ne pas être là et de donner sa à ma collègue. Faire ça, c'est un peu plate, pour elle aussi qui ne connaît pas la patiente, et pour la patiente c'était pas son docteur et... mais c'est plus en fait une culpabilité humaine de "ah je ne serai pas là, mais bon, je ne pouvais pas, je ne pouvais pas." »*

Enfin, le cas04 juge que la pratique en bureau peut parfois devenir lourde à la longue. Elle trouve particulièrement difficile d'avoir à faire face aux exigences et aux demandes des patients, tandis que certains cas cliniques sont lourds. D'autant plus que les problèmes d'accessibilité et de disponibilité font en sorte que les patients visitent le médecin avec une longue liste de symptômes et de problèmes de santé. Ceci a pour conséquences des consultations plus longues et des retards. Il y a également certains patients qui arrivent en retard à leur rendez-vous.

*« Des fois le bureau, je trouve ça lourd aussi. Les cas des fois sont lourds, les patients sont exigeants, sont demandants. Et il y en a beaucoup qui arrivent, évidemment comme ils ont de la misère à nous voir, ils arrivent avec une liste ça de longue de problèmes qu'on ne peut pas tous gérer en 15 minutes et les retards, arriver à l'heure, en fait c'est la gestion, je trouve que c'est ça qui est le plus rough finalement en gros. Et des fois aussi certains cas qui sont lourds en termes psychiatriques, des fois des cas de dépression, des choses comme ça qui viennent nous chercher et que c'est lourd et c'est pas... ça, ça peut faire qu'on a certaines journées plus fatigantes quand on a beaucoup de cas comme ça. »*

Lorsque l'intervieweuse lui demande ce qu'il lui manque pour être le médecin que vous rêvez d'être, le cas04 répond d'emblée, et sans grande surprise, une gestion d'horaire, de patients et

de listes. Elle ajoute néanmoins ne pas savoir ce qu'elle pourrait vraiment améliorer ou avoir de plus pour le moment.

*« Une gestion d'horaire, de patients et de listes, mais à part ça... en réalité, sans être trop idéaliste, mais je ne sais pas qu'est-ce que je pourrais vraiment améliorer de plus ou avoir de plus présentement dans le fond. »*

En outre, elle aborde son monde idéal dans lequel elle prendrait en charge et suivrait plus de patients, mais confie que tout ceci lui est impossible pour le moment puisqu'elle veut trop bien soigner ses patients, ce qui amène de longues consultations et des délais d'attente pour ses autres patients.

*« Mais je pense que dans mon monde idéal, ça serait d'être capable de peut-être en prendre plus, en voir plus, mais je ne suis pas capable présentement, parce que je ne suis pas assez vite, parce que je prends trop de temps avec mes patients, parce que je veux trop bien les soigner, alors je prends plus de temps pour gérer tous les trucs, et de toute façon, je me rends compte que je dépasse et je prends du retard, donc c'est pas mieux si je m'en rajoute trop. »*

## **Place et rôle de l'évaluation économique dans la pratique clinique**

À prime abord, le cas04 avoue ne pas connaître l'évaluation économique, la pharmacoéconomie et l'économie de la santé, ni d'en avoir vraiment entendu parler. Elle a toutefois écouté avec attention et intérêt l'explication de l'évaluation économique faite par l'intervieweuse.

Suite à cette explication, elle dit plutôt être familière avec l'usage de certains termes, tels que « *cost-effective* » (coût-efficace) et coût-bénéfices.

*« Bien certains... dans certaines études, comme je vous dis le cost/effective ou coût/bénéfice, oui j'avais déjà entendu ça. »*

Le cas04 croit le voir un peu à travers sa pratique mais encore, pas tant que ça. Entre autres, celle-ci se rappelle avoir lu quelques articles rapportant des informations issues d'évaluations économiques durant sa résidence en médecine familiale. Cependant, selon ses propos, les principes de l'évaluation économique ne sont pas vraiment enseignés dans les formations médicales prédoctorale et postdoctorale. Elle ajoute même que les étudiants et les résidents en médecine sont peu sensibilisés aux considérations d'ordre économique au cours de leur formation médicale telles que, par exemples, les coûts des services de santé.

*« Mais c'est vrai que je ne pense pas que c'est enseigné vraiment... comme mettons on en parle un petit peu ici et là, parce que bon il y a certains médecins qui vont y croire, pas y croire mais en parler plus que d'autres, mettons quand on travaille un à un avec un patron,*

*mais globalement dans nos cours de médecine on n'a pas vraiment ça. (...) Non, c'est pas franchement enseigné. Je pense qu'on le voit un peu à travers la pratique et encore, pas tant que ça non plus. Et c'est juste quand on écoute les budgets qu'on se rend compte que oui, ça coûte cher et de temps en temps on reçoit des documents, entre autres pour les trucs de pharmacie qui disent bien là, le budget de l'hôpital a coûté tant en médicaments pour la chimio, tant pour ça, tant pour ça... alors il faudrait donner moins de ça et... alors des fois on s'en rend compte un peu comme ça, mais pas mais pas tellement plus. Et les études, comme je dis je ne lis pas beaucoup d'études anyway, mais j'ai pas lu beaucoup d'études à ce niveau-là, quelques-unes quand même dans le temps que j'étais plus résidente. Mais pas tant que ça. »*

Lorsque questionnée sur la place et le rôle potentiels de l'évaluation économique dans la pratique clinique, le cas04 répond rapidement et très brièvement qu'il est évident que si les médecins prescrivaient moins de médicaments et feraient moins de requêtes d'exams diagnostiques et bien ça pourrait permettre de réduire les dépenses budgétaires en santé.

*« Bien c'est sûr que si les médecins prescrivaient moins de pilules et moins de tests, ça coûterait moins cher, donc en bout de ligne on dépenserait moins au niveau de notre budget là-dessus. »*

Elle ajoute ensuite que les informations issues d'évaluations économiques pourraient s'avérer utiles dans la pratique clinique, bien que les compagnies pharmaceutiques risquent d'être défavorables à cette idée.

*« J'avoue qu'on devrait avoir ça comme information de plus, mais je ne suis pas sûr que les compagnies seraient bien contentes, les compagnies pharmaceutiques, mais bon... »*

À la suite d'un commentaire de l'intervieweuse, le cas04 fût surprise d'apprendre que les compagnies pharmaceutiques se doivent de présenter des évaluations économiques aux autorités québécoises responsables de la liste de médicaments de la RAMQ et que cette pratique est courante ailleurs au Canada et dans le monde.

Le cas04 est par ailleurs d'accord à l'idée d'un rôle de l'évaluation économique dans le processus décisionnel en santé, du moins tout particulièrement au niveau politique. En effet, elle mentionne l'intérêt qu'aurait la prise en compte des informations issues d'évaluations économiques dans les décisions politiques suivant, entre autres, la place importante de la médecine publique, le vieillissement de la population, la dénatalité, l'augmentation de la demande pour les services de santé, le coût à la société de certaines interventions et le lourd fardeau budgétaire que tout ceci crée à la société.

*« Bien je pense que oui. Moi je pense que oui. Parce qu'on le voit avec la problématique de dire bon, est-ce qu'il faut mettre le privé dans le décor pour la santé en général, mais c'est*



*parce que... c'est ce qu'on voit, c'est que ça coûte très cher. Nos nouveaux médicaments coûtent une fortune, jusqu'à temps qu'on ait des copies et ça peut prendre 10 ans avant d'avoir des copies, donc ça peut être long. Et bon, les médicaments entre autres pour le cancer, pour le VIH, bon ici il y en a moins dans la région, mais si on parle au Québec il y en a quand même quelques-uns qui en prennent. Ça coûte une fortune! (...) Donc c'est sûr que le budget juste médicaments est excessif et en santé en général aussi. (...) Et oui, on veut tous ne pas payer d'impôts, mais en même temps on n'a pas le choix si on veut se payer un système de santé gratuit accessible à tous, mais... c'est tu encore utopique de penser ça? C'est tu encore faisable de penser ça? Peut-être que dans le temps, quand Castonguay a sorti son rapport initialement, dans les années 70 je crois? Je n'ai pas l'année exacte, je n'étais pas née probablement, mais bref, le principe était là, parce qu'il y avait des problèmes je crois avant, les gens n'allaient pas chez le docteur, ça coûtait trop cher ou il ne se faisait pas de test, ça coûtait trop cher, mais l'autre sens, bien là on en fait tu trop? On est tu rendus à l'autre extrême? C'est où le juste milieu, il faudrait le trouver parce que comme je dis, avec la population vieillissante, ça va coûter beaucoup plus cher de médicaments, encore là beaucoup plus cher de soins en général, de CHSLD, de personnel, de ci, de ça... et je dirais que je suis pessimiste, j'en vois pas le bout finalement. Et le manque de monde pour payer ces impôts-là. Si on ne fait plus d'enfants, qu'on ne paye pas nos impôts, on n'aura pas de budget, on va manquer de sous à un moment donné à quelque part pour payer tout ça. Il va falloir couper ailleurs et ailleurs c'est l'éducation, c'est les routes, c'est les infrastructures, c'est les budgets pour tout, pour l'aide sociale, n'importe quoi. À un moment donné, on ne pourra pas faire, je pense, à long terme. Mais c'est quoi la solution, j'aimerais le savoir. »*

Le cas04 fait quand même mention d'un facteur qui peut limiter la prise en compte des informations issues d'évaluations économiques dans la pratique clinique. Point intéressant, elle est ouverte à l'idée d'un rôle de l'évaluation économique dans le processus décisionnel clinique mais ajoute que, pour le moment, la majorité des médecins ne connaissent probablement pas l'évaluation économique puisque ce n'est pas enseigné dans les formations médicales prédoctorale et postdoctorale.

*« Mais bref oui, effectivement, je pense que ça devrait être une donnée qui aurait bien du bon sens à rajouter parce qu'on ne la connaît pas cette donnée-là, et je ne pense pas que... peut-être que certains médecins sont plus au courant que d'autres, mais en tout cas, je ne me rappelle pas dans le cours de médecine qu'on avait une affaire là-dessus effectivement et dans ma formation non plus. »*

En outre, celle-ci est d'avis que les considérations économiques pourraient être parties intégrantes des GPC.

*« Mais c'est sûr que si j'avais plus d'information sur le coût précis ou enfin un peu plus précis, dire bien regarde, si dans nos lignes directrices ils disaient bien regardez donc, lui coûte un peu moins cher que lui, ça serait peut-être plus facile de se guider, parce que dans le fond, à moins que je check à chaque fois le coût réel de la pilule, j'ai pas de données à ce niveau-là assez pour faire le bon choix. »*

De mémoire, le cas04 croit que les revues distribuées gratuitement par les organisations professionnelles, telles que l'Actualité médicale, Le Collège du CMQ et Le Médecin du Québec de la FMOQ, intègrent peu les informations issues d'évaluations économiques ou portant sur les coûts dans leurs pages. Elle précise toutefois qu'il est peut-être possible qu'elle n'ait tout simplement pas remarqué la mention de ce type d'informations dans ces revues puisque, personnellement, elle porte un plus grand intérêt aux considérations d'ordre clinique et à une bonne prise en charge des patients.

*« Bien des fois ils en parlent un peu, mais pas tant que ça. Bien en tout cas de ce que je me souviens, de ceux que j'ai lus comme articles, il me semble que c'est pas tant que ça. Enfin bref... (...) Mais le coût passe souvent loin derrière et je ne suis pas sûre qu'ils en parlent à toutes les fois non plus effectivement, à ce qu'il me semble, en tout cas ça ne m'a pas frappée et comme je vous dis peut-être parce que je mets plus d'intérêt sur la clinique et bien traiter nos patients, mais encore là pas tellement. »*

Dans ce passage, on peut voir comment les dispositions propres au professionnalisme médical influencent le comportement du cas04.

## **Place et rôle de l'information et des connaissances dans la pratique clinique**

Lorsque l'intervieweuse lui demande si elle a eu à apprendre les notions d'épidémiologie et de statistiques durant sa formation en médecine, le cas04 répond d'emblée en riant que oui, bien qu'il faut croire qu'elles ne lui sont pas restées en mémoire. Elle révèle n'avoir pas apprécié les cours portant sur l'épidémiologie et les statistiques puisqu'elle trouvait la matière complexe. D'autant plus que celle-ci confie ne pas être du type « recherche ». Le cas04 a donc probablement moins d'intérêts pour ce type de connaissances.

*« Oui. C'est ça (rire)... bien ça n'a pas resté il faut croire. Et je n'aimais pas beaucoup ça, je trouvais ça un peu complexe et oui, comme je dis je n'ai pas le... je ne suis pas le type recherche tellement, alors c'est sûr que ça peut-être moins resté, mais comme les odd ratios et les études qualitatives versus quantitatives, versus... oui, j'ai tout appris ça pour mes examens et c'était bien correct, mais j'avoue que j'ai vite oublié, personnellement... »*

Point intéressant, le cas04 a un peu d'expérience de recherche. En fait, elle raconte avoir eu à travailler sur un projet de recherche dans le cours de sa résidence. Néanmoins, celle-ci confie avoir peu d'intérêt à assister à des conférences dans lesquelles des médecins de famille chercheurs présentent les résultats de leurs recherches. Elle affirme avoir plus d'intérêt pour la clinique, le volet

pratico-pratique avec les patients, et n'avoir que bien peu d'intérêt pour la recherche. Elle termine en disant à nouveau ne pas être du type « recherche » pour deux sous.

*« Mais remarque que j'ai travaillé sur un projet de recherche sur (...) dans ma formation et bon, moi je ne suis pas le type recherche du tout, du tout, alors peut-être que ça m'attire moins d'aller voir leur projet et tout ça, mais je ne sais pas, je suis plus clinique, moi, je suis plus pratico pratique, avec les patients. C'est plus mon... je ne suis pas recherche pour deux sous; malheureusement. »*

Le cas04 soutient que les connaissances issues des données probantes (études scientifiques, GPC) influencent beaucoup sa pratique. Elle opine d'ailleurs que l'approche de la pratique de la MFDP est courante en Amérique du Nord. Pour le cas04, une bonne information de qualité se caractérise comme étant une information probante, c'est-à-dire une information qui présente des faits ou des données scientifiques prouvées. Qui plus est, il est important que cette information provienne d'une source reconnue, tel qu'une revue scientifique bien cotée ayant la réputation de présenter des études sérieuses de bonne qualité. Elle rapporte que c'est ce qu'on montre aux étudiants en médecine.

*« Bien ça peut être la source. C'est sûr que si ça vient d'un journal reconnu et tout, bon, ça peut déjà être... en général, c'est ce qu'on nous montrait quand on était étudiants, c'est une bonne façon de le voir, sinon c'est sûr qu'en général, en médecine en tout cas nord-américaine, on est beaucoup selon les études et se baser beaucoup les traitements en fonction de ce qui a été démontré, donc c'est sûr que si c'est des études non randomisées ou blablabla et tout, ça va avoir un poids un peu plus pesant. »*

Dans les faits, elle avoue en toute franchise lire peu de publications rapportant les résultats d'études importantes et ce, pour deux raisons. En premier lieu, le cas04 les trouve trop longues. Mais la raison primordiale est définitivement qu'elle considère ne pas être tout à fait apte à juger de la pertinence et de la qualité des études. Son doute quant à sa capacité d'évaluer la pertinence et la qualité des études l'amène d'autre part à ne réaliser qu'une lecture partielle de celles-ci. Le cas04 confie d'ailleurs ne lire que très brièvement l'introduction et les méthodes pour ensuite diriger rapidement son attention vers les conclusions.

*« Mais je vous avoue que je lis moins ces grandes études-là parce que je trouve ça long et je trouve que finalement je ne suis pas très apte à bien les analyser pour savoir est-ce qu'elle est vraiment pertinente, est-ce qu'elle est vraiment bien faite, est-ce qu'elle est vraiment correcte, est-ce qu'il y a eu des biais que j'ai pas bien compris. (...) Et je n'ai pas le New England Journal, mais si mettons il y a une étude qu'ils vont nous faire lire, bien souvent je vais passer à l'étude, je vais dire bon, je lis un petit peu au début, je lis un petit peu la procédure et je vais tout de suite à la conclusion, parce que dans le fond je ne suis pas sûre que je suis capable de super bien interpréter tout ce qui est écrit, donc... »*

Elle doute particulièrement de ses capacités à bien comprendre et à bien analyser le volet statistique des études. Le cas04 préfère donc attendre la présentation des études faites par des médecins spécialistes dans le cadre de conférences ainsi que la publication de GPC et de revues systématiques telles que, par exemple, les revues Cochrane. Celle-ci prend alors ces informations en considération pour décider si ça doit influencer ou non sa pratique de façon concrète.

*« Bien c'est ça, exemple, des fois on trouve les lignes directrices par le CMAJ qui fait le... bon, sur l'asthme, sur la MPOC, sur la ménopause et je vais plus me fier à ça effectivement, que moi-même aller lire la grande nouvelle étude qui est sortie sur les maladies cardiaques, parce qu'il y en a beaucoup en cardio, mais... peut-être par manque de... pas d'intérêt, parce que c'est intéressant quand même de les lire, les regarder, mais c'est pénible pour moi et c'est lourd et je ne comprends pas tout ce qui est marqué comme il faut, et pas juste parce que c'est en anglais, mais parce que bon, comme je vous dis c'est le langage avec les chiffres et les p significatifs et tout le kit et ils montrent un beau grand tableau plein de chiffres et là je regarde ça et je ne suis pas sûre si je suis capable de super bien analyser ça, c'est comme trop pur comme information, j'aimerais mieux que justement il y ait un spécialiste qui me dise regarde, ça, ça veut dire ça; finalement il faut faire ça et that's it. J'attends un peu cette partie-là de l'information finalement, pour pouvoir... »*

Cela étant dit, le cas04 confie ne pas considérer de manière explicite les données probantes dans sa pratique quotidienne. Il n'en demeure pas moins que ce sont des informations importantes, voire même essentielles, pour la pratique puisqu'elles permettent de justifier l'utilité des traitements aux patients et que l'élaboration des GPC repose sur ce type d'informations.

*« Bien écoute, comme je dis, un peu quotidiennement je la regarde moins, mais je pense que c'est important parce que c'est grâce à ces études-là qu'on est capables de faire une ligne directrice finalement. Donc à la base je pense que c'est important, c'est même essentiel pour arriver à essayer de convaincre nos patients que oui, c'est important de prendre leur pilule pour baisser leur risque de faire des infarctus et tout, mais... mais c'est vrai que... comme je dis, moi je les lis moins, mais je pense que c'est grâce à ces études-là qu'on fait nos lignes directrices, donc finalement ça se chevauche un peu. »*

Pour ce qui est des GPC, le cas04 prétend suivre leurs recommandations; recommandations qu'elle tente par ailleurs de respecter dans la mesure du possible. En réalité, à ses yeux, les cibles cliniques sont parfois difficilement atteignables en pratique. Il y a un besoin de s'ajuster en fonction de chaque patient. Dans sa pratique quotidienne, le cas04 met donc dans la balance les recommandations des GPC, les cibles cliniques définies sans oublier les particularités du patient.

*« Mais encore là, on y va aussi... en tout cas en général j'essaie d'aller en fonction des recommandations le plus possible, de ce qui se fait entre autre pour l'hypertension, le diabète, d'utiliser les cibles qu'on nous suggère le plus possible, mais encore là, avec les patients, je pense que c'est jamais parfait. Dans les livres, il faudrait atteindre telle valeur, mais on sait très bien que ça ne se fait pas toujours très bien, il faut y aller avec le patient. Et d'un autre côté des fois je me dis est-ce que ça vaut la peine des fois... pas que ça vaut la*

*peine, mais encore là, il faut qu'il meure de quelque chose, mais ils disent mettons qu'il faut viser un cholestérol en bas de 2, mais des fois on est à 2.2, je me dis "bien là, est-ce que je vais lui donner une autre pilule pour ça? Ou lui augmenter encore avec le risque d'effets secondaires que ça donne"... c'est... des fois c'est ça, peut-être que dans mon quotidien je me rends compte peut-être des fois... pas que je traite moins bien mes patients, mais à un moment donné il faut mettre ça aussi dans la balance... »*

Il y a présence d'un côté positif et d'un côté un peu négatif du mouvement de la pratique de la MFDP. Le cas04 affirme avoir été formée aux principes de l'approche de la pratique de la MFDP. Elle se souvient que toute sa formation médicale, de la première année de sa formation prédoctorale jusqu'à la fin de sa formation postdoctorale, fût basée sur les concepts de cette approche. Celle-ci est par ailleurs d'avis que ceci est propre à la culture nord-américaine.

*« Bien c'est-à-dire basé là-dessus, oui, parce que comme je disais, surtout dans la culture nord-américaine, je pense que tout est fait comme ça maintenant. En tout cas, peut-être pas anciennement, mais moi dans ma formation c'était toujours comme ça, et les recommandations sont faites en fonction de ces études-là, elles sont faites en fonction de tout ça, et c'est toujours le plus possible justement evidence-based et on a démontré, et là ils nous montrent des graphiques, que telle pilule est meilleure que telle parce qu'elle fait ça versus ça et versus le placebo et c'est très... »*

Le cas04 reconnaît l'importance de la MFDP. Cette reconnaissance découle définitivement de la formation médicale de celle-ci. Au point même où le cas04 avoue avoir de la difficulté à concevoir comment un médecin pourrait pratiquer autrement tellement elle « baigne » dans l'approche de la pratique de la MFDP depuis le tout début de sa formation médicale.

*« Beaucoup... bien le plus possible. Et c'est comme ça qu'on nous le montre aussi. Dans le fond, si je regarde ma formation, donc probablement que les cours qu'on a eu, même cliniquement quand on travaille avec des patrons, quand on voit des patients, c'est toujours fondé un peu sur ces études-là et je sais qu'en Europe, c'est un petit peu moins ça, mais comment ils le font autrement, je ne sais pas, dans le fond je ne suis pas capable d'imaginer comment ça se ferait autrement finalement parce qu'on a toujours été baignés là-dedans, que ce soit de la première année de médecine jusqu'à la résidence, jusqu'à la pratique finalement. »*

Le cas04 poursuit cependant ses propos en émettant un commentaire à saveur un temps soit peu négatif sur la MFDP. À ses yeux, cette approche accentue, d'une certaine façon, le côté science de la médecine, au risque de peut-être déshumaniser un peu, beaucoup, la médecine et de sur-traiter les patients. Il y existe donc un risque d'amener plus d'interventions et, de ce fait, une utilisation accrue des ressources.

*« C'est très très scientifique et c'est correct, je pense dans le fond, parce que c'est un peu... en général en sciences c'est toujours un peu comme ça même dans les autres domaines j'imagine, mais en même temps des fois ça déshumanise un petit peu beaucoup peut-être la*

*médecine et ça fait qu'on sur-traite peut-être trop dans un sens les patients, mais oui, ça été toujours comme ça et toujours... »*

Fait intéressant, le cas04 poursuit davantage ses propos en ajoutant que l'emphase sur les données probantes semble être plus importante en médecine spécialisée qu'en médecine familiale. Selon elle, il serait important pour les résidents en médecine spécialisée d'être à l'affût des plus récentes études et d'en connaître les détails, ce qui ne serait pas nécessairement le cas pour les résidents en médecine familiale. Le cas04 commente en riant qu'elle est peut-être un peu naïve mais qu'elle considère que son rôle de médecin de famille consiste à savoir comment, de façon générale, traiter les individus selon les données probantes disponibles et non pas de connaître les détails de chaque étude.

*« On dirait que c'est plus encore en spécialité qu'en médecine de famille, dans le sens que ça va être plus important je pense pour le résident en spécialité qu'en médecine de famille de connaître la dernière étude qui est sortie dans tel journal sur tel sujet, et... Nous, oui, c'était correct de le savoir, mais je ne connais pas les détails de chaque étude, grande étude sur l'hypertension. Moi je sais qu'il faut traiter mes patients pour ça, ça, ça et ça me suffit. C'est ça qu'on a prouvé qui était correct pour sauver la vie des gens et baisser leur risque d'infarctus, ACV et compagnie, c'est correct, ça été fait, je vous crois et je fais ça, mais... bon, peut-être que je suis un peu naïve finalement. (rire) »*

Le cas04 fait appel à différentes sources pour obtenir des informations ou des connaissances. Ces sources lui sont utiles autant pour maintenir ses connaissances que pour en acquérir de nouvelles. Elle utilise principalement des sources écrites, bien que les sources orales lui soient également utiles. Ses lectures sont une source importante. Bien qu'elle reçoive beaucoup de revues et de journaux en lien avec la pratique, le cas04 lit surtout certaines revues médicales dont, entre autres choses, celles distribuées gratuitement par les organisations professionnelles, telles que, entre autres, Le Médecin du Québec, Le Clinicien et l'Actualité médicale. Celle-ci y trouve à l'occasion des revues de la littérature ainsi que des GPC. Elle juge d'ailleurs que les informations lues sont d'autant plus de qualité si elles sont présentées dans une revue reconnue.

*« Les journaux qu'on reçoit, on en reçoit des tonnes. Je ne les lis pas tous, c'est sûr, je n'ai pas le temps, mais j'essaie d'en regarder quelques-uns entres autres Le Médecin du Québec, Le Clinicien, qui sont francophones, l'Actualité Médicale, j'essaie de le lire un peu à travers, pour me tenir à jour justement dans les données un peu plus... ils parlent un peu médecine mais aussi beaucoup de l'actualité en général, et qui réfère aussi à certains trucs, où justement on peut aller sur Internet lire soit un document ou une section sur tel sujet et qui peut quand même nous orienter. »*

Elle fait également des lectures sur l'Internet. Le cas04 se réfère plus particulièrement à des sources documentaires électroniques, telles que la version électronique de revues médicales reconnues, le

site Web Up-to-Date ainsi que le site Web de la faculté de médecine des universités québécoises et tous autres sites Web pertinents vers lesquels renvoient des liens hypertextes.

*« Autrement, si je vais sur Internet, bien en général je vais aller voir plus sur des sites plus soit les universités ou Up-to-Date ou des sites que je sais qu'ils sont... ou le New England Journal of Medicine, ou des trucs un peu plus... on encore là... ou par le biais d'universités aussi, des fois on peut retrouver des choses. »*

Les collègues médecins de famille ou médecins spécialistes sont de bonnes sources d'informations. Entre autres, il lui arrive à l'occasion de consulter des collègues médecins de famille ou médecins spécialistes dans un domaine particulier, notamment lorsqu'elle fait face à un besoin ponctuel d'information pour des situations ou des cas particuliers. Le cas04 observe la pratique de collègues, autant médecins de famille que médecins spécialistes et ce, plus particulièrement au CH où elle pratique. En plus, elle apprend aussi à même la consultation d'avis spécialisé et le suivi conjoint pour un certain problème de santé. En outre, lors de suivi conjoint, les dossiers médicaux des patients deviennent une source intéressante d'informations et de connaissances. Selon elle, il y a un travail d'« incorporation » (ou d'intégration) qui ce fait d'une certaine façon à l'intérieur d'elle-même. Les connaissances expérientielles des collègues se transforment en expérience incorporée.

*« Et mes collègues aussi qui sont une source de... et les spécialistes qui sont des sources dans le fond d'information aussi, avec lesquels on peut discuter, aussi même juste dans les dossiers, quand je suis en suivi conjoint pour un certain problème, bien je peux voir ce que le néphro a fait et m'en inspirer par la suite si j'ai un cas similaire. Donc dans le fond on peut apprendre un peu de bien des façons encore, de cette manière-là je pense. Et avec mes collègues en gynéco-obstétrique aussi, quand je vois... et c'est pour ça qu'avec le temps, l'expérience je l'ai au-dedans de moi parce que là je sais plus ce qu'on fait dans certaines situations, c'est un peu le même principe, c'est une forme d'apprentissage aussi dans le fond de côtoyer ces gens-là. »*

Elle assiste à des conférences ou des formations données dans le cadre d'activités de DPC. Ceci représente une autre source importante d'informations et de connaissances pour le cas04.

*« Et la formation continue qu'on essaie de faire un peu par nous-mêmes, soirs, fins de semaine, vendredi quand il y a des conférences. »*

Point intéressant, les médecins spécialistes sont une source très importante d'informations et de connaissances à ce niveau. En effet, le cas04 prétend que les conférences et les formations offertes dans sa région sont, à sa connaissance, surtout données par des médecins spécialistes sur des problématiques ou des systèmes particuliers (cœur, poumons, diabète, par exemple). Selon elle, les médecins de famille choisissent les formations à lesquelles ils désirent assister selon leurs besoins

particuliers, plus pointus. Ceci pourrait expliquer, d'une certaine façon, pourquoi peu de formations ou de conférences sont données par des médecins de famille.

*« Il y en a sûrement qui font et qui oui vont toucher plus, mais en même temps, je pense que les gens quand ils vont à des formations, c'est plus sur des sujets plus pointilleux qui font... justement bon, le diabète parce qu'on en fait beaucoup, l'hypertension, etc., les dernières lignes directrices de la dyslipidémie parce que c'est notre quotidien, mais des fois aussi c'est le fun d'aller, entre autres mettons en pédiatrie pour ceux que ça intéresse, en gynéco, bon en obstétrique quand il y en a j'y vais, mais encore là ça va être les gynécos beaucoup qui vont présenter, parce que ça nous touche évidemment, c'est des sujets, des diagnostics ou des maladies particulières dans le fond qu'on traite. »*

Le cas04 confie ne pas avoir participé à des congrès ou à des activités de DPC organisées par les organisations professionnelles puisque, selon elle, ce type de formations ne se déplacent jamais dans sa région.

*« Bien là, je ne suis pas encore allée, honnêtement. Je tête là-dessus aussi. Parce que... pour bien des raisons, entre autres qu'elles sont toujours à Montréal, Québec et loin. »*

Elle formule les mêmes commentaires quant aux activités de DPC organisées par les universités. Ceci est d'autant plus surprenant que le CH où le cas04 pratique est désigné universitaire et qu'il est officiellement affilié à deux universités.

*« Mais plusieurs conférences qui se donnent à Sherbrooke, à Orford, dans ce coin-là, Magog, sur soit une journée sur la pharmacologie, sur telle affaire, mais est-ce que je vais me taper un voyage à Sherbrooke pour un vendredi? C'est ça aussi... quand c'est juste une journée, des fois il y en a à Montréal, Université de Montréal j'en reçois aussi, une journée à tel hôpital sur tel sujet, qui serait super passionnant, mais là, c'est de monter à Montréal; pour une journée. »*

Le cas04 mentionne que l'industrie pharmaceutique et ses représentants lui sont une source d'informations et de connaissances. Elle dit recevoir souvent la visite de représentants.

*« Bien pas chaque semaine, mais on a souvent des fois des représentants qui viennent nous parler de nouvelles molécules qui sont sorties. »*

Celle-ci assiste également à des activités de DPC organisées ou financées par l'industrie pharmaceutique, qu'ils s'agissent de lunch, de soupers ou encore, de demi-journées ou journées entières de formation. Elle réalise que les présentateurs ou formateurs reçoivent une rétribution de l'industrie. Néanmoins, celle-ci considère qu'en général les présentations des présentateurs ou des formateurs ne semblent pas souffrir du carcan fermé de l'industrie pharmaceutique.

*« Les compagnies pharmaceutiques nous organisent des demi-journées de formation sur tel sujet, commanditées par eux, mais bon, souvent soit le lunch ou... et ils font des petits kiosques, mais en soi les médecins reçoivent une rétribution mais en général ils n'ont pas un carcan fermé pour leur présentation. »*



Celle-ci va prendre en considération les informations fournies par les représentants pharmaceutiques ou encore présentées lors de soupers conférences commandités par l'industrie pharmaceutique. Le cas04 trouve d'ailleurs correcte d'avoir des interactions avec le milieu pharmaceutique. En effet, celle-ci prétend que les informations venant de ce milieu lui sont utiles pour connaître l'existence des nouveaux médicaments et leur utilité.

*« En fait, je viens pour le dîner en gros (rire) et là bon je les écoute à travers ça parce que dans le fond c'est correct de connaître que oui, ça existe, telle pilule sert à ça et elle va être là, alors peut-être savoir que c'est dans le bagage et que ça existe, c'est correct, mais en général c'est rare que je prescris des nouvelles affaires. »*

Par contre, elle se dit peu influencée par l'industrie pharmaceutique et ses représentants puisqu'elle prend certaines informations et en laisse d'autres de côté.

*« J'en prends toujours et j'en laisse avec eux, parce que bon évidemment ils vont toujours nous dire le bon côté de la médaille sur leur produit et le mauvais côté, ils vont faire exprès de ne peut-être pas nous en parler trop ou enfin le moins possible ou juste ce qu'il faut comme effets secondaires, mettons. »*

En effet, le cas04 est consciente qu'il s'agit d'informations de type marketing. En premier lieu, elle reconnaît l'influence potentielle, et parfois inconsciente, de l'industrie pharmaceutique sur sa pratique, mais prétend essayer de ne pas trop se faire influencer et de demeurer la plus impartiale possible.

*« Mais je pense que j'essaie de pas trop non plus me faire influencer par les fameuses compagnies et tout, pour essayer d'être la plus impartiale possible dans ça, mais veut, veut pas, peut-être que ça nous influence inconsciemment aussi. »*

En deuxième lieu, le cas04 dit que les représentants lui remettent des comptes rendus d'études (articles scientifiques ou autres). Elle se dit donc également consciente qu'il existe un risque de biais lorsque l'industrie pharmaceutique commande la réalisation des études. Celle-ci trouve d'ailleurs difficile de bien analyser les informations fournies par l'industrie pharmaceutique et ses représentants.

*« Ça fait bien plaisir aux compagnies pharmaceutiques qui peuvent biaiser nos études aussi, parce que oui, ils nous apportent tout plein d'études, de temps en temps sur leurs molécules, mais ce sont des études qui ont été (inaudible), donc encore là, je trouve ça difficile à bien analyser. »*

Bien entendu, la pratique du cas04 est fondée sur un ensemble de connaissances acquises par ses lectures et par sa formation continue ainsi que de connaissances cliniques acquises au cours de sa formation médicale et par son expérience professionnelle.

*« Bien moi j'aurais pensé en termes de formation continue, en termes de connaissances cliniques, bon, ce que j'ai appris tout au long de mes années de médecine finalement. Et la formation continue qu'on essaie de faire un peu par nous-mêmes, soirs, fins de semaine, vendredi quand il y a des conférences, des choses comme ça, mais c'est pas toujours évident de prendre ce temps-là, mais il faut essayer. »*

Pour elle, la connaissance fait surtout référence au savoir pertinent relatif à la pratique clinique. Le cas04 souligne également l'importance d'autres types de connaissances tacites acquises par l'expérience professionnelle. Entre outre, elle reconnaît tout le savoir organisationnel du système de santé, telles que les connaissances des autres professionnels de la santé et de leur expertise ainsi que des connaissances des processus de références des patients vers des services en médecine spécialisée ou d'autres services de santé.

*« Moi quand je vois ça, connaissances, c'est au niveau clinique, au niveau de mon travail. C'est sûr que... c'est ça, au niveau aussi organisationnel, en fait c'est toute l'expérience qui l'apporte, au niveau comme comment référer dans certaines situations précises, pas seulement à des médecins, mais justement en physio, en ergo, tous les autres domaines et on apprend un peu à travailler avec eux aussi à l'hôpital ce qui nous permet de savoir un petit peu plus ce qu'ils font, donc de plus être en mesure de mieux référer nos patients, en sachant un peu mieux quel est leur travail. »*

Le cas04 fait aussi mention que la relation médecin-patient qui se développe à travers le suivi à long terme permet d'acquérir des connaissances de l'histoire du patient et de la famille. Son rôle de médecin de famille l'amène à être à l'affût d'informations et de confidences de la part des patients ou des membres de la famille. Ces connaissances peuvent lui être notamment utiles lors de prise de décision. Puisqu'elle ne pratique que depuis un peu plus de deux années, elle est consciente que ce type d'informations aura peut-être une plus grande importance dans sa pratique au fil des années.

*« On a peut-être des confidences et des informations qu'eux n'auraient pas aussi quand on traite la famille au complet. Quand je sais que j'ai la mère et la fille et que la mère a ça, bien c'est plus facilitant. (...) ça amène une dimension... là je suis trop jeune, mais peut-être que je l'aurai un jour que les autres n'ont pas nécessairement. »*

Lorsque l'intervieweuse lui demande si elle a développé une intuition dans sa pratique, le cas04 répond d'emblée que, suivant son peu d'expérience, parfois elle a des intuitions et parfois non. Celle-ci considère l'intuition comme étant le « feeling », le pif, le sens clinique. Elle pense d'ailleurs que les médecins plus âgés ayant une plus longue expérience professionnelle ont peut-être plus le sens clinique, le pif. En effet, le cas04 imagine que le pif s'acquiert avec la pratique et l'expérience, et peut-être même qu'il puisse également être, du moins en partie, une capacité innée et personnelle.

*« Bien peut-être qu'avec... bon, le peu d'expérience que j'ai, des fois oui et non. Oui, je vais au feeling un petit peu aussi, comme on parlait diagnostics par exemple, dans des trucs comme ça, dans ce que j'ai vu, dans ce que le patient me rapporte, mais des fois... est-ce que c'est vraiment intuition pour dire... est-ce que j'apprends à travers ça? Peut-être aussi un petit peu parce que si j'ai raison, je vais me fier davantage à mon pif que tous les tests, mais j'avoue que peut-être la médecine d'aujourd'hui est beaucoup moins clinique que ce qu'elle était peut-être il y a plusieurs années, et les plus vieux médecins ont peut-être plus ce sens clinique-là, ce pif-là. (...) Bref, le pif peut-être que progressivement je m'en sers un petit peu plus, mais même quand j'étais résidente des fois "ah tu as des bons feelings" et peut-être à ce niveau-là ça peut être intéressant, mais j'avoue que peut-être je ne me fais pas assez confiance pour m'y fier à 100%. »*

Tout ceci semble correspondre à ce que Bourdieu appelle le sens du jeu (ou le sens pratique) dans lequel sont impliqués les acteurs sociaux. La bonne intuition dans la pratique de la médecine est le résultat de la mise en œuvre de dispositions innées et de dispositions acquises tout au long de la formation et de la pratique médicales.

## **Place et rôle du médecin de famille dans l'utilisation des ressources de santé**

Le cas04 se dit un peu ambivalente face à la double considération de la responsabilité face au patient et de la responsabilité face à la société dans la pratique de la médecine familiale. En fait, elle se dit d'accord sur le principe, mais est d'avis que la mise en application est une équation difficile en pratique.

*« Je suis un peu ambivalente face aux deux. Je suis d'accord avec le principe, mais concrètement c'est dur à mettre en application, je pense. »*

Le cas04 souligne d'abord qu'il est évident que les médecins de famille ont un certain devoir envers les patients et ce, autant sur le plan médico-légal que sur le plan éthique. Elle émet que le fait que les médecins de famille aient une responsabilité sociétale sur l'utilisation des ressources, ce n'est pas faux. Bien que concrètement celle-ci ne pense pas que ce soit vraiment le cas, il est certain que les médecins se doivent de penser à ça suivant les montants importants alloués au budget de santé au Québec ainsi que les coûts parfois élevés des services.

*« Bon, la première phrase, bien c'est certain que oui, on a un certain devoir envers nos patients qui est médicolégal aussi mais qui est aussi éthique et tout. Pour ce qui est du truc sur la responsabilité sociétale, je pense que oui, c'est pas faux, parce que comme je disais tantôt, ça revient un peu à l'utilisation des ressources. Si on regarde... je crois que... je n'ai pas les chiffres précis, mais que dans un budget provincial, plus que la moitié de notre budget va en santé, sinon je ne sais pas c'est quoi exactement les chiffres précis, donc c'est*

*certain que le coût des bilans, des médicaments et tout ça est effarant, donc c'est certain qu'il faut penser un peu à ça, d'un autre côté je pense que concrètement ça ne se fait pas vraiment. »*

D'autre part, le cas04 pense que les médecins de famille se doivent d'être sensibilisés à cette double responsabilité puisqu'ils ont effectivement une certaine responsabilité au niveau du contrôle des coûts. Elle considère que si les médecins feraient une utilisation plus judicieuse des ressources, alors il en coûterait moins cher au système de santé. Celle-ci précise toutefois qu'elle ne pense pas que l'utilisation plus ou moins judicieuse des ressources en cours actuellement soit vraiment faite consciemment. Il s'agirait davantage d'un manque d'intérêt, voire même d'un je-m'en-foutisme. Le cas04 propose qu'il y aurait peut-être lieu de mieux former les médecins de famille afin que ceux-ci soient mieux équipés pour prendre en considération autant leur responsabilité face au patient que la responsabilité face à la société.

*« Mais je pense que c'est sûr que si à la base on travaillait... encore là, je reviens à prescrire nos examens et nos médicaments, mais si on le faisait de façon plus judicieuse, ça coûterait moins cher au système dans le fond, parce que c'est nous qui causons ces coûts-là finalement. Pas juste nos salaires, mais nos prescriptions et tout. Et c'est vrai que cliniquement, si tous les médecins disaient bien on fait des tests juste dans le but que ça change quelque chose dans la conduite... mais je ne pense pas que personne le fait de façon vraiment consciente, on s'en fout et on prescrit, et on prescrit. On n'est peut-être pas bien formés pour ça non plus. Peut-être que si on avait une meilleure formation en ce sens-là, peut-être que ça serait plus facile de perdre ces mauvaises habitudes-là et de garder les bonnes. »*

Cela étant dit, le cas04 semble elle-même peu investit de la responsabilité face à la société puisqu'elle avoue ni penser que de temps en temps suivant la difficulté à mettre en pratique la double considération. Elle ne peut parler pour ses collègues puisqu'elle soutient ne jamais discuter de la responsabilité face à la société avec d'autres médecins.

*« Bien moi j'y pense de temps en temps, bien que comme je disais tantôt, concrètement c'est difficile à mettre en pratique, mais j'avoue qu'on n'a pas de discussions tellement là-dessus. (...) Je ne pourrais pas parler pour les autres, pour moi, j'essaie dans un sens et je me rends compte que je m'en occupais peut-être pas tant que ça, mais j'y pense. »*

Lorsque questionnée sur les critères d'influence sur sa prise de décision clinique, le cas04 répond d'entré de jeu que l'utilité et la nécessité des services sont parmi les principaux critères d'influence sur sa prise de décision clinique. Le service se doit donc d'être utile et utilisé dans un but précis. Le critère de la pertinence du service s'applique autant aux médicaments qu'aux examens diagnostiques ou autres services. L'indication médicale est aussi un des critères d'influence important sur la prise de décision clinique. Au niveau de la prise de décision

diagnostique, la question est de savoir à quoi va servir l'utilisation du service. Il s'agit également d'être logique. Elle doit faire face à un questionnement entre le bien fondé de l'utilisation des informations issues d'examen diagnostiques sur la prise en charge clinique des patients. Au niveau de la prise de décision thérapeutique, la question est de savoir pourquoi il utilise ce médicament pour traiter le patient et quel est son objectif de traitement. Le coût des médicaments ne semble pas être un de ces critères de décision puisqu'elle avoue ne probablement pas toujours choisir le médicament le moins dispendieux.

*« Bien c'est ça, est-ce que c'est utile ou pas, est-ce que c'est nécessaire ou pas. Mais sinon, pourquoi faire un test dans le fond, il faut savoir à quoi il sert, il faut être logique aussi dans notre traitement. Si je fais un test juste pour faire un test et que ça ne change rien à ma conduite, en réalité ça ne donne pas grand-chose de le faire, donc ça aussi, il faut le mettre dans la balance. Pour ce qui est de la médication, bon, est-ce que je choisis toujours la pilule la moins chère, probablement pas. (...) Mais bref, tout ça pour dire qu'il faut un examen, un médicament qui soit utile et prescrit dans un but très précis et non pas juste... »*

Le cas04 ne semble pas avoir intériorisé les contraintes budgétaires du système de santé. D'entrée de jeu, elle confie ne pas porter une grande attention aux considérations d'ordre économique dans sa pratique. Celle-ci avoue être peu influencée par les coûts des services et les contraintes budgétaires du système de santé puisque ceux-ci ne représentent pas un de ces critères de décision. En fait, les intérêts du patient ont prédominance dans ses décisions d'utilisation des ressources. D'autant plus qu'elle avoue ne pas connaître de façon précise les coûts des services de santé (analyses de laboratoire, imagerie médicale, médicaments, etc.), bien qu'elle soit consciente d'un certain ordre de grandeur quant aux coûts de certains services. En guise d'exemple, elle sait que la tomodensitométrie est plus dispendieuse que les rayons X conventionnels. Cela dit, le cas04 souligne que les considérations d'ordre clinique ou thérapeutique se doivent d'avoir préséance dans le processus décisionnel. Il est alors justifié d'utiliser les services les plus dispendieux lorsque cette utilisation s'avère appropriée en tenant compte des situations cliniques ou des particularités du patient.

*« Pas beaucoup. Bien oui et non, mais j'avoue que si je pense que mon patient a besoin de tel examen, je vais le demander, point. Mais encore là, je vais essayer de ne pas exagérer, de ne pas demander 46 000 tests juste pour en demander, mais en même temps des fois, peut-être que... j'essaie d'y aller en fonction de l'intérêt du patient plus qu'en fonction des coûts. (...) Mais en général, je pense que ça va être en fonction du patient plus que le coût des examens ou des bilans, ou... C'est vrai que des fois on n'y pense pas et on demande un petit bilan de base, telle, telle, telle affaire, en réalité je ne pourrais même pas dire combien ça coûte, dans le fond je ne connais pas les coûts de chaque examen et de chaque pilule. Moi je ne connais pas le coût vraiment des pilules dans le fond. Je sais que oui, telle pilule*

*coûte moins cher que d'autres. (...) Mais c'est vrai que si je prends dans ma liste de médicaments pour l'hypertension, je sais que bon, l'Hydrodiuryl va coûter moins cher que le Monacor, mais si je ne peux pas lui donner, parce que je n'ai comme pas le choix des fois d'aller vers d'autres alternatives parce que soit qu'il l'a déjà, soit qu'il faut que je rajoute d'autre chose, alors finalement, on l'utilise plus ou moins... en tout cas moi personnellement il me semble que je l'utilise un peu moins à ce niveau-là. (...) Et comme les examens, je sais que bon, un taco va coûter plus cher qu'un rayon-x et bon, il y a certaines affaires que c'est logique, mais encore là, je sais qu'il y a des examens qui sont meilleurs que d'autres pour arriver au diagnostic. »*

Ce passage laisse entrevoir comment le cas04 utilise les considérations d'ordre clinique ou thérapeutique pour décider d'utiliser un service. Il y a donc une influence prédominante des dispositions propres au professionnalisme médical dans le processus de prise de décision portant sur l'utilisation des ressources de santé.

Cela dit, le cas04 semble exceptionnellement tenir compte de considérations d'ordre économique dans ses choix de prescription lorsque les régimes publics ou privés d'assurance médicaments ne couvrent pas les médicaments.

*« Souvent on va dire oui, parce qu'il faut atteindre cette cible-là, alors là on va ajouter peut-être la pilule plus chère un peu, dépendamment si les patients ont des assurances privées ou pas, mais en gros on va se préoccuper pour atteindre nos normes médicales. »*

Le cas04 prétend qu'il lui est d'ailleurs difficile de trouver l'information quant aux coûts des services, particulièrement au moment de la prise de décision clinique. Cela étant dit, le cas04 prétend qu'elle ne prescrira pas délibérément le médicament le plus dispendieux, par exemple, si elle sait qu'il existe un médicament un peu moins dispendieux; mais encore il faudrait qu'elle le sache. Il en est de même pour les examens diagnostiques.

*« Bien des fois c'est difficile, bien que j'aie des petits livres qui donnent des ordres de grandeur de coûts, sans dire le coût précis, mais c'est vrai que... pas que je ne m'en préoccupe pas, mais je le regarde peut-être un peu moins. Mais ça, je ne ferai pas exprès de donner la pilule la plus chère nécessairement, des fois on veut varier un peu et en sachant qu'une telle est peut-être un petit peu moins dispendieuse, on va peut-être plus axer vers elle, mais encore là il faut le savoir, et ça, c'est pas toujours... je ne l'ai pas toujours comme information au moment où il faut prescrire aux gens. Pareil pour les tests dans un sens. »*

Le cas04 rapporte faire une utilisation prudente des nouveaux médicaments, préférant être patiente et avoir un certain recul quant à l'efficacité et l'innocuité de ceux-ci; d'autant plus que selon elle, ils ne sont pas toujours à la hauteur des promesses faites par l'industrie pharmaceutique. En effet, elle a développé une attitude sceptique face aux nouveaux médicaments puisque, depuis le

début de sa pratique de prescription, elle a été témoin du retrait de quelques médicaments pour des raisons d'innocuité. Le cas04 essaie ainsi d'attendre qu'il y ait plus d'expériences, d'observer et de regarder ce qui se fait et de voir les avantages et les inconvénients des nouveaux médicaments.

*« Et on se rend compte que des fois ils sortent des produits tôt et qu'ils font retirer après un certain temps. Alors en général, les nouvelles molécules, j'essaie de ne pas trop les utiliser au début, quand elles sortent, j'attends de voir un peu ce qui se fait. Comme entre autres, le dernier anti-inflammatoire qu'ils ont sorti, qu'ils ont retiré, je ne l'avais jamais prescrit, parce que 1) je prescrivais toujours autre chose et 2) j'attendais de voir un peu ce que ça dit. Comme il y a des antibiotiques aussi à un moment donné qui ont été retirés que j'ai jamais prescrits et qui sont très récents. Alors c'est ça. Souvent, j'attends un peu. J'observe, j'attends, je regarde ce qui se fait et si effectivement si ça va valoir la peine, bien là des fois oui je les utilise, mais sinon... »*

Le cas04 mentionne d'autres facteurs d'influence sur la prise de décision clinique quant à l'utilisation des nouveaux médicaments dont ses propres habitudes de prescription, les caractéristiques propres à ces médicaments ainsi que leur inscription à la liste de médicaments de la RAMQ et enfin, les visites de représentants pharmaceutiques. Elle avoue surtout utilisé les médicaments avec lesquels elle a pu se familiariser au cours de sa formation médicale ou qu'elle a prescrit dans le passé. Comme elle connaît moins les nouveaux médicaments et bien elle pense moins à les prescrire.

*« Mais les médicaments en général c'est sûr que mon profil de prescription si on veut, je pense que c'est beaucoup à la base sur ce que j'ai vécu dans ma résidence comme étudiant, comme résident. Alors c'est sûr que ce que je prescrivais comme résident et des choses qu'on fait comme d'emblée parce qu'on a toujours prescrit comme ça et lui je le connais moins, alors je le prescrivais moins, alors en gros je pense que c'est beaucoup basé là-dessus. »*

Ceci dit, l'apport de la contribution novatrice de des nouveaux médicaments joue aussi sur sa décision de les adopter plus rapidement.

*« Il y a certaines molécules que j'ai fini par prescrire parce qu'à un moment donné on n'avait plus le choix, et en termes de... pour arriver à traiter certaines choses, bien là à un moment donné, on n'a pas le choix de les essayer parce qu'on était rendus là, (...). »*

Enfin, le cas04 mentionne rapidement la visite de représentants pharmaceutiques afin de promouvoir les nouveaux médicaments ainsi que les problèmes d'accès à ces derniers, soit parce qu'ils ne sont pas inscrits sur la liste de médicaments de la RAMQ ou qu'ils le sont mais à titre de médicaments d'exception. Elle laisse ici sous-entendre que la présence de régimes publics ou privées d'assurance médicaments peut exercer une certaine influence sur sa pratique. Ceci dit, elle est d'opinion que certains des nouveaux médicaments très dispendieux pourraient offrir des

avantages à long terme quant à l'évolution de la maladie. Le cas04 comprend que la société ne peut se permettre de payer tous les nouveaux médicaments. Elle se demande alors si la société ne devrait pas plutôt envisager si ça ne serait pas plus payant pour la société d'éviter que le patient ait une maladie plus difficile à contrôler dans une dizaine d'années que de payer maintenant un médicament plus dispendieux. Enfin, elle se demande aussi s'il n'y aurait pas la possibilité d'améliorer les négociations avec les compagnies pharmaceutiques quant aux prix des médicaments.

*« D'un autre côté, comme à chaque... bien pas chaque semaine, mais on a souvent des fois des représentants qui viennent nous parler de nouvelles molécules qui sont sorties et le problème est toujours bien oui, mais là il n'est pas couvert par la Régie, je ne le prescrirai pas parce qu'on va être pognés avec des formulaires et là les patients trouvent que ça ne sera pas couvert tant qu'on n'a pas essayé tel autre médicament, et en fin de compte... et des fois c'est des médicaments qui seraient plus efficaces peut-être à traiter entre autres un truc... un médicament sur le diabète, mais qui ferait peut-être moins progresser le diabète dans le temps pour qu'un jour le patient soit obligé de prendre de l'insuline alors que ça retarderait peut-être ce moment-là si on utilisait tout de suite ces molécules-là, mais qui coûtent un coût... extraordinaire, donc c'est sûr que je comprends que socialement on ne peut pas payer tout ça, mais en même temps il faudrait encore là envisager est-ce que c'est plus payant pour la société d'éviter que le patient ait un diabète plus dur à contrôler dans 10 ans que de payer une pilule plus cher, ou enfin... je ne peux pas dire. Est-ce qu'on pourrait négocier mieux nos prix de médicaments at large avec cette société-là, je ne sais pas... enfin, c'est ça... »*

On peut voir dans ce passage que le cas04 utilise des concepts en économie pour justifier pourquoi, selon elle, certains nouveaux médicaments dispendieux devraient être payés par la société et ainsi donc, couverts par le régime public d'assurance médicaments. Elle semble d'abord faire allusion de façon implicite au dilemme entre les coûts sociétaux immédiats et les coûts sociétaux à long terme, pour ensuite faire mention des prix des médicaments, tous trois des concepts en économie.

D'autre part, la double considération de la responsabilité face au patient et de la responsabilité face à la société est une équation difficile puisque, entre autres choses, les décisions des médecins quant à l'utilisation des ressources de santé peuvent être influencées par plusieurs facteurs. De façon plus précise, les médecins font face à diverses attentes, pressions et demandes conflictuelles.

En premier lieu, le rôle et les responsabilités professionnels des médecins ainsi que l'approche de la pratique de la MFDP exercent une influence importante au niveau de l'utilisation des services de santé. Le cas04 juge que les médecins ont la responsabilité de prendre en charge les



patients aux meilleurs de leurs connaissances et qu'ils se doivent de respecter les normes (ou cibles) médicales admises en tenant compte des recommandations des GPC. Il s'agit là des préoccupations principales des médecins. Elle pose alors la question à savoir est-ce que les médecins doivent vraiment se préoccuper des considérations économiques lors de la prise de décision d'utiliser ou d'ajouter des thérapies médicamenteuses plus dispendieuses pour atteindre les normes médicales ? Le fait est que les médecins vont souvent décider d'utiliser ou d'ajouter des thérapies médicamenteuses plus dispendieuses puisqu'ils sont davantage préoccupés par l'atteindre des normes médicales que par les coûts ou les répercussions économiques de leurs décisions. Encore une fois, elle laisse ici sous-entendre que la présence de régimes publiques ou privées d'assurance médicaments peut exercer une certaine influence sur sa pratique. Il y a donc des situations dans lesquelles les médecins peuvent tenir compte des considérations économiques dans leurs choix de prescription lorsque ces régimes d'assurance ne couvrent pas les médicaments. Point intéressant, elle pense que les médecins sont un peu sur un nuage; ils font ce qu'ils ont à faire comme médecin et assument un peu moins le reste finalement.

*« Mais en fait, on y va vraiment... je pense qu'en gros... et je pense que mes collègues, c'est probablement ça qu'ils répondraient je crois que, dans nos pratiques et avec les recommandations et on focus pour arriver à... parce que comme on disait tantôt, on travaille dans le but de traiter le mieux possible notre patient, bien finalement est-ce qu'il faut vraiment se préoccuper du coût parce que dans le fond, si pour atteindre telle cible il faut ajouter telle pilule qui coûte cher, on va tu le faire pareil? Souvent on va dire oui, parce qu'il faut atteindre cette cible-là, alors là on va ajouter peut-être la pilule plus chère un peu, dépendamment si les patients ont des assurances privées ou pas, mais en gros on va se préoccuper pour atteindre nos normes médicales. Je pense que finalement on est un peu sur un nuage et on fait un peu... on fait ce qu'on a à faire comme médecin et le reste on l'assume un peu moins finalement. Je pense. »*

En outre, le cas04 est d'opinion que les recommandations des GPC exercent une influence très importante au niveau de l'utilisation des ressources de santé puisqu'elles guident beaucoup les actions des médecins vers l'atteinte de normes médicales et ce, sans considérer le coût à la société.

*« Si je parle de coûts, mais sinon effectivement que... ça revient un peu à la question du coût de société que je trouvais que des fois, bon, les nouveaux médicaments, les médicaments anti-cancéreux des trucs comme ça, on en fait tellement, on en fait tellement que ça a fait exploser le budget en santé, et encore là nos lignes directrices nous guident tellement à dire "atteignez cette cible-là, cette cible-là absolument, absolument, absolument." »*

Ces deux passages offrent un très bel exemple de la forte disposition propre au professionnalisme médical du cas04. Elle utilise la ressource culturelle institutionnalisée « normes (ou cibles)

médicales » pour justifier sa pratique et son peu d'intérêt pour les considérations d'ordre économique dans sa prise de décision clinique.

En deuxième lieu, le cas04 fait mention de l'aspect médico-légal de la profession médicale et de l'influence de celui-ci sur la pratique. Elle considère cet aspect de la profession comme une épée de Damoclès constamment suspendue sur la tête des médecins. Le cas04 avoue avoir souvent l'impression de faire des fois des examens diagnostiques simplement par craintes d'éventuelles poursuites judiciaires de la part des patients. L'aspect médico-légal peut donc exercer une certaine influence sur la pratique des médecins en les amenant à faire une plus grande utilisation des ressources de santé ce qui impose des coûts importants au système de santé.

*« Et dans certains cas il y a le médicolégal qui... on a toujours comme une épée de Damoclès au-dessus de notre tête qui fait que... en tout cas j'ai souvent l'impression que des fois je fais des tests parce que si jamais le patient, etc., et il revient contre nous, il faut avoir fait au moins le minimum et en tout cas, ça joue un peu, veut, veut pas dans notre diagnostic-là, mais c'est sûr que ça coûte une fortune au système et que finalement des fois on fait peut-être trop de tests que ce qu'on devrait. »*

Dans ce passage, on y voit bien comment l'éthique professionnelle et la crainte de poursuites influencent la pratique du cas04, avec pour résultat la domination des dispositions propres au professionnalisme médical. D'un côté, le cas04 semble utiliser implicitement sa responsabilité face au patient comme une ressource culturelle de la profession afin, d'un autre côté, de justifier sa position face au contexte médico-légal et ce, dans le but d'expliquer et de justifier pourquoi il est pertinent d'utiliser les ressources malgré les coûts importants imposés au système de santé et d'un autre, il y a la présence des avocats et des juges dans l'éventualité d'une poursuite judiciaire. Les avocats et les juges sont des « joueurs » dans le champ qui reviennent de manière implicite à quelques occasions au cours de l'entrevue lorsque le cas04 parle de l'aspect médico-légal de la pratique médicale. Elle utilise ceci comme stratégie pour justifier sa pratique ou sa pensée.

En troisième lieu, certains aspects de la pratique médicale générale peuvent amener une utilisation accrue des ressources. Entre autres, l'insécurité dans la pratique de la médecine familiale peut inciter les médecins (et peut-être plus particulièrement les jeunes médecins tels que le cas04) à faire énormément d'examens diagnostiques.

*« Mais en tout cas, je ne sais pas, c'est peut-être aussi une question d'insécurité ou encore là de... quand on commence, peut-être qu'on demande plus de tests et on fait plus d'affaires parce qu'on a toujours peur de se tromper et ça peut jouer un petit peu. »*

L'incertitude dans la pratique médicale générale peut elle aussi inciter les médecins à faire énormément d'examens diagnostiques. Le cas04 soutient qu'en général les médecins aiment savoir ce qui se passe ce qui les amène à faire plusieurs requêtes pour des examens diagnostique.

*« Mais c'est sûr et certain qu'en général on aime ça savoir qu'est-ce qui se passe et on demande beaucoup de tests des fois pour ça. »*

Elle ajoute qu'il est également possible que les pratiques des médecins de famille soient influencées par les pratiques des collègues médecins spécialistes qui font parfois une panoplie d'examens diagnostiques.

*« Et peut-être aussi l'influence à ce niveau-là par les collègues spécialistes qui des fois en font une panoplie. »*

En quatrième lieu, les patients exercent également une certaine influence sur l'utilisation des ressources. Le cas04 rapporte avoir recours à une utilisation des services afin de rassurer des patients inquiets pour leur santé et ceci, même lorsqu'elle prend le temps d'expliquer à ceux-ci pourquoi, sur le plan clinique, elle ne s'inquiète pas pour eux. En effet, dans bien des cas, les patients sont trop anxieux et il faut alors absolument faire les examens diagnostiques pour les rassurer. Elle réitère à nouveau la présence du contexte médico-légal derrière tout ça, ce qui amène peut-être une utilisation accrue des services.

*« Dans bien des cas on fait des fois des tests pour rassurer les patients parce qu'on se rend compte que même si on leur explique que cliniquement ça ne nous inquiète pas, c'est pas grave, c'est pas ci. Il y a le fait que bon, souvent ils sont trop anxieux et il faut absolument faire les tests pour les rassurer, donc le côté médicolégal en arrière de ça qui vient encore une fois nous... je pense nous amener à faire peut-être plus de tests. »*

Le cas04 développe davantage sa réponse en ajoutant qu'il existe des fois des situations cliniques qui amènent un utilisation des services de type « essai et erreur » où le médecin n'est pas tout à fait convaincu de l'utilité des services, mais qu'il se sent obliger, en quelque sorte, d'utiliser ceux-ci devant l'insistance du patient d'avoir quelque chose. Enfin, elle entretient une relation avec les patients leur permettant de participer à la prise de décision, voir de la partager. Les patients sont donc également un des facteurs d'influence sur sa pratique.

*« Des fois on fait des essais aussi, en médecine, c'est beaucoup de l'essai et de l'erreur, il y a des trucs qu'on n'est pas convaincus que le patient ça va le soulager de lui donner tel médicament, mais il veut tellement quelque chose des fois qu'on dit "bon, essayez ça et si ça marche, tant mieux. Mais on n'est pas sûr." Donc des fois j'y vais un peu... mais j'y vais beaucoup avec les patients. En général je leur laisse beaucoup le choix aussi. Oui je leur suggère, je vais dire "je vous suggère telle et telle affaire," mais en gros des fois je leur laisse un peu le choix, "on peut faire ça ou ça, ou on peut commencer avec ça et par contre*

*si ça ne fait pas il faudra commencer un médicament." Et des fois je négocie un peu dans ce sens-là. »*

En cinquième lieu, la disponibilité et l'accessibilité des services peuvent également exercer une influence sur l'utilisation des ressources. En outre, des contraintes d'accessibilité aux services, telles que de longs délais d'attente, peuvent parfois amener les médecins à demander initialement des examens diagnostiques moins efficaces avant d'avoir finalement accès au meilleur examen diagnostique pour la situation clinique du patient.

*« (...), mais encore là, je sais qu'il y a des examens qui sont meilleurs que d'autres pour arriver au diagnostic, est-ce qu'on... mais on n'a pas le choix de passer des fois par 2-3 autres examens avant parce que c'est tellement long d'avoir cet examen-là que finalement on en fait 2-3 de plus parce qu'on veut savoir notre diagnostic quand même est des fois il peut nous aider pareil, cet autre test-là. »*

En plus, il arrive à l'occasion que des patients soient hospitalisés pour une période plus longue que prévue suivant les contraintes d'accessibilité au plateau technique en CH. Ceci augmente le coût d'hospitalisation.

*« Nos frais d'hôpital nous coûtent une fortune et comme je disais tantôt, juste le fait d'attendre un examen 3 jours, ça fait perdre je ne sais pas combien de sous par jour à la société dans le fond. »*

Enfin, la disponibilité et l'accessibilité plus facile et rapide aux examens diagnostiques en CH amène parfois les médecins de famille pratiquant l'hospitalisation à en demander peut-être un peu trop puisqu'ils savent comment il est difficile d'y avoir accès lorsqu'ils pratiquent en cabinet privé

*« C'est vrai que des fois, bon, peut-être que comme à l'hôpital c'est plus facile d'avoir des tests, peut-être qu'on en demande un petit peu trop finalement parce qu'on sait que c'est plus facile de les avoir qu'au bureau. »*

En sixième lieu, et tel que brièvement mentionné un peu plus haut, l'industrie pharmaceutique tente d'influencer les pratiques des médecins de famille. En effet, il y a de fortes pressions exercées par l'industrie pharmaceutique et leurs représentants sur les médecins afin que ces derniers prescrivent leurs médicaments. Selon les propos du cas04, les représentants pharmaceutiques profitent de leur visite pour vanter aux médecins les avantages de leurs médicaments nouveaux ou existants dont, entre autres choses, les médicaments combinés.

*« Mais oui ils viennent des fois et ils nous montrent... Il y a plein de trucs qu'ils essaient de nous vanter, les pilules qui sont des deux dans un, au lieu de donner deux pilules, bon cholestérol mettons et la pression, ils les mixent. »*

Ils utilisent d'ailleurs parfois des arguments économiques tels que leurs médicaments ne sont pas plus dispendieux que les médicaments de la même classe thérapeutique mais produits par les autres compagnies.

*« Des fois les compagnies pharmaceutiques veulent nous influencer en disant oui, mais ma pilule ne coûte pas plus cher qu'un tel... donc ok. »*

Le cas04 développe ses propos en ajoutant qu'il y a place à des choix de société sur des enjeux qui ont des impacts importants sur les ressources et leur allocation ainsi que sur la qualité de vie des patients et ce, dans un contexte de vieillissement de la population et de rareté des ressources de la société. Elle parle, entre autres, des coûts et des impacts sur la qualité de vie des services de fin de vie pour les patients atteints d'une maladie terminale (tel qu'un cancer métastatique) et de la volonté de prendre en charge médicalement les personnes très avancées en âge dans l'éventualité où ceci ne représente peut-être pas une utilisation judicieuse des ressources de la société, du moins sur le plan économique. D'un autre côté, le cas04 ajoute que la responsabilité déontologique des médecins obligent ceux-ci à traiter les individus au mieux de leurs connaissances et ce, indépendamment de l'âge, de l'espérance de vie ou de tout autre caractéristique. Elle trouve par ailleurs que des fois les médecins veulent toujours en faire plus et traiter davantage leurs patients. D'autant plus que les recommandations des lignes directrices guident de plus en plus les médecins à atteindre des cibles cliniques bien précises, encore une fois, indépendamment de l'âge. Elle précise néanmoins que tout ceci met en lumière le besoin d'un questionnement sur le plan éthique.

*« Mais oui, il faudrait que comme choix de société qu'on regarde ça, entre autres pour les traitements anti-cancéreux, de fin de vie, est-ce que la société a encore le... est-ce qu'on peut toujours offrir à nos patients certains médicaments qui sont excessivement chers quand on sait très bien qu'ils ont un cancer mettons métastatique et qu'ils vont en mourir pareil? Mais est-ce que ça... de mettre dans la balance est-ce que ça vaut la peine de traiter pour 6 mois de plus ou versus... et d'un autre côté, des fois en médecine, je trouve qu'on veut toujours plus et toujours... oui, soigner nos gens et... pas nécessairement les guérir mais les traiter davantage et, surtout les personnes âgées à un moment donné, il y a un bout de temps que je me dis "il faut bien qu'il meure de quelque chose mon patient!" Des fois... c'est exagéré, mais des fois il y a des recommandations, il faut suivre les lignes directrices pour le cœur, pour le ci, le cholestérol, la haute pression, mais à un moment donné, c'est ça, je pense que c'est des fois peut-être un peu trop, mais concrètement je ne sais pas ce que je dis là dans le sens que oui, je vais faire quand même le plus possible pour les gens et leur laisser la décision et c'est pas parce qu'il a 79 ans qu'il ne peut pas avoir un traitement pour le cancer, mais d'un autre côté, est-ce que c'est vraiment judicieux économiquement parlant au niveau de la société, je ne sais pas... »*

Mais d'un autre côté, le cas04 ajoute que de refuser l'accès aux services de santé aux patients très âgés ou atteints d'une maladie terminale viendrait « tuer l'espoir » de ces patients; ce qui n'est pas

juste. Elle précise néanmoins que tout ceci met en lumière le besoin d'un questionnement sur le plan éthique.

*« Et d'un autre côté de leur tuer l'espoir de dire "bien non, vous êtes rendu vieux, vous n'avez pas le droit à ces traitement-là ou d'être opéré ou d'avoir ci"... c'est pas juste non plus. Pourquoi s'il est en bonne santé et il a une bonne qualité de vie, pourquoi même s'il a 90 ans il ne pourrait pas se faire opérer? Il y a tu un âge vraiment qu'il faut se fier qu'il faut être malade avant tel âge et après ça, il ne faut plus l'être, je ne sais pas... encore là c'est de l'éthique un peu. »*

D'un autre côté, le pouvoir politique a parfois de la difficulté à prendre des décisions difficiles. Entre autres, le cas04 mentionne les limites inhérentes à un gouvernement élu pour une période de quatre années, particulièrement si ce dernier est minoritaire. Ceci amène un gouvernement avec une vision limitée et à court terme. Celle-ci est sous l'impression qu'à ce moment-là le pouvoir politique ne va pas « mettre ses culottes » et prendre des décisions difficiles nécessaires pour le système de santé par crainte de perdre les prochaines élections. De ce fait, le cas04 n'est pas sûre que les changements seront apportés au système de santé et ce, même après la publication de rapports réalisés à la demande du gouvernement, tel que le rapport de la Commission Castonguay. Elle avoue ne pas toujours participer à des forums ou d'autres types d'activités organisées par les différentes associations médicales afin de partager ses opinions et ses idées sur l'amélioration du système de santé. En fait, elle croit que même lorsque les médecins s'impliquent de différentes façons afin d'apporter des changements, les rapports réalisés à grands frais vont éventuellement finir sur les tablettes et ce, probablement parce que personne n'ose mettre ses culottes et le faire. Il devient décevant de s'investir puisque ça ne change pas à grand chose finalement.

*« Le gouvernement là-dedans à travers ça, mais en même temps, ce que je trouve difficile, c'est que personne ne va mettre leur culotte parce que... c'est une façon de parler, mais dans le sens que quand en plus le gouvernement est minoritaire, le but c'est gouverner à court terme, 4 ans... ou moins selon le gouvernement, et dans le fond il n'y a personne qui ose prendre des décisions plus difficiles pour ne pas perdre les élections la fois d'après. Alors je ne suis pas sûre que ça va se faire concrètement. Bon, avec entre autres le truc Castonguay qui est sorti, certains partis politiques étaient plus en accord avec certaines choses et d'autres, "ah non, non, jamais, jamais qu'on ne va mettre le privé, parce que c'est pas politically correct ici." Alors finalement, même si on participe à plein de choses et qu'on donne plein d'options, si on regarde ce rapport-là qui a coûté combien de sous encore pour arriver qu'il va finir sur les tablettes probablement parce que personne n'ose mettre ses culottes et le faire. Des fois, ça devient un peu... un peu plate, de vouloir s'investir pour que finalement ça ne change pas grand-chose. C'est beaucoup de temps pour pas amener à l'action finalement. Alors c'est ça qui est difficile, tant qu'on aura un gouvernement qui pense à court terme. Ça va être difficile. On n'aura pas le choix, mais il*

*n'y a personne qui veut le faire. Ce n'est pas populaire d'augmenter les taxes; c'est pas populaire de monter les impôts, c'est pas populaire de mettre le privé dans le système. Et les partis en place ne veulent pas tomber ou ils veulent être réélus le prochain coup. En tout cas, j'ai hâte de voir, mais je ne suis pas sûre que ça va amener... quand même que chacun ait son opinion là-dessus, bien... il va falloir bien du lobbying pour arriver à faire passer des trucs j'ai l'impression. »*

Lorsque questionné quant à l'existence de conflits de valeurs entre la société et le médecin de famille, le cas04 répond d'emblée que c'est une bonne question. Le conflit se trouve davantage au niveau des contraintes de financement et de budget en santé. Le point de vue des médecins et le point de vue du gouvernement ne se rejoignent pas nécessairement à ce niveau.

*« Bien c'est sûr que... bonne question. Ça revient un peu à ce qu'on disait peut-être, dans le sens que moi ce que j'imagine dans cette réponse-là, c'est de dire bien... que bon oui, étant donné que le financement est limité, bien à un moment donné les limites... on dépasse les budgets des hôpitaux je pense pratiquement tout le temps, mais... parce que les limites... en fait c'est difficile à... entre les médecins et la société, je pense que c'est difficile... il y a peut-être une certaine différence, un certain... pas opposé, mais ça ne se rejoint pas nécessairement. En tout cas, j'ai de la misère à répondre réellement, dans le sens que... »*

Ceci dit, elle développe davantage sa pensée en ajoutant qu'il ne s'agit pas nécessairement d'un conflit de valeurs puisque l'ensemble de la société partage probablement les mêmes valeurs quant au système de santé, soit celles d'avoir les meilleurs hôpitaux, les meilleures ressources, les meilleurs accès aux services et ainsi de suite. Le gouvernement, les médecins et les patients veulent tous ce qu'il y a de mieux pour tout le monde, mais c'est comment atteindre cet objectif qui est concrètement et financièrement difficile. Aux yeux du cas04, il s'agit donc essentiellement d'une question de financement, d'un problème de budget. Elle ajoute que le problème de manque de personnel en santé y ait probablement pour quelque chose également; problème qui, par ailleurs, risque de s'aggraver dans les années à venir suite à la dénatalité et au vieillissement de la population ainsi qu'au départ à la retraite des « baby-boomers ».

*« Pas seulement... en termes de valeurs, probablement qu'au niveau de la société, on veut tous le meilleur... les meilleurs hôpitaux, les meilleures ressources, les meilleurs accès, les meilleurs... je pense que tout le monde, les médecins, les patients, le gouvernement veulent tous je pense le mieux pour tout le monde, mais c'est comment l'atteindre qu'il est difficile d'aller chercher. Parce que je pense qu'ils comprennent peut-être le point de vue que... en tout cas, je ne sais pas s'ils voient autant que bon, il faut vraiment, si on veut arriver à bien traiter nos patients, avoir les bonnes molécules, les bons examens, les bons hôpitaux, mais que finalement ça peut ne pas aboutir parce qu'il manque de budget, c'est surtout ça aussi qui peut jouer, mais dans le fond c'est une question d'argent finalement je pense en gros. Dans le fond, si ce n'était pas un problème de budget, on n'aurait pas ce problème-là à mon avis. On n'aurait pas des vieux hôpitaux qui tombent en ruine, on n'aurait pas autant de maladies nosocomiales (rire) ou de trucs comme ça. En tout cas d'essoufflement un peu à ce*

*niveau-là, finalement c'est le manque de personnel, mais là il y a un problème de population, on parle de personnel, des problèmes de population, dénatalité, une population vieillissante, les baby boomers qui s'en vont, la courbe est comme ça. En tout cas, ça amène des beaux projets à venir pour notre génération et les suivantes et la vôtre aussi certainement, mais en tout cas... Le côté valeurs, je pense qu'encore là dans un monde idéal, tout le monde veut un peu la même chose, mais c'est comment l'atteindre qui concrètement et financièrement est difficile; je crois. »*



## Histoire de vie du cas05

### Histoire de vie personnelle et trajectoire professionnelle<sup>15,16</sup>

Le cas05 est née et a grandi dans la région de Montréal. Elle vient d'une famille de trois enfants. Parmi ces derniers, un possède une formation collégiale technique et deux ont une formation universitaire professionnelle. Seule le cas05 s'est formée en médecine, tandis que les deux autres enfants se sont formés dans des domaines non liés à la santé. Ses parents n'exerçaient pas la profession de médecin. Le cas05 dit d'ailleurs en riant être un peu original, voir même d'être un mouton noir d'avoir fait le choix de la profession médicale. Sa mère possède une formation de métier, ayant arrêté tôt l'école secondaire. Elle a néanmoins réussi à monter les échelons et a éventuellement été nommée responsable du centre dédié à l'information à son lieu de travail. Quant à son père, celui-ci a complété son cours classique et a suivi deux années de cours dans une école spécialisée dans le domaine de la création. Il est reconnu dans son domaine de formation. Ses parents ont tous deux travaillé dans le domaine de l'information. Ils sont maintenant à la retraite.

*« Bien en fait, moi c'est un petit peu original, je ne suis pas... j'étais quasiment un mouton noir de m'en aller en médecine. (rire) Parce que mon père était (...), il a gagné sa vie en faisant des (...) et puis ma mère elle, elle a commencé comme... elle avait une 9<sup>e</sup> année comme (...) et elle a monté les échelons à (...) et à la fin de sa carrière, elle était responsable d'un centre de (...). »*

Il n'y a la présence que d'une seule personne pratiquant la médecine dans la famille étendue. Le cas05 a un cousin qui a lui aussi choisi la profession médicale, mais affirme qu'elle n'avait aucun contact avec lui et qu'il n'a donc eu aucune influence sur son choix de carrière à elle.

*« J'ai un cousin, mais j'avais aucun contact avec lui et qui est devenu médecin aussi, mais c'est sûrement pas lui. »*

Le cas05 se souvient avoir grandi dans un milieu assez offert à toutes sortes d'idées. Entre autres, ils écoutaient beaucoup les nouvelles en famille. Toute la famille baignait dans l'information et était entourée de spécialistes de l'information et d'intellectuels suivant le domaine de travail des

<sup>15</sup> L'entrevue a eu lieu à la clinique médicale privée de groupe GMF, qui est le lieu principal de pratique du cas05. Il a donc été possible pour la chercheuse principale (intervieweuse) de visiter l'organisation ainsi que la communauté où celle-ci se situe.

<sup>16</sup> Pour les besoins du projet de recherche, seul le lieu principal de pratique du cas05 au moment de l'entrevue, ainsi que le quartier, la communauté (ville, municipalité ou arrondissement) et le territoire de RLS où se situe le lieu principal de pratique, sont décrits de façon plus ou moins détaillée.

deux parents. Elle se demande par ailleurs si ceci pourrait expliquer le fait qu'elle et sa fratrie ont une ouverture d'esprit.

*« Alors je ne sais pas, nous c'était plus qu'on était dans un milieu assez ouvert à toutes sortes d'idées, bon, mon père étant (...), il était dans un milieu de (...), d'intellectuels, tout ça. On écoutait les nouvelles, toute la famille ensemble, des choses comme ça. C'est peut-être ça qui a fait qu'on a une ouverture d'esprit... les deux étaient dans le domaine de l'information, alors on a été... on a baigné dans ça. »*

Le cas05 prétend avoir grandi dans un quartier assez favorisé, mais s'approchant davantage de la classe moyenne. Elle rapporte toutefois que le revenu familial de ses parents n'était pas si élevé que ça et qu'ils étaient locataires de leur résidence à l'époque.

*« Bien j'ai été dans un quartier assez favorisé. Bien à l'époque c'était pas si... huppé que ça, mais j'étais à 4 ans... j'avais 4 ans quand on a déménagé dans (...). Mais mes parents n'avaient pas un revenu si élevé que ça. On était locataires, et c'était dans (...), mais il reste quand même que j'étais pas dans un quartier défavorisé, ça c'est sûr, mais c'était plutôt classe moyenne. »*

Le cas05 parle peu de sa vie personnelle et ne fait qu'une seule mention très rapide quant à la présence de quelqu'un avec qui elle partage sa vie ou la fondation d'une famille. Dans les faits, elle mentionne la crainte de la solitude d'une pratique médicale en région puisqu'elle est célibataire. Elle ne fait aucune autre mention spécifique à sa propre vie privée.

Parmi les événements marquants de sa vie personnelle, le cas05 fait mention de problèmes de santé et de problèmes familiaux. D'entrée de jeu, elle parle d'un problème de santé qu'il a eu alors qu'elle était âgée d'une dizaine d'années. Suite à la demande de services médicaux de la part de ses parents, ce problème de santé a nécessité des visites régulières chez un médecin spécialiste. Selon les dires du cas05, ceci était exceptionnel à cette époque, mais pas nécessairement dans le milieu de ses parents.

*« Et moi-même, quand j'avais (...) ans, j'ai fait (...). Et ils m'ont envoyée voir (...). Mais c'est ça, j'étais dans un milieu quand même où c'était des choses... pour cette génération-là à l'époque, c'était exceptionnel d'aller voir (...), mais pas dans le milieu de mes parents. »*

Le cas05 confie qu'une des épreuves de sa vie qui l'a marqué le plus est le problème de santé de sa mère. Elle raconte que l'état de santé de sa mère faisait en sorte qu'il était difficile pour cette dernière de s'occuper de ses enfants et de demeurer au foyer familial. La mère du cas05 avait d'ailleurs eu à traverser une enfance particulièrement difficile. C'est une femme très intelligente et débrouillarde mais qui, malheureusement, éprouvait de la difficulté à s'occuper des enfants. Elle s'est donc retournée vers le marché du travail. Le cas05 a donc été appelée à devenir autonome dès

son jeune âge. En fait, celle-ci est convaincue que cette expérience personnelle difficile a joué pour beaucoup dans le façonnement de sa personnalité avec ses forces et ses vulnérabilités.

*« Bien en fait, je ne peux pas dire que c'est un événement. En fait, moi la chose qui m'a le plus marquée, c'est le fait que ma mère était (...), pour qui c'était difficile de s'occuper des enfants, mais ça vient de son passé, elle a été élevée dans un orphelinat, c'est pas les orphelins de Duplessis, mais presque. Alors pour elle, c'est une femme très intelligente et qui était très débrouillarde, mais pour elle, s'occuper des enfants, c'était pas évident. Alors bon, les premières années, elle était à la maison, mais elle est vite devenue (...) alors elle est vite retournée sur la marché du travail. Alors nous, il a fallu qu'on devienne autonomes très jeunes. J'avais 5 ans, la première journée, elle est venue me reconduire à la maternelle et il a fallu que je revienne toute seule. (rire) Alors toute mon enfance, ça été comme ça. Et il ne fallait pas trop lui en demander, elle était souvent fatiguée, elle revenait du travail à 6h, nous on se débrouillait quand on revenait de l'école, alors je pense que c'est ça qui a plus fait que... qui m'a le plus marquée, ce qui a fait que j'ai la personnalité avec mes forces et mes vulnérabilités. »*

La séparation de ses parents alors qu'elle était à l'adolescence est un autre événement marquant de la vie du cas05. Cette séparation a eu des répercussions dans la vie personnelle de son père et de sa mère. En particulier, le cas05 a dû financer elle-même ses études universitaires puisque ses parents avaient tous deux des moyens financiers limités suite à leur séparation.

*« Bien d'ailleurs c'est moi qui ai payé toutes mes études. Mes parents se sont séparés j'avais 16 ans, et là ça n'allait pas très bien dans leur vie, chacun, alors c'est moi qui ai tout payé pour mes études, ils ne m'ont pas aidée. »*

Parmi ses loisirs en dehors de son travail, le cas05 mentionne pratiquer des activités sportives et ce, parfois au niveau de performance sportive et parfois au niveau récréatif. En outre, elle pratique une activité sportive spécifique durant la session hivernale. Celle-ci est membre d'un club depuis une vingtaine d'années où ils ont des séances d'entraînement hebdomadaires et participent à des compétitions. Durant les saisons plus chaudes, le cas05 pratique une autre activité sportive. Elle déclare parcourir un nombre impressionnant de kilomètres à chaque année et faire la plupart de ses voyages en pratiquant ce sport.

*« Bien l'hiver, moi je suis une maniaque de (...). Je suis dans un club, ça fait 20 ans que je suis dans ce club-là (rire) je suis une des plus anciennes, alors et on fait même des compétitions. On s'entraîne des fois la semaine et souvent le samedi matin. Là ça vient de se terminer. Et l'été, je fais (...). Alors presque tous mes voyages (...), je vais faire au moins (...) km. »*

Le cas05 croit que son côté sportif lui vient de son père. En effet, son père a toujours été quelqu'un qui marchait beaucoup et encore aujourd'hui, il pratique la marche deux heures par jour.

*« Des fois je vais faire des choses plus dans la performance mais d'autres fois ça va être plus se balader, être dans la nature, j'aime les deux aspects. Alors c'est ça. ... Et mon père,*

*ça toujours été quelqu'un qui faisait beaucoup de marche, encore maintenant, il marche 2 heures par jour, alors c'est de lui que ça me vient. »*

Le cas05 parle de ses relations sociales personnelles. En outre, elle a des relations sociales personnelles avec d'autres médecins. Celle-ci précise cependant que ce n'est pas avec eux qu'elle partage le plus ses loisirs. Le cas05 affirme avoir développé des amitiés très proches au cours de sa formation médicale. En outre, elle partage une amitié profonde avec un des collègues médecins de famille avec qui elle travaille à la clinique-GMF. Elle partage aussi une amitié profonde avec une collègue en particulier qui a fait sa formation en médecine spécialisée et qui pratique dans une autre région du Québec. La distance fait en sorte que lorsqu'elles se voient, elles vont tout de suite partager des choses personnelles.

*« Je veux dire j'ai des amis médecins, mais c'est peut-être pas avec eux que je partage le plus de mes loisirs. Comme je l'ai mentionné tantôt, je suis très sportive, alors c'est plus dans ce milieu-là que j'ai développé et entretenu des amitiés au quotidien. Mais j'ai des amitiés profondes que j'ai créées avec surtout des amis médecins que j'ai connus pendant ma formation. Donc j'ai une très bonne amie qui est (...) à (...), et justement un des collègues ici, qui travaille ici, c'est des amitiés profondes, mais on ne se verra pas nécessairement pour partager des loisirs au quotidien. Bien disons qu'à (...) ça se comprend, mais (rire) mais quand on se voit, on va tout de suite partager des choses très personnelles et tout ça. »*

Mais de façon plus spécifique, le cas05 confie que c'est davantage dans le milieu du sport qu'elle a développé et entretenu des amitiés au quotidien. Il y a là des individus avec qui elle partage plus des choses intimes. Celle-ci considère qu'elle développe des relations enrichissantes dans le milieu du sport puisque, en plus de partager une passion commune, les individus viennent de milieux diversifiés.

*« Mais pour dire, mes loisirs au quotidien, c'est plus des gens avec qui je fais du sport et il y en a là-dedans avec qui je partage des choses intimes. Alors dans le milieu du sport finalement, on est exposés à toutes sortes de gens... on partage au départ cette passion-là, finalement c'est des gens qui viennent de différents milieux assez diversifiés. Et ça je trouve ça quand même enrichissant aussi. »*

Le cas05 a décidé de s'orienter vers la carrière en médecine au début de ses études secondaires. À partir de ce moment-là, elle n'a jamais changé d'idée et a orienté ses études vers son objectif de carrière.

*« Bien assez jeune. Je pense que dès que j'étais au début du secondaire, je voulais être médecin et j'ai toujours gardé ce cap-là, j'ai comme jamais changé d'idée après ça au cours de mes études, alors c'était une suite logique. »*

Le cas05 allègue l'absence d'influence parentale dans son orientation vers des études universitaires. Le choix de la profession médicale reste son propre choix. Elle réussissait toujours bien à l'école, mais sa réussite scolaire semblait plutôt banale aux yeux de ses parents. En fait, le cas05 n'a jamais eu l'impression qu'elle impressionnait ses parents, du moins ça n'a jamais paru. Elle ajoute en riant que pour eux, son choix de la profession médicale allait de soi.

*« Non, pas vraiment. Pas vraiment. Moi je réussissais toujours bien, mais ça semblait banal pour mes parents, ça n'a jamais paru... j'ai jamais eu l'impression que je les impressionnais. Pour eux autres ça allait de soi. (rire) Elle veut aller en médecine, ok... (rire) »*

Le cas05 est détentrice d'un doctorat en médecine de l'Université de Montréal et a complété deux années de résidence en médecine familiale à la même université. Celle-ci a fait le choix de la médecine familiale pour plusieurs raisons. D'entrée de jeu, elle soutient que lorsqu'elle faisait les stages durant sa formation prédoctorale, elle appréciait être polyvalente et la présence accrue du côté humain dans sa pratique. D'autant plus qu'elle n'était pas à l'aise avec les mentalités des médecins spécialistes et qu'elle ne s'identifiait pas à leur façon de pensée. Le cas05 ajoute même en riant qu'elle se voyait pas passer quatre années avec eux pour suivre un programme de résidence en médecine spécialisée. Qui plus est, celle-ci voyait qu'il était possible de développer un champ d'intérêt particulier dans la pratique médicale générale. Tout ceci fait en sorte qu'elle n'a pas hésité pour devenir médecin omnipraticien.

*« Bien quand j'étais étudiante en médecine et que je faisais les stages, c'était comme assez... bien, j'aimais ça être polyvalente, j'aimais ça aussi que le côté plus humain soit là dans ma pratique et aussi, en général j'étais pas tellement à l'aise avec les mentalités des spécialistes. Donc je ne m'identifiais pas tellement à leur façon de penser, alors je ne me voyais pas passer 4 ans avec eux (rire) pour poursuivre une spécialité. Alors donc c'est surtout ça. Je voyais aussi, vu qu'il y avait beaucoup de possibilités de faire ce que j'aimais faire, on peut développer un intérêt particulier aussi quand on est médecin généraliste, c'est tout ça ensemble qui a fait que j'ai pas tellement hésité pour devenir généraliste. »*

Point intéressant, bien que le cas05 aimait beaucoup l'obstétrique durant sa formation prédoctorale, elle ne se serait pas vue pratiquer l'obstétrique comme le font les médecins spécialistes (gynécologues). Toutefois, le partage de l'événement heureux lui donnait le goût de pratiquer l'obstétrique. D'autant plus que ce type de pratique n'est pas routinier. En fait, le cas05 pense qu'elle se serait peut-être un peu ennuyée à ne faire que la routine de la pratique clinique en bureau.

*« C'est sûr aussi que quand je faisais plus de l'obstétrique, bien là... mais je ne me voyais pas le faire comme les gynécologues, c'était eux autres qui nous formaient, mais par contre, l'événement heureux et tout ça que je partageais, ça me donnait le goût de le faire aussi, et c'était pas routinier aussi, il y a cet aspect-là aussi qui m'a attirée à faire de*

*l'obstétrique dans ma pratique. Je ne me serais pas vue comme juste faire du bureau, je pense que je me serais un petit peu ennuyée s'il y avait eu juste la routine de faire du bureau, alors dans ce sens-là, ça m'a influencée. »*

Enfin, le cas05 aimait beaucoup les stages plus de psychiatrie durant sa formation prédoctorale. Ceux-ci lui ont fait prendre conscience qu'en faisant le choix de la médecine familiale, elle devrait mettre l'emphase sur l'aspect psychosomatique, psychologique et que cet aspect du travail serait important.

*« Et aussi, je pense que quand j'étais dans des stages plus de psychiatrie par exemple, ça j'aimais beaucoup, alors ça disons ça a fait que c'était sûr que j'étais consciente qu'en allant en médecine familiale, l'aspect psychosomatique, psychologique du travail serait important, et qu'il fallait mettre une emphase là-dessus. »*

Le cas05 rapporte qu'il n'y a pas eu d'événement marquant au cours de sa formation en médecine. Il y a bien eu des expériences pénibles dans certains stages au cours de la formation prédoctorale, mais rien qui a amené un changement de trajectoire ou qui a laissé une marque importante dans sa mémoire. Il s'agissait surtout de problèmes au niveau des relations interprofessionnelles entre les étudiants externes en médecine et les médecins spécialistes ainsi que du type de contacts que les médecins spécialistes privilégiaient auprès des patients. En fait, ces expériences ont seulement eu comme conséquence de ne pas donner l'envie de choisir ce type de spécialités.

*« Bien je ne peux pas dire qu'il y a eu... comme je vous ai dit, c'est sûr qu'il y a eu des expériences pénibles dans certains stages en spécialité, comme par exemple en (...), c'était vraiment pénible, j'avais des bons résultats, j'étais bien appréciée, mais disons que j'aimais pas les contacts avec les spécialistes; et c'était pas juste moi aussi, on s'est retrouvés des fois des cohortes au complet à être en conflit avec... Alors ça, c'est sûr que ça fait qu'on ne veut pas aller dans ça, mais... (...) Un événement marquant, je ne peux pas dire comme tel; qui a changé ma trajectoire, je ne peux pas dire, ça été comme plus une continuité, des choses qui se sont précisées peu à peu. »*

En fait, le cas05 affirme que, durant sa formation, la grande majorité des relations professionnelles avec les médecins spécialistes étaient plutôt empreintes de mépris envers les médecins de famille ou omnipraticiens. Elle remarque de façon générale une amélioration dans ses relations professionnelles avec les médecins spécialistes depuis le début de ses études médicales. À cette époque, les médecins de famille n'avaient pas beaucoup de crédibilité auprès des médecins spécialistes. Ces derniers avaient une attitude hautaine et méprisante puisque, en quelque sorte, le travail du spécialiste commence là où la compétence du médecin de famille s'arrête. Les médecins spécialistes ne semblaient donc pas prendre en considération le large éventail de problèmes de santé

que les médecins de famille doivent connaître. Tout ceci était apparent même dans la formation du cas05 puisque la plupart des stages étaient sous la supervision de spécialistes. Elle ajoute d'ailleurs en riant que ce n'était pas eux qui donnait le goût de choisir la médecine omnipratique.

*« Bien moi je pense que ça s'est amélioré depuis que moi j'ai eu ma formation. Malheureusement, quand j'ai eu ma formation, les médecins de famille, les médecins généralistes n'avaient pas beaucoup de crédibilité auprès des spécialistes. Ils étaient vus de haut, avec beaucoup de mépris, parce que veut, veut pas, un spécialiste est confronté à là où la compétence d'un généraliste s'arrête. Quand on va demander une consultation en spécialité, c'est parce que nous notre compétence s'arrête là. Mais eux ils n'ont pas nécessairement... ils faut qu'ils fassent l'effort de se dire bien... eux ont 10 problèmes différents à peu près à bien connaître, tandis que nous, on en a un très large éventail, alors c'est comme si à l'époque ils n'avaient pas ce recul-là et ils avaient une attitude assez méprisante, et ça paraissait aussi dans la façon qu'ils nous formaient, c'était... en tout cas, il fallait vraiment... je ne sais pas comment on pouvait avoir le goût de devenir médecin généraliste, comment ça pouvait venir parce que c'était pas... la plupart de nos stages étaient avec eux, mais c'était pas eux autres qui nous donnaient le goût. (rire) »*

Ceci dit, le cas05 avait fait un stage d'une durée de deux mois en région dans le cadre du programme de résidence en médecine familiale. Elle avait alors remarqué une différence dans les relations interprofessionnelles entre les médecins spécialistes et les médecins de famille. Il y avait un climat convivial, de bonne entente et de bonne collaboration. Ceci était très différent de ce qu'elle voyait dans les CHU.

*« Moi quand j'étais étudiante, et j'avais été en périphérie, à (...) pour 2 mois... c'est tu ça, 2 mois, je ne sais pas... justement j'avais vu un climat de bonne entente, de bonne collaboration qui était très différent de ce qu'on voyait dans les hôpitaux universitaires. »*

Elle pratique la médecine omnipratique principalement en clinique médicale privée depuis 27 ans au moment de l'entrevue. Elle détient la certification en médecine familiale du CMFC au moment de l'entrevue. La pratique de l'obstétrique-périnatalité est un de ses champs d'intérêts particuliers. Elle occupe d'ailleurs une place très importante dans la pratique du cas05 depuis le tout début de sa carrière. Le cas05 pratique l'accouchement dans le même CH depuis presque le tout début de sa pratique médicale. L'hôpital en question est maintenant un CHU depuis le milieu des années 1990. Elle possède également un second champ d'intérêt particulier dans un tout autre domaine médical depuis peut-être une quinzaine d'année (au moment de l'entrevue). Le cas05 pratique la médecine dans ce domaine médical particulier (champ d'intérêt) dans une clinique médicale privée de groupe interdisciplinaire.

Le réseau social professionnel a exercé une certaine influence sur le choix de la région et de la communauté de pratique du cas05. En fait, cette dernière dit qu'elle est montréalaise mais qu'elle n'était pas nécessairement fermée à l'idée de pratiquer en région puisqu'elle aime le plein air. C'est surtout ses contacts et le type de pratique qu'elle désirait faire qui ont fait en sorte qu'elle a débuté sa pratique médicale dans la région de Montréal. Ceci dit, le cas05 avait éventuellement reçu une invitation pour aller pratiquer en région éloignée après quelques années de pratique médicale. Elle éprouvait cependant de la difficulté à s'imaginer partir seule en région. En effet, celle-ci craignait de vivre beaucoup de solitude puisqu'elle est célibataire.

*« Bien en fait, je pense que c'est venu plus par les contacts que j'avais quand... parce que j'avais... bon c'est sûr que moi je suis montréalaise, je suis née à Montréal, je roule mes "r"... alors j'ai toujours vécu à Montréal, mais quand même j'étais pas... moi j'aime beaucoup le plein air et tout ça, mais mes contacts, le type de pratique que je voulais faire, c'était plus à Montréal. Donc j'ai commencé ma pratique, mais aussi, après quelques années à un moment donné j'ai eu une invitation pour savoir si... j'avais des amis en Gaspésie et si j'aurais pas changé pour aller carrément pratiquer en Gaspésie, parce que je me serais vue quand même. Mais par contre, je ne me serais pas vu... il y a le fait aussi que j'étais célibataire, et je suis restée célibataire, mais je ne me voyais pas partir toute seule en région, dans un milieu où je n'aurais pas connu personne, j'aurais eu peur de vivre beaucoup de solitude. Ça, c'est peut-être la chose qui a fait que le goût que j'aurais pu avoir d'aller en région, ça s'est arrêté là, je ne l'ai pas envisagé plus sérieusement. »*

Le cas05 se dit penser différemment, ne pas être comme les autres médecins. Son discours est empreint de valeurs sociales. En fait, elle est la seule cas parmi l'ensemble des participants (cas et informateurs-clés) de cette recherche où de telles valeurs sont si perceptibles dans le discours. Le cas05 avoue avoir un tempérament contestataire. Celle-ci confie être habitée par une conscience sociale. Entre autres, elle avait des motivations de changements sociaux et ce, particulièrement lorsqu'elle était étudiante en médecine et au début de sa carrière. Elle avait même joint les rangs d'un groupe socialiste dans le domaine de la santé durant ses études.

*« Parce qu'en plus, j'avais comme une conscience sociale, dans le sens que moi, comme étudiante en médecine, bien j'avais un côté un peu contestataire, et j'avais fait partie de groupes, comme un groupe socialiste de santé, des choses comme ça, alors j'avais des motivations de changements sociaux aussi. »*

Cette conscience sociale et cette volonté de changements sociaux ont joué un rôle critique dans ses choix de communauté, d'organisation et de type de pratique, particulièrement au début de sa pratique médicale. Ainsi donc, la première clinique médicale privée de groupe où elle a pratiqué après sa formation médicale était située dans un quartier défavorisé. En outre, cette clinique avait comme vocation d'aider dans les milieux défavorisés et d'essayer de faire des changements sociaux



à travers une pratique médicale. Le cas05 avait déjà des contacts avec des individus de cette clinique-là avant de faire son choix d'organisation de pratique. Qui plus est, le cas05 a également débuté sa pratique médicale dans un centre de soins dédié et qui avait comme vocation de changer les choses au niveau des soins apportés aux femmes en favorisant, entre autres choses, l'humanisation des services ainsi que l'autonomie et le respect de la patiente. Il lui semblait donc que c'était une suite logique d'aller travailler à ces milieux-là. D'autant plus qu'elle avait une collègue et amie médecin de famille qui avait débuté sa pratique médicale l'année précédente et qui travaillait déjà à la clinique et au centre. Il était donc plus facile au cas05 de s'introduire dans ces deux milieux.

*« Bien disons que... bien c'est ça, j'avais déjà une amie qui avait commencé sa pratique un an avant moi, alors elle avait déjà commencé à faire des accouchements – Dr. (...) – alors donc on avait des contacts avec une clinique qui était dans (...), ça s'appelait la Clinique (...). (...) Alors ça c'était une clinique qui était dans un quartier défavorisé et qui avait comme vocation d'aider dans les milieux défavorisés et peut-être d'essayer de faire des changements à travers une pratique médicale. Donc comme j'avais déjà des contacts avec les gens de cette clinique-là avant de finir, bien c'était une suite logique d'aller travailler là. Et aussi, il y avait aussi le Centre (...), alors j'ai commencé ma pratique à ces deux endroits-là. Et ça aussi, le Centre (...) avait comme une vocation de changer des choses au niveau des soins apportés aux femmes pour favoriser l'autonomie plus, le respect, et toutes sortes de... Alors c'était comme une suite logique d'aller travailler dans ces milieux-là. Et comme j'avais déjà aussi une collègue et une amie qui était là, c'était comme aussi facile de s'introduire (rire) dans ces milieux-là. »*

On peut clairement voir dans ces deux passages comment la conscience sociale et les valeurs sociales ont exercé une influence sur les choix et la pratique du cas05 et ce, depuis le tout début de sa trajectoire professionnelle.

Le cas05 ajoute par ailleurs qu'elle et son amie médecin de famille aurait été ouvertes à l'idée de travailler en CLSC puisque ça correspondait à leurs valeurs, mais que ça s'est avéré impossible suivant des contraintes imposées par ce type d'organisation. En effet, elle rapporte que le CLSC du quartier défavorisé où elle a débuté sa pratique médicale ne voulait pas avoir de médecins de famille qui pratiquaient l'obstétrique-périnatalité puisque ça amenait toutes sortes de changements de dernières minutes à l'horaire. Il était également impossible d'offrir des services de suivi de grossesse à des femmes n'habitant pas le territoire du CLSC. Le cas05 soutient que les contraintes bureaucratiques étaient plutôt fréquentes dans les CLSC à l'époque. Elle ajoute d'ailleurs en riant qu'avec des contraintes de la sorte, il n'était pas question qu'elle et son amie aillent pratiquer au CLSC.

*« Comme nous, quand on a commencé notre pratique, on aurait été ouvertes à aller travailler en CLSC, ça correspondait à nos valeurs. Mais ils ne voulaient pas avoir de médecins qui faisaient des accouchements, parce que ça dérangeait l'horaire. Bien oui, c'est ça, c'est parce qu'on pouvait annuler des bureaux à la dernière minute, des choses comme ça. Et on n'aurait pas pu non plus prendre une clientèle qui venait en dehors du secteur, donc ça limite le nombre de suivis de grossesse qu'on peut avoir (rire). Alors en tout cas, il y a des contraintes comme ça, bureaucratiques des CLSC qui étaient très fréquentes à l'époque, maintenant un petit peu moins, mais... Alors ça a fait que bon, il n'était pas question qu'on aille là. (rire) »*

Enfin, le cas05 a débuté sa pratique d'obstétrique-périnatalité dans un petit CH où il était plus facile d'apporter des changements pour humaniser l'accouchement.

*« Alors c'est un petit peu comme ça que j'ai commencé ma pratique et bon, les accouchements on les faisait dans un petit hôpital, à (...), ça a fermé un an après que j'ai commencé, parce qu'ils ne voulaient plus garder ouverts des petits hôpitaux, mais c'était plus facile de faire des changements aussi pour humaniser l'accouchement et tout ça, dans un petit centre hospitalier comme ça que dans une grosse boîte comme (...)... »*

Le cas05 rapporte qu'elle et ses collègues étaient peut-être les premiers médecins de famille à participer au mouvement d'humanisation de l'accouchement. Le petit CH où elles pratiquaient l'obstétrique était d'ailleurs parmi un des premiers établissements au Québec à innover sur le plan de l'humanisation des soins à l'accouchement.

*« Et il y a tout le mouvement d'humanisation de l'accouchement, alors nous on était comme les premières à faire ça. Comme à (...), c'était un des premiers hôpitaux à Montréal ou même ailleurs en province à faire des accouchements... on était comme les premiers médecins à faire ça, on était dans ce mouvement-là. Alors il y avait des... c'est sûr que c'était un mouvement qui était parti des femmes d'abord, mais on était comme peut-être les premiers médecins à participer à ça. »*

Qui plus est, le cas05 mentionne une pratique professionnelle qu'il a eût au tout début de sa pratique médicale selon laquelle elle assurait un suivi conjoint d'une clientèle particulière avec un certain groupe de professionnels de la santé non médecins dont la pratique n'était pas officiellement reconnue à l'époque au Québec.

*« Et bon le fait aussi qu'on travaillait au Centre (...) et tout ça, on avait des contacts avec (...) qui n'était pas légalisé à ce moment-là. (...) Bon, il y avait certaines choses du point de vue médical qui n'étaient pas assez... alors ça prenait un suivi médical pour compléter, alors nous on acceptait de faire des suivis (...). »*

Une année après que le cas 05 ait débuté sa pratique d'obstétrique-périnatalité, le gouvernement décidait de fermer le petit CH. Ceci avait amené beaucoup de contestations, voire même des manifestations, puisqu'il s'agissait d'un des rares CH à faire des changements quant à

l'humanisation des soins à l'accouchement. Le dossier prenait donc de l'ampleur. Au point tel que le cas05 et ses collègues n'avaient accepté de déménager leur pratique d'obstétrique dans un nouveau CH à vocation universitaire qu'à la condition que ce dernier accepte de faire des changements. D'autant plus que les plus gros CH étaient également menacés de fermeture par le gouvernement. Ceux-ci avaient donc avantage à recruter de nouveaux médecins de famille ayant une pratique d'obstétrique-périnatalité déjà établie. Tout ceci a donc fait en sorte que le cas05 et ses collègues étaient en position forte, ce qui leur a permis d'exiger certaines conditions avant de commencer à pratiquer au CH en question et à obliger ce dernier à apporter certains changements, tels que des changements dans la pratique de l'accouchement et la disponibilité de chambres de naissance. Le cas05 confie toutefois qu'une fois qu'elles ont débuté leur pratique d'obstétrique à ce plus gros CH, il leur a été très difficile d'amener d'autres changements afin que leur pratique soit respectée par les médecins spécialistes (gynécologues). Le cas05 pratique l'obstétrique à ce CH (devenu un CHU au début des années 1990) depuis ce temps.

*« Finalement, le petit hôpital, ça n'a pas été long que ça été fermé, mais ce que ça amené, c'est qu'il y a eu tellement de contestations quand ça été fermé parce que c'était le premier hôpital qui changeait des choses pour l'accouchement, que le gouvernement... il y a eu des manifestations, même je pense qu'on a occupé les lieux, alors c'est un dossier qui prenait de l'ampleur alors ils ont été obligés, pour qu'on accepte de déménager notre pratique dans un plus gros hôpital, l'hôpital a été obligé pour nous recevoir d'accepter de faire des changements, alors on a pu mettre certaines conditions avant d'entrer là pour qu'il y ait des choses qui changent, et aussi il y avait des hôpitaux qui étaient menacés, dans les gros hôpitaux aussi, il y en avait qui étaient menacés de fermeture alors il y avait comme une compétition pour savoir lequel nous prendrait pour augmenter leur clientèle. En tout cas... (rire) Alors nous on a pu jouer là-dessus et faire qu'il y a eu des chambres de naissance qui ont été... et des changements dans la pratique, mais tout ça, ça été décidé avant qu'on entre. Parce qu'après ça, une fois qu'on est entrés, on travaillait avec des gynécologues qui étaient très rigides, et après ça c'était très difficile d'amener d'autres changements pour que notre pratique soit respectée. »*

Le cas05 a éventuellement arrêté de pratiquer au centre de soins dédié après une dizaine d'année. Le centre avait d'ailleurs changé de vocation à un certain moment donné. Elle a alors continué d'offrir des services de santé dédiés à une clientèle particulière mais à l'intérieur de sa pratique clinique en bureau.

*« Et le Centre (...), ça, j'avais abandonné... j'ai pratiqué là assez longtemps, mais à un moment donné, je pense après 10 ans, ça j'avais laissé et bon, j'ai continué à faire de la santé (...), mais à l'intérieur de ma clinique (...). »*

D'autant plus que le cas05 avait développé un second champ d'intérêt particulier. Il y avait donc eu des changements dans les intérêts de sa pratique. Elle a donc changé, si l'on veut, son travail à

temps partiel au centre de soins dédié afin de pratiquer la médecine dans un domaine médical particulier (champ d'intérêt) dans une clinique médicale privée de groupe interdisciplinaire.

*« Donc, et moi aussi, j'ai développé un intérêt pour la (...), alors disons que le travail à temps partiel que je faisais au Centre (...) pour (...), je l'ai plutôt changé pour faire de (...), parce que je suis aussi quelqu'un de (...), alors j'ai un intérêt pour ça, alors ça m'a comme changé un peu... »*

Le cas05 a finalement pratiqué une quinzaine d'années à la première clinique médicale privée de groupe où elle a débuté sa pratique médicale. Elle avait alors une clientèle défavorisée (environ 30 %) suivant le quartier où se trouvait la clinique, ainsi qu'une clientèle variée venant de la région de Montréal et des régions avoisinantes de part sa pratique d'obstétrique-périnatalité et puisqu'elle acceptait d'être le médecin de famille suite à l'accouchement. Pendant plusieurs années, les programmes gouvernementaux n'incitaient pas les nouveaux médecins à pratiquer en clinique et à travailler dans la région de Montréal. D'autant plus que, selon les dires du cas05, la rémunération pour les médecins qui faisaient de la prise en charge était vraiment minimale. Tout ceci a donc fait en sorte qu'il était très difficile de recruter de nouveaux médecins de famille pour remplacer les départs à la clinique. Il n'y avait alors plus que trois médecins de famille pratiquant à la clinique, dont deux à temps partiel seulement. Le cas05 et ses deux collègues ont donc décidé de fermer la clinique.

*« Moi comme je faisais de l'obstétrique, j'avais des femmes qui venaient d'un peu partout, Montréal ou même des fois en banlieue pour avoir un suivi et après ça je restais leur médecin de famille, alors j'avais une clientèle variée, mais j'avais peut-être 30% de clientèle défavorisée dans le quartier. Alors on a gardé la clinique peut-être 15 ans, je ne sais plus l'année exacte, et puis... Mais là ce qu'il faut savoir, c'est que à Montréal, la pratique, bon, il y avait un décret qui empêchait les jeunes médecins de s'installer à Montréal pendant des années, ou ils étaient rémunérés juste à 70%, en tout cas quasiment 10 ans, alors on ne pouvait plus recruter de jeunes médecins dans les cliniques pendant des années. Nous on avait des départs et en plus la rémunération pour les médecins qui faisaient de la prise en charge était vraiment minimale. Ça ne fait pas si longtemps que ça été bonifié, mais en tout cas, des fois c'était totalement ridicule ce qu'ils nous payaient pour le temps que ça prenait. Alors il y avait de moins en moins de médecins qui voulaient faire de la prise en charge en clinique et là nous nos effectifs ont diminué, diminué et finalement on s'est retrouvés qu'on n'était plus juste rendus 3 médecins, dont 2 à temps partiel. Alors on a dû fermer la clinique. »*

Dans ce passage, le cas05 fait allusion à certaines modalités organisationnelles du système de santé et de l'influence négatives que celles-ci ont eu sur l'offre de services médicaux généraux dans la région de Montréal pendant une dizaine d'années.

Ainsi donc, le cas05 et ses deux collègues médecins de famille ont eu à se trouver une nouvelle organisation de pratique. Elles ont finalement opté pour une clinique médicale privée de groupe dans un autre quartier de la région de Montréal. Le cas05 avoue que ça lui a fait de la peine de quitter le quartier, mais que les conditions que le gouvernement leur donnait à l'époque ne leur permettaient pas de poursuivre. Une bonne partie de sa clientèle l'a suivi à la nouvelle clinique où elle pratique maintenant. Ceci dit, une partie de sa clientèle la plus défavorisée n'a pu la suivre pour des motifs financiers. Le cas05 prétend n'avoir presque plus de nouvelles grossesses qui viennent de son ancien quartier de pratique.

*« Alors là il fallait qu'on se trouve un autre lieu de pratique et c'est comme ça qu'on est venues ici. Mais là, bon, moi j'ai tout amené ma clientèle en général, de médecine générale, mais c'est sûr que les gens plus défavorisés du quartier ont moins suivi; au début un petit peu plus, mais c'est parce que eux, les gens qui sont sur l'aide sociale, juste se payer un billet d'autobus, c'est compliqué, alors... donc même s'ils n'ont pas nécessairement trouvé un autre médecin, ils ne viennent pas nécessairement et je n'ai plus tellement de nouvelles grossesses qui viennent de ce quartier-là. Mais moi ça m'a quand même fait de la peine. J'aurais... si ça avait été possible, j'aurais aimé ça rester dans le quartier, mais là on ne peut pas faire vivre une clinique à bout de bras, tout seul, alors... et les conditions que gouvernement nous donnait à l'époque ne nous permettaient pas de poursuivre. »*

Dans ce passage, le cas05 parle de la peine qu'elle a éprouvée de quitter le quartier défavorisé où elle a pratiqué pendant une quinzaine d'années. On sent qu'elle avait un certain attachement au quartier en question. Il semble, à première vue, que le cas05 utilisait la stratégie du blâme en se disant que c'était plutôt de la faute des conditions de travail que le gouvernement donnait aux médecins pratiquant en cabinet privé.

Le réseau social professionnel a encore une fois exercé une influence sur le choix des deuxièmes communauté et organisation de pratique clinique du cas05. Le cas05 soutient qu'elle et ses deux collègues avaient une pratique assez imbriquée. Elles offraient toutes trois des services d'obstétrique-périnatalité. Les deux collègues du cas05 étaient convaincues de venir pratiquer à la clinique de groupe située dans un autre quartier. Elles s'y voyaient bien. Le cas05 et ses collègues connaissaient d'ailleurs très bien un ou deux collègues médecins de famille qui pratiquaient déjà à cette clinique, dont un qui était un ami proche. Quant à elle, le cas05 n'était pas convaincue qu'il s'agissait du type de communauté dans laquelle elle désirait offrir des services médicaux. En fait, elle trouvait qu'il était important de continuer de pratiquer dans le quartier défavorisé où se trouvait la première clinique puisqu'il n'y avait pas beaucoup de cliniques et de services médicaux.

*« Bon des fois... bien nous on était quand même trois médecins à avoir une pratique assez imbriquée parce que Dr (...)... mais elle, elle n'a pas continué à faire des accouchements,*

*mais elle fait des suivis de grossesse et il y a Dr (...) avec qui je travaille qui fait des accouchements, on est dans le même groupe. Et donc on avait une pratique assez imbriquée les trois, et elles, elles étaient convaincues de venir ici, d'ailleurs on connaissait un ou deux médecins très bien, il y en a un que c'est un ami personnel, alors pour elles, elles se voyaient bien ici, et moi un petit peu moins, mais là c'est que sinon je me serais... il n'y avait pas vraiment de clinique dans le quartier. Moi j'aurais préféré rester dans le quartier (...), je trouvais ça important qu'on continue dans ce quartier-là et il n'y avait pas tant de médecins que ça. »*

On peut voir dans ce passage les intérêts du cas05 pour le quartier défavorisé. Elle se préoccupait de l'offre de services médicaux dans cette communauté. Ceci semble faire davantage allusion à des dispositions propres à la médecine sociale.

Le cas05 poursuit d'ailleurs ses propos en ajoutant qu'il y avait bien quelques cliniques médicales dans le quartier défavorisé mais qu'elle et ses deux collègues n'auraient pu pratiquer dans celles-ci puisqu'elles n'avaient pas beaucoup d'affinités avec les médecins de famille qui y pratiquaient et ne partageaient pas leurs valeurs. En effet, la pratique de ces médecins de famille étaient plutôt axées sur des services de sans rendez-vous et très peu sur la prise en charge. Enfin, le cas05 et ses deux collègues avaient plus d'affinités avec les médecins de famille qui pratiquaient au CLSC du quartier défavorisé. Cependant, les contraintes imposées par ce type d'organisation auraient fait en sorte que le cas05 laisse tomber toute sa clientèle qui habite en dehors du territoire du CLSC. Le cas05 ajoute par ailleurs en riant qu'elle et ses deux collègues étaient habituées à une certaine liberté, une certaine autonomie, et qu'elles craignaient d'être éventuellement enrégimentées avec les priorités de la direction du CLSC.

*« Il y en a encore, mais... puis en tout cas...mais les autres cliniques qui existaient, c'était pas des médecins avec qui on avait beaucoup d'affinités, c'était des médecins assez axés sur le sans rendez-vous, pas beaucoup de prise en charge, en tout cas ils ne partageaient pas les mêmes valeurs que nous, alors on ne se voyait pas aller travailler dans ces cliniques-là, il aurait fallu qu'on aille avec le CLSC, où là on avait plus d'affinités avec les médecins là-bas, mais en étant en CLSC, il aurait fallu que je laisse toute ma clientèle qui était hors secteur et aussi, bon, tu es plus enrégimenté avec les priorités de la direction du CLSC, alors que nous, on était habitués d'avoir une certaine liberté. (rire) »*

Il est possible de voir dans ce passage l'intérêt du cas05 pour la prise en charge de la clientèle; une valeur (ressource culturelle) propre à la médecine familiale. Elle utilise cette valeur pour justifier la présence ou l'absence d'affinités qu'elle a avec des confrères ou consœurs médecins de famille. On peut également voir l'intérêt que le cas05 porte pour son autonomie professionnelle. Il y a donc dans ce passage des dispositions propres au professionnalisme médical qui exercent une influence importante sur le comportement du cas05.

Donc, tout ceci a fait que le cas05 (et ses collègues) s'est finalement retrouvée à la clinique médicale privée de groupe où elle pratique au moment de l'entrevue, bien que ce n'était pas son premier choix. La clinique est devenue une clinique-GMF quelques années plus tard.

*« Alors disons que ça a fait que je me suis retrouvée ici. Mais disons que c'était pas mon premier choix. »*

En effet, le cas05 était réticente à pratiquer dans le nouveau quartier (communauté) parce qu'elle craignait qu'elle ne serait pas en mesure d'avoir de nouvelles grossesses. Elle précise toutefois en riant que la pénurie de médecins de famille offrant des services d'obstétrique-périnatalité est telle qu'elle n'éprouve aucune difficulté à avoir de nouvelles grossesses. Elle est d'ailleurs débordée depuis environ deux ans au moment de l'entrevue.

*« Bien ça c'était un petit peu ma réticence aussi pour venir ici, mais finalement il n'y a pas de problème. Il manque tellement de médecins qui font des suivis d'obstétrique sur l'Île de Montréal que bon. »*

En terminant, il est important de souligner certains traits de personnalité que le cas05 mentionne explicitement au cours de l'entrevue. Celui-ci possède une ouverture d'esprit.

*« C'est peut-être ça qui a fait qu'on a une ouverture d'esprit... »*

En outre, elle est devenue autonome très tôt; en fait, dès son jeune âge.

*« Alors nous, il a fallu qu'on devienne autonomes très jeunes. J'avais 5 ans, la première journée, elle est venue me reconduire à la maternelle et il a fallu que je revienne toute seule. (rire) Alors toute mon enfance, ça été comme ça. Et il ne fallait pas trop lui en demander, elle était souvent fatiguée, elle revenait du travail à 6h, nous on se débrouillait quand on revenait de l'école, alors je pense que c'est ça qui a plus fait que.... »*

Elle a également été indépendante tôt puisqu'elle a dû payer elle-même ses études universitaires..

*« Bien d'ailleurs c'est moi qui ai payé toutes mes études. »*

Le cas05 est très sportive. Elle se qualifie même de maniaque pour la pratique d'un sport en particulier; une activité sportive qu'elle pratique d'ailleurs au niveau récréatif et compétitif depuis plus de 20 ans. Il faut de l'endurance et une force de caractère pour maintenir l'entraînement nécessaire et un niveau de compétition.

*« Bien l'hiver, moi je suis une maniaque de (...). Je suis dans un club, ça fait 20 ans que je suis dans ce club-là (rire) je suis une des plus anciennes, alors et on fait même des compétitions. »*

Parmi les valeurs propres au cas05, il y a celle d'éviter de trop médicaliser.

*« On a des gens et moi aussi c'est dans mes valeurs de ne pas trop médicaliser. »*

Elle pense être pourvue d'une certaine intelligence affective lui permettant notamment de sentir la situation des individus, d'entrer en communication avec eux avec succès, d'arriver à les deviner en quelque sorte. Le cas05 croit que ce type d'intelligence l'aide beaucoup dans sa pratique de la médecine familiale.

*« Ça je trouve que l'art intervient beaucoup dans ça, dans le sens qu'on va sentir les situations des gens, comment on va réussir à communiquer avec eux, à les deviner un petit peu. Je pense que de plus en plus ils essaient de former les jeunes médecins pour ça, mais il y a aussi beaucoup comment... je pense l'intelligence affective peut compter dans ça et il y en a qui l'ont et d'autres qui ne l'ont pas, alors j'imagine que pour ceux... moi je pense quand même que – je ne veux pas me vanter – mais j'ai une certaine facilité dans ça. »*

Le cas05 avoue avoir un tempérament un peu contestataire lorsqu'elle était étudiante en médecine.

*« (...) dans le sens que moi, comme étudiante en médecine, bien j'avais un côté un peu contestataire (...). »*

Celle-ci se dit habitée d'une conscience sociale. Ceci est évident dans le discours du cas05 et ce, tout au long des séances d'entrevue. En outre, le cas05 parle souvent des valeurs de la société et comment celles-ci influencent la pratique médicale.

*« Parce qu'en plus, j'avais comme une conscience sociale, (...) »*

En outre, elle possédait des motivations de changements sociaux à travers une pratique médicale durant sa formation et le début de sa carrière.

*« (...) alors j'avais des motivations de changements sociaux aussi. »*

Elle avait même été membre de groupes durant ses études médicales, dont d'un groupe socialiste en santé entre autres.

*« (...) j'avais fait partie de groupes, comme un groupe socialiste de santé, des choses comme ça, (...). »*

Point particulièrement intéressant, à la toute fin d'une des séances d'entrevue et juste avant le départ de l'intervieweuse (en l'occurrence la chercheuse principale), le cas05 a affirmé penser différemment et ne pas être comme les autres médecins. Celle-ci pense d'ailleurs qu'un certain type de médecins sera intéressé à participer à la présente étude. Elle est d'opinion que les médecins de famille qui croit au « social » pourraient être intéressés, et peut-être moins les médecins « plus médical » (elle a alors mis les mains autour des yeux comme pour montrer l'étroitesse de la vision en lorgnière de ce type de médecins).



## Pratique professionnelle actuelle

Le cas05 pratique maintenant dans trois types d'organisation. Son lieu principal de pratique est une clinique médicale privée de groupe GMF où elle y travaille à raison de quatre jours par semaine. Elle pratique l'accouchement à un CHU. Dans les faits, celle-ci pratique l'accouchement au même CH depuis presque le tout début de sa pratique médicale. Enfin, elle pratique la médecine dans un domaine médical particulier (champ d'intérêt) dans une clinique médicale privée de groupe interdisciplinaire à raison d'une demi-journée par semaine ou aux deux semaines. Le cas05 précise être médecin locataire à la clinique-GMF ainsi qu'à la clinique interdisciplinaire. En outre, elle dit que le montant de son loyer (participation aux frais généraux) représente, au total, près de 30 % de sa rémunération. Elle n'est aucunement impliquée dans l'administration de la clinique-GMF. Enfin, le paiement à l'acte est l'unique mode de rémunération du cas05.

Le cas05 aborde ses responsabilités face à deux de ses organisations de pratique (clinique-GMF et CHU) et à leur équipe. Elle parle de l'unité d'obstétrique du CHU où il y a une pratique d'équipe pour le partage des gardes. En outre, elle est de garde une journée (24 heures) par semaine, une fin de semaine sur six ainsi qu'à Noël et au Jour de l'An. Elle participe également à des réunions de formation et des réunions de discussions entre collègues.

*« Et le jeudi, très souvent le jeudi c'est là que je suis de garde pour les accouchements, parce que nous, on est quand même une équipe de 6-7 médecins, à partager ensemble les accouchements. Alors c'est ça, pendant 24 heures, c'est moi qui suis disponible pour aller faire les accouchements de toutes les patientes de notre groupe de 6-7 médecins qui se présenteraient à la salle d'accouchement pour accoucher. »*

Le cas05 parle également de la pratique d'équipe à la clinique-GMF pour le partage des gardes et la couverture des heures défavorables. En fait, celle-ci fait implicitement allusion à ses responsabilités de faire du sans rendez-vous (une demi-journée par semaine) et des fins de semaine (environ quatre samedis par année) suivant la mission de la clinique-GMF. Le cas05 affirme avoir offert des services cliniques à des heures défavorables (soirs) dans les premières années de sa pratique, mais elle a arrêté depuis constatant, entre autres choses, que c'est là que les individus manquaient le plus leurs rendez-vous.

*« Bien c'est pour l'obstétrique, bon c'est sûr que j'ai une fin de semaine sur 6 où je dois couvrir, et ici le sans rendez-vous, à peu près 4 samedis par année. Donc... bon. Alors même après 25 ans, je fais encore des fins de semaines, des Noël, des Jours de l'An... (...) »*

Le cas05 souligne la nécessité d'équité dans le partage des tâches cliniques. En outre, elle confie qu'il existe des problèmes à ce niveau à la clinique-GMF et que ceci est particulier à cette organisation. Certains médecins sont très réticents de participer au partage des gardes (pour le sans rendez-vous) et des heures défavorables. Ceci fait en sorte que le partage des tâches cliniques n'est pas équitable (au moment de l'entrevue).

*« Ça devrait être ça, mais ici au départ en tout cas, c'est particulier à notre clinique, on a des problèmes avec ça. Ils n'ont pas fait cette entente-là dès le départ. Alors il y a des médecins qui ne veulent pas revenir en arrière, ils sont très réticents et là c'est pas équitable présentement. »*

Le cas05 se doit aussi de participer à des réunions d'équipe à la clinique-GMF. Ces réunions touchent surtout l'organisation des services cliniques; les questions d'ordre budgétaire ou liées aux locaux abritant la clinique revenant aux associés.

*« Bien nous, c'est surtout, comme là tantôt justement à 17h30, on a une réunion du GMF. Alors là on discute plus des problèmes en rapport avec l'organisation clinique, comment on se répartit le travail, la clinique sans rendez-vous, comment on va fonctionner, les problèmes de secrétariat, des choses comme ça qu'on discute ensemble. Mais pour les décisions de faire des améliorations locatives, c'est plus les associés qui font ça. On ne gère pas le budget. »*

On peut voir dans ces quatre passages que le cas05 fait davantage allusion à des responsabilités face à l'équipe médicale dans chacune des deux organisations (clinique-GMF, CHU) pour le partage des tâches cliniques qu'à des responsabilités face aux organisations comme telles. Il ne semble pas s'agir d'une adhésion, à proprement parler, à la mission et aux valeurs des organisations (clinique-GMF, CHU). Cet intérêt ou cette obligation serait davantage situé au niveau des relations sociales professionnelles.

La clinique médicale privée de groupe est accréditée GMF par le MSSS depuis le milieu des années 2000. Près d'une vingtaine de médecins de famille ou omnipraticiens et trois médecins spécialistes travaillent à la clinique médicale. Selon le cas05, seuls elle et un autre collègue médecin de famille y travaillent quatre jours par semaine, tandis que les autres y travaillent à raison d'une ou quelques demi-journées par semaine.

*« Je ne sais pas le nombre exact, mais je pense que ça doit tourner autour de 20, mais il n'y a personne qui est à temps plein. Je suis une de celles qui fait le plus de temps, et un autre médecin qui est à peu près à 4 jours, mais les gens font beaucoup une pratique à l'extérieur aussi. Alors ils sont ici deux jours, et deux jours ailleurs, 2-3 jours ailleurs. Et il y a quelques spécialistes qui viennent une demi-journée par semaine aussi. »*

La clinique médicale se spécialise principalement dans un domaine d'expertise particulier. En effet, plusieurs médecins omnipraticiens de la clinique partagent le même champ d'intérêt particulier. Ces derniers ont tous développé des connaissances, des compétences et une expertise pointues quant à la prise en charge, le suivi et le traitement dans le domaine médical de ce champ de pratique particulier. Ils offrent donc des services de soins spécifiques à un certain type de clientèle. Ils sont également très impliqués dans la recherche clinique dans ce domaine médical en collaboration avec les compagnies pharmaceutiques.

*« Pour (...), ici il se fait beaucoup de recherche clinique sur les médicaments auprès de la clientèle, alors il y a les compagnies pharmaceutiques qui sont impliquées dans ça. »*

En plus des services médicaux, cliniques et de recherche offerts dans son domaine d'expertise particulier, l'organisation offre également des services médicaux généraux et spécialisés. Deux médecins de famille offrent des services d'obstétrique-périnatalité (suivi de grossesses et accouchements) et un troisième offre des services de périnatalité (suivi de grossesses) seulement. Un médecin de famille offre des services de médecine esthétique. Trois médecins spécialisés dans des domaines différents offrent des services cliniques. Un infirmier et une infirmière GMF y travaillent à temps plein, dont un est davantage intégré aux services offerts dans le domaine d'expertise particulier de la clinique (au moment de l'entrevue). Deux psychologues, un nutritionniste et une diététicienne offrent également des services cliniques. L'organisation offre des services de sans rendez-vous (ou rendez-vous du même jour) à tous les jours durant les heures d'ouverture de la clinique pour les patients de la clinique seulement. Elle offre aussi des services de visites à domicile. La clinique médicale est ouverte tous les soirs de la semaine sauf le vendredi ainsi que les samedis jusqu'en début d'après-midi. Elle est fermée le dimanche. Le cas05 a un poste informatique disponible dans son bureau. Suivant la mission GMF de la clinique, ceci devrait lui permettre un accès directe et rapide à partir de son bureau à l'ensemble des informations disponibles dans le dossier clinique des patients, incluant les résultats des examens diagnostiques et des analyses de laboratoire. Or il semble fort probable que l'informatisation de l'ensemble des dossiers médicaux de la clinique soit encore en progression au moment de l'entrevue puisque le cas05 se plaint de devoir courir régulièrement après les résultats manquants d'examens et de tests. Qui plus est, le cas05 rêve d'un monde idéal dans lequel il y aurait l'information du réseau de santé et des cliniques médicales privées pour un accès rapide aux résultats des examens diagnostiques, dont les tests sanguins. Ce commentaire est d'autant plus étrange que l'informatisation des cliniques-GMF est un des avantages de ce nouveau modèle d'organisation de l'offre des services médicaux de première ligne. La clinique médicale semble bien organisée. En fait, il y a une équipe de

personnel de soutien pour la réalisation des tâches administratives et secrétaires de la clinique (une dizaine de secrétaires) ainsi qu'une équipe de recherche clinique pour la réalisation des tâches administratives et de recherche pour supporter la réalisation des projets de recherche dans le domaine d'expertise particulier de la clinique (une dizaine de professionnels en recherche, gestionnaires et standardistes).

La clinique médicale privée de groupe GMF se trouve au rez-de-chaussée d'un immeuble domiciliaire en copropriété construit au milieu des années 1990. Des médecins de famille se sont associés pour fonder la clinique médicale privée de groupe et ont alors fait l'achat d'un espace dans le bâtiment pour y installer des locaux. Dès l'entrée à l'intérieur de la clinique se trouve une petite pharmacie-clinique. Il n'y a qu'une officine. Bien qu'elle occupe des locaux dans le même espace du bâtiment que la clinique, la pharmacie est une entité indépendante de la clinique, avec des murs et une porte d'entrée vitrés la séparant des locaux de la clinique. Celle-ci est locataire et paie un loyer.

*« Donc au départ, c'est des ententes qu'ils ont faites quand ils ont acheté les locaux ici. Ils chargent un loyer à la pharmacie tout simplement. »*

La clinique-GMF est située dans un des arrondissements du centre-ville de la métropole. Le secteur de l'arrondissement où se trouve la clinique fait parti d'un territoire de RLS. La population du territoire représente moins de 10 % de la population régionale totale. Celle-ci se démarque, à bien des égards, du portrait de la population montréalaise. Tout d'abord, on retrouve sur le territoire les quartiers les plus densément peuplés de la région. En outre, plus de la moitié de la population est âgée entre 20 et 44 ans. Une forte proportion des habitants de certains secteurs du territoire sont très favorisés sur le plan matériel, tandis que près du quart des habitants du secteur où se trouve la clinique font partie des plus démunis. Au niveau du territoire, près de quatre enfants sur dix vivent dans des familles dont le revenu est inférieur au seuil de faible revenu. Selon les données sociodémographiques du recensement 2006, près de 13 % de la population du territoire est âgée de moins de 18 ans, environ 77 % a entre 18 et 64 ans tandis qu'un peu plus de 10 % a 65 ans et plus. Plus de la moitié des ménages du territoire compte une seule personne. Les données socioculturelles du recensement 2006 indiquent que le français est la langue maternelle pour environ sept résidents sur dix. Un peu plus d'un individu sur cinq résidant sur le territoire est immigrant. Les données socioéconomiques du recensement 2006 indiquent, quant à elles, un peu plus de 15 % des habitants âgés de 15 ans et plus ne détiennent aucun diplôme, certificat ou grade. Il s'agit là d'individus faiblement scolarisés. Par contre, près de 42 % des habitants âgés de 25 ans et plus sont fortement

scolarisé, détenant un diplôme, certificat ou grade universitaire. Le revenu moyen après impôt de la population de 15 ans et plus était de 20 084 \$. Près de quatre enfants sur dix vivent dans des familles dont le revenu est inférieur au seuil de faible revenu. Le territoire enregistrait un taux de chômage de près de 8 % pour la semaine ayant précédé le jour du recensement (16 mai 2006). Enfin, plus de 40 % de la population âgée de 12 ans et plus rapportaient, en 2005, ne pas avoir de médecin de famille.

Le bâtiment où se trouve la clinique médicale est situé sur un des boulevards importants de la métropole. Le quartier où se trouve la clinique est surtout commercial, avec des zones résidentielles dans les rues derrière les artères commerciales. Il y a plusieurs rues importantes et commerciales de la ville. Il y a plusieurs commerces et services, dont un centre commercial, une université, un cégep, des écoles, des restaurants, des bars, des refuges. De plus en plus de maisons, bien que vieilles, ont été rénovées et sont généralement bien entretenues. D'autre part, certaines sont peu entretenues. Il y a des quelques développements domiciliaires beaucoup plus récents. Parmi les ressources de soins de santé disponibles tout près dans le quartier où se situe la clinique-GMF, on retrouve, entre autres choses, deux cliniques médicales (dont l'une est un GMF accrédité), un point de service CLSC (offrant des services GMF), deux CHSLD, un pavillon d'un CHU, des pharmacies à large surface et des pharmacies-cliniques (dont l'une dans le même bâtiment où se trouve la clinique), quelques cliniques dentaires, bureaux d'optométristes et bureaux de psychologues. Parmi les ressources de soins de santé et de services sociaux du territoire, on retrouve le CSSS qui est un établissement qui regroupe trois CLSC (cinq installations) et quatre CHLSD (huit installations). Deux des trois CLSC sont accrédités GMF. En outre, le CSSS est désigné centre affilié universitaire, ce qui lui confère une mission complémentaire d'enseignement et de recherche. Sur l'ensemble du territoire de RLS, on retrouve un CHU, dont l'un des pavillons possède une unité de médecine familiale (UMF) qui est accréditée GMF. Bien qu'il offre des soins de santé généraux à la clientèle située sur le territoire, il est d'abord et avant tout un CHU offrant des services spécialisés et sur-spécialisés à une clientèle régionale et suprarégionale. Il y a également sur le territoire plusieurs cliniques médicales « privées » offrant des services médicaux généraux (plus d'une quinzaine, dont deux sont des GMF accrédités, une est une CR accréditée ainsi que deux sont des GMF et CR accrédités) ou spécialisés, CH de réadaptation ou de soins de longue durée, centres de réadaptation (déficience physique, déficience intellectuelle, dépendances), centres jeunesse, plusieurs pharmacies (grande, moyenne ou petite superficie), plusieurs bureaux de professionnels de

la santé (dentistes, audiologistes, orthophonistes, psychologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, optométristes, etc.) ainsi que plusieurs organismes communautaires dont les activités sont liées à la santé et aux services sociaux (santé mentale, toxicomanie, déficience physique, déficience intellectuelle, jeunesse, perte d'autonomie liée au vieillissement, etc.). Il y a également des cliniques de médecine privée (hors RAMQ) offrant des services diagnostiques et/ou médicaux. Enfin, certains professionnels de la santé non traditionnels offrent des services (naturopathes, homéopathes, massothérapeutes, chiropraticiens, ostéopathes, etc.).

Le cas05 ne prend plus de nouveaux patients, exception faite des femmes enceintes et des bébés de ses patientes dans certaines occasions. En fait, elle accepte de devenir le médecin de famille des femmes qui n'ont pas de médecin de famille et qui en font la demande suite à leur accouchement. Néanmoins, celle-ci n'accepte pas tous les nouveaux nés de ses patientes. Le cas05 prend les nouveaux nés seulement si les patientes habitent proches ou si elle assure déjà la prise en charge du suivi de la fratrie.

*« Et bon, les femmes aussi après ça, elles n'ont pas de médecin de famille, alors elles veulent continuer avec nous, sauf que moi, comme je fais 4 jours encore de clinique ici, je peux absorber celles que je suis pour leur grossesse et qui n'avaient pas de médecin de famille avant, je continue après, mais mes deux collègues ne continuent pas après. (...) Non c'est ça, je ne peux pas prendre tous les bébés. Alors en général, j'essaie... surtout celles qui sont près d'ici, peut-être que je vais prendre le bébé ou si j'ai déjà le frère ou la sœur, quand c'est leur deuxième ou troisième, mais celles qui sont plus loin, je les encourage à trouver près de chez elles. »*

Ceci dit, à la demande du CH, elle se doit de limiter le nombre de nouvelles grossesses qu'elle accepte de suivre puisque l'équipe d'obstétrique-périnatalité est débordée depuis environ un an (au moment de l'entrevue). Celle-ci refuse donc parfois de prendre des nouvelles grossesses afin de pas trop dépasser la limite imposée par le CH ou lorsque le premier rendez-vous serait trop tard dans la grossesse.

*« Ah non, on refuse! D'ailleurs l'hôpital nous demande de refuser. On s'est fait avertir, depuis un an, qu'on en prenait trop et tout ça. Nous aussi on trouvait qu'on était débordés, l'été dernier on en avait trop, c'était devenu invivable, mais même, on en prendrait un petit peu plus que ce que l'hôpital veut nous limiter, parce qu'on trouve qu'il faut répondre quand même à la demande, et ils mettent des quotas; mais c'est un problème avec l'Hôpital (...). Bon, ça ils en ont parlé aussi dans les médias, mais aussi il y a notre limite, moi quand je vois que le rendez-vous va être trop tard dans la grossesse, je ne les prends pas, elles sont refusées, on leur dit qu'il faut s'adresser ailleurs. »*

La durée de la consultation durant les cliniques avec rendez-vous varie en fonction de la raison pour la visite. Elle s'établit à 15 ou 30 minutes selon que la visite est pour un rendez-vous de suivi ou

pour un examen annuel. Enfin, la durée de la consultation durant les cliniques de sans rendez-vous s'établit à environ une dizaine de minutes.

*« Alors c'est ça, les rendez-vous sont comme aux 15 minutes ou demi-heures, tout dépendant pourquoi les gens viennent. Si c'est pour leur examen annuel ou pour un rendez-vous de suivi. »*

Les services de soins d'obstétrique-périnatalité occupent une place importante dans la pratique du cas05. Elle suit peut-être 80 à 90 grossesses par année. Les suivis de grossesses représentent environ 30 à 40 % de sa pratique. À chaque semaine, quelques demi-journées de clinique avec rendez-vous sont consacrées aux suivis de grossesses.

*« Moi je suis restée quand même assez polyvalente, mais quand même, ça prend une place particulière, la minute qu'on fait des accouchements, ça amène un certain type de clientèle, et il y a un minimum de temps qu'il faut consacrer à ça, alors c'est sûr que ça prend peut-être 30 à 40% de ma pratique qui va vers ça, et puis ma plus grande implication si on veut, en dehors de la clinique, va vers ça aussi. »*

L'autre partie de sa clientèle se compose d'une clientèle type de médecine générale allant des bébés naissants à des adultes dans la cinquantaine avancée et compte peu de personnes âgées et beaucoup de femmes. Le cas05 est d'ailleurs le médecin de certains de ses patients depuis le tout début de sa pratique médicale, donc depuis plus de 25 ans. Elle dit en riant avoir déjà eu des patients âgés de 60 ans et plus en début de pratique, mais que ceux-ci sont éventuellement décédés. C'est ce qui explique pourquoi sa clientèle n'est pas constituée de plusieurs personnes âgées.

*« Alors moi j'ai une clientèle, ça fait 25 ans que je travaille, (rire) donc j'ai ma clientèle depuis 25 ans, il y a des gens que je suis leur médecin depuis 25 ans. Alors... mais j'ai pas tellement de personnes âgées (rire) ils n'ont pas encore atteint 60-70 ans. Mais celle que j'avais qui était âgée en début de ma pratique sont tous morts, mais... (rire) Alors disons que mes plus âgés ont dans la cinquantaine avancée et j'ai des bébés naissants, donc c'est tout cet éventail-là que je vois et puis beaucoup de nouvelles grossesses aussi, j'en suis peut-être 80, 90 par année. »*

En outre, le cas05 poursuit ses propos en précisant faire une clinique de sans rendez-vous une demi-journée par semaine. Cette clinique est offerte uniquement à l'ensemble des patients de tous les médecins pratiquant à la clinique-GMF. Elle souligne que ceci lui donne l'occasion de voir divers types de clientèles puisque plusieurs de ses collègues médecins de famille offrent des services de soins spécifiques à certains types de clientèles dans deux domaines médicaux bien particuliers.

*« Le (...) matin, je fais la clinique plus sans rendez-vous, mais c'est pour toute la clientèle de la clinique, mais c'est des gens qui ont un problème plus urgent, qui ne peuvent pas attendre le rendez-vous avec leur médecin, donc qui doivent être vus plus rapidement. Donc c'est un peu plus varié comme clientèle, parce que là je peux vraiment avoir les patients de tous les médecins ici à la clinique. Ici, c'est parce qu'il y a beaucoup de médecins qui font*

*(...), mais moi dans ma clientèle régulière, j'en ai pas. (...) Par contre, je peux me débrouiller pour certains problèmes plus ponctuels de cette clientèle-là, quand je les vois au sans rendez-vous, je peux me débrouiller pour régler, en attendant qu'ils voient leur médecin, mais pas pour le suivi à long terme. Alors donc je vois cette clientèle-là aussi à mon sans rendez-vous, il y a beaucoup... ici on accepte les gens qui n'ont pas nécessairement de médecin ici pour des problèmes (...), ça on peut avoir ça au sans rendez-vous. »*

Enfin, le cas05 offre aussi des services de soins spécifiques à un certain type de clientèle dans son champ d'intérêt particulier dans une clinique de groupe interdisciplinaire.

Le cas05 rapporte que plusieurs de ses patients ont recours à Internet comme source d'information en matière de santé. À ses yeux, il s'agit d'un problème qui peut avoir des conséquences et des effets pervers et néfastes. Bien que certains patients semblent bénéficier de ce type d'informations, elle considère qu'il en est tout autre pour les patients ayant tendance à être plus anxieux. En effet, le cas05 remarque que la lecture sur Internet est responsable d'une augmentation du niveau d'anxiété en matière de santé chez un très grand nombre d'individus. Ces individus anxieux viennent alors voir leur médecin pour parler de leurs inquiétudes et parfois demander des examens. Il en revient au médecin à gérer cette situation problématique. Cela dit, elle ajoute qu'il y a aussi certains patients qui lisent beaucoup d'informations portant sur leur problème de santé, au point où ils en savent peut-être plus sur le sujet que le cas05. Elle se dit très confortable avec ce genre de situation en autant, cependant, que les informations et leurs sources soient crédibles. Celle-ci encourage alors les patients dans leur autonomie. Il en est tout autre s'il s'agit de sources non crédibles et peu fiables et de choses non prouvées. Le cas05 se doit, à ce moment-là, de prendre une partie considérable du temps de consultation pour discuter de l'information peu crédible et essayer de défaire les nouvelles connaissances du patient et le faire changer d'idée et ce, tout en conservant un ton calme et en lui donnant de la place.

*« Et les gens aussi qui lisent... ça moi je trouve que c'est carrément un problème, les gens qui lisent sur Internet, bon, ils disent que ça favorise l'autonomie face à notre santé, mais moi je pense que des fois il y a plus d'effets néfastes que d'effets positifs à ça parce que les gens nous arrivent avec toutes sortes d'affaires. (rire) (...) Mais moi, ça je vois que ça augmente le niveau d'anxiété des gens, de lire sur Internet, pour beaucoup, beaucoup de gens. Peut-être que ceux que ça ne les dérange pas et que ça les rend plus autonomes, finalement c'est qu'on ne les voit pas, mais ceux que ça rend plus anxieux, finalement ils se ramassent dans nos bureaux et on a à gérer ça. Et il y en a aussi qui arrivent, ils ont tout lu sur leur problème, mais des fois ça les aide, ils en savent plus que nous, finalement, mais là... moi j'ai pas de complexe face à ça, je leur dis "bien écoute, tant mieux, tu as lu là-dessus et tu en sais plus que moi maintenant. Toi tu as plus de temps que moi (rire) à consacrer à ça." Alors si je vois que c'est crédible et qu'ils ont lu la bonne affaire. Je ne me*



*sens pas complexée, je ne me sentirai pas mal que finalement... au contraire, je vais les encourager dans leur autonomie, mais ceux qui... bon, si c'est des choses qui ne sont pas crédibles et qu'ils sont allés sur des sites qui étaient... bon de naturopathes, ou des choses qui ne sont pas prouvées scientifiquement, bien là... »*

Autant que possible, le cas05 promeut la participation active ou la collaboration des patients au processus décisionnel. En effet, elle avoue entretenir de plus en plus une relation avec les patients leur permettant de participer à la prise de décision, voir de la partager. Cette participation est importante à ses yeux puisqu'elle augmente les chances que les patients adhèrent aux recommandations et aux traitements en comparaison à si ceux-ci s'en remettent entièrement à ses préférences et à son opinion professionnelle pour prendre une décision. Elle tente en général de présenter les options disponibles et de les conseiller afin que les patients fassent des choix informés. Les patients sont donc également un des facteurs d'influence sur sa pratique. D'autre part, elle précise qu'il existe toutefois des situations cliniques pour lesquelles il est préférable de privilégier le modèle décisionnel paternaliste. En outre, le cas05 fait allusion aux situations pour lesquelles il existe un consensus sur les traitements, tels que les traitements de la cystite par exemple. Le médecin est persuadé de savoir ce qui est le mieux pour le patient et agit, de ce fait, dans l'intérêt de ce dernier.

*« Oui, de plus en plus. Et moi je trouve ça important de les faire participer parce qu'on a plus de chances qu'ils adhèrent à ce qu'on a décidé ensemble finalement, que si c'est moi qui décide tout seul. Alors... et surtout si ça implique des changements dans leur vie, c'est pas juste un médicament... c'est sûr qu'il y a des traitements pour une cystite, c'est sûr qu'on ne fait pas prendre la décision par la patient, c'est un antibiotique pendant 3 jours puis (rire) ça ne change pas... je pense que là ils n'ont comme pas le choix de prendre tout ce qu'on sait qui est bon pour eux, mais quand ça implique des changements dans leur vie ou de prendre des médicaments pendant des mois ou des années, ou des choses comme ça. Par exemple, pour la grossesse et l'accouchement aussi, c'est important que les femmes aient toute l'information, de savoir comment elles vont vouloir que ça se passe pendant leur accouchement. Elles ne peuvent pas tout prévoir et il ne faut pas que... (...) Mais quand même, qu'elles se soient informées, et qu'elles aient pris connaissance des moyens naturels pour aider pour la douleur, des avantages et des inconvénients des autres moyens, de l'épidurale et tout ça pour que bon, quand elles vont décider finalement, si elles veulent avoir recours à ça, bien qu'elles sachent un petit peu ce que ça implique. »*

Le suivi au long cours et le contact particulier sur toute la famille sont parmi les choses que le cas05 aime le plus dans sa pratique. Elle semble donc apprécier grandement le contact humain. Celle-ci aime suivre sa clientèle pendant plusieurs années. Elle apprécie voir l'évolution des patients et apprendre à les connaître à travers la relation médecin-patient au long cours. Pendant longtemps, le cas05 prenait en charge le suivi de toute la famille : la maman, le papa et tous les

enfants. Celle-ci connaissait toute l'histoire familiale. Le suivi de la famille débutait souvent par des suivis de grossesses et de bébés. Elle voyait donc les familles grandir. Le cas05 déplore d'ailleurs ne plus être en mesure d'assurer ce genre de suivi familiale autant qu'avant. Bien entendu, sa pratique d'obstétrique-périnatalité a une place importante dans tout ça. Elle assure maintenant le suivi de grossesse à des patientes qu'elle a elle-même mis au monde. Au moment de l'entrevue, aucune de ces patientes n'avait accouché sur sa garde, bien qu'une ait passé très proche. Le cas05 ajoute en riant qu'elle aurait aimé ça l'accoucher.

*« Qu'est-ce que j'aime le plus... bien moi je pense que c'est plus la clientèle que je garde pendant des années, avec qui j'ai partagé souvent au début la grossesse, l'accouchement, le suivi des bébés et de continuer de poursuivre ça et c'est ce que je déplore aussi, c'est que maintenant je ne peux pas autant garder les familles que je pouvais le faire avant. Alors c'est peut-être ça, cet aspect-là de ma pratique que j'aime le plus. Alors l'obstétrique a quand même une place importante dans ça, même si je ne suis pas nécessairement là à leur accouchement, le fait qu'on ait vécu la grossesse ensemble, et qu'ils reviennent me voir après avec leur bébé, et tout ça, et après, à un moment donné ils ont 5, 6, 8, 10 ans. Là, j'en ai eu qui sont rendues adultes et que j'ai suivies pour leur grossesse. J'en n'ai pas eu encore que j'ai mis au monde et que ça n'a pas adonné qu'elles ont accouché sur ma garde, mais j'en ai eu une qui était enceinte et qui a accouché cet hiver, je l'avais mise au monde, je l'ai suivie pour toute sa grossesse, elle a failli... je pense qu'elle a accouché le lendemain de ma journée de garde, donc j'ai failli l'accoucher. J'aurais aimé ça. (rire) »*

Le cas05 est d'avis que la continuité des soins permet le développement d'un climat de confiance dans la relation médecin-patient. Le médecin et le patient apprennent à se connaître à travers les rendez-vous en clinique au cours des années. Ce climat de confiance n'étant pas nécessairement présent dans la pratique clinique sans rendez-vous, ce type de pratique est parfois plus difficile pour le cas05.

*« On a le temps d'établir un climat de confiance avec notre clientèle et de leur dire "bien écoutez, si ça se détériore, si ça... vous revenez nous voir," on a comme, on peut se... Quand je fais du sans rendez-vous par exemple, que là c'est plus comme aux 10 minutes, bon là peut-être que ça peut être plus difficile, parce que là on voit des patients justement qu'on ne connaît pas bien et on ne peut pas nécessairement être sûrs qu'ils vont revenir si on essaie de leur transmettre qu'il y a certains symptômes qui devraient les faire revenir, mais on n'a peut-être pas le même climat de confiance qui s'était établi que quand c'est quelqu'un qu'on connaît. »*

Le cas05 développe davantage sa pensée en expliquant sa conception du rôle du médecin de famille, et plus particulièrement des valeurs et des compétences de la médecine familiale. Celle-ci parle surtout du suivi à long terme (continuité des soins), de la vision de la personne dans sa globalité ainsi que de favoriser l'autonomie des individus face à leur santé. Elle croît beaucoup en la valeur de la continuité des soins qu'elle considère d'ailleurs comme étant une forme d'engagement

de la part du médecin de famille à être le médecin de quelqu'un et à le suivre à long terme. Le cas05 trouve qu'il s'agit là peut-être de la valeur la plus importante. Elle apprécie également une prise en charge du patient axée sur la considération de l'aspect biopsychosocial, et donc d'une vision du patient dans son ensemble, dans sa globalité. Enfin, elle considère qu'une des valeurs de la médecine familiale est de favoriser l'autonomie des individus face à leur santé. Il s'agit ici de les faire sentir responsables de leur propre santé et d'identifier des actions à accomplir pour demeurer en santé ou encore, retrouver la santé. Celle-ci ajoute en riant qu'il faut montrer aux individus de ne pas toujours être à la recherche de solutions miracles en santé.

*« Mais moi c'est beaucoup là continuité, justement, que c'est comme un engagement, tu es le médecin de quelqu'un et de le suivre à long terme. Ça je trouve que c'est peut-être la chose la plus importante. Et de voir la personne dans son ensemble. Donc autant psychiquement, que socialement, que physiquement. C'est peut-être ça, et aussi favoriser l'autonomie des gens face à leur santé. Qu'ils sentent responsables, ça (inaudible) projeté, de les renvoyer à ce qu'ils peuvent faire, eux, pas toujours chercher la pilule miracle, la chirurgie miracle ou le test qui va trouver la maladie qu'ils ont. (rire) Alors c'est ça. »*

Point intéressant, le cas05 n'apprécie vraiment pas que les individus consultent les médecins de famille pour des raisons de fatigue et ce, sans avoir essayé au préalable de corriger la situation par eux-mêmes. Celle-ci émet ce commentaire à deux ou trois reprises au cours de l'entrevue. Il s'agit d'ailleurs d'une des choses qu'elle trouve le plus difficile, qui lui déplaît le plus dans sa pratique. Pourtant plusieurs choses autres que des problèmes de santé peuvent causer de la fatigue, telles que, par exemple, le rythme de vie incroyable, le surmenage au travail et le manque d'activité physique. Néanmoins, ces individus veulent souvent trouver la cause médicale sous-jacente à cette fatigue et demandent une utilisation des ressources afin de s'assurer qu'il n'y a pas un problème de santé sous-jacent.

*« Je dirais une des choses, vous m'avez demandé tantôt quelle est la chose que j'aime pas. Moi c'est tous les gens qui viennent nous voir parce qu'ils sont fatigués. Ça là, c'est une plainte qu'on voit tellement en médecine générale! Mais là il y en a beaucoup que bon, je trouve qu'ils n'ont pas fait assez d'efforts par eux-mêmes pour comprendre pourquoi ils étaient fatigués. Il faut toujours qu'ils viennent... c'est toujours la première chose c'est de dire "j'ai tu un problème de santé?" Alors que des fois les causes sont assez évidentes. Soit ils vivent un rythme de vie incroyable, ils ont un surmenage au travail, bon, alors c'est comme évident, ou ce que je trouve qu'on voit plus souvent au Québec, c'est les gens qui font zéro activité physique, l'hiver ils ne sortent pas, ils ne vont jamais à la lumière du jour, et après ça ils viennent nous voir au mois de janvier, février, et ils sont fatigués. »*

Le cas05 semble placer beaucoup d'importance à l'indépendance professionnelle des médecins. Elle craint les situations qui pourraient influencer la qualité de son exercice. Celle-ci

raconte une décision financière qu'elle et ses anciennes collègues de son premier lieu de pratique avaient eu à prendre lors du déménagement de leur clinique médicale à l'époque. Un pharmacien propriétaire leur offrait gratuitement un espace locatif moyennant certaines conditions, telles que la tenue plus fréquente de cliniques de sans rendez-vous. Il était hors de question pour elles de signer une entente de la sorte. Le cas05 et ses anciennes collègues avaient donc préféré louer un espace à bureau dans un édifice voisin appartenant à un autre individu et ce, malgré les répercussions financières. Ainsi donc, le côté mercantile n'était pas venu influencer la prise de décision pour aller au devant de leurs responsabilités en tant que médecins.

*« Parce que nous, à l'époque quand on était à l'autre clinique, bien en tout cas à un moment donné on a changé... il a fallu qu'on change de local, et on avait des négociations avec un pharmacien et lui il avait un local à louer, bien à "louer", entre guillemets, et il était même prêt à nous fournir le loyer gratuitement, mais lui il mettait des conditions, comme étant donné qu'on... parce que eux, pour un pharmacien, si on fait beaucoup de sans rendez-vous, ça occasionne plus de prescriptions. Alors il voulait qu'on fasse plus de sans rendez-vous, il aurait mis ça comme conditions pour signer le... bien là, on n'a jamais voulu faire ça (rire). Alors on s'est ramassés avec un autre propriétaire, juste à côté, où là on payait, parce qu'on ne voulait pas signer une entente comme ça, bien là il fallait qu'on paye un loyer et ça coûtait beaucoup plus cher évidemment. Mais là, je veux dire, pour nous c'était hors de question d'avoir des ententes comme ça. »*

Ces passages parlent de l'importance de l'indépendance professionnelle dans la pratique décisionnelle du médecin de famille. On peut peut-être y voir une disposition propre au professionnalisme médical.

Le cas05 est d'avis que pour être médecin omnipraticien, il faut être capable de gérer les situations avec incertitude. Selon elle, l'incertitude de la pratique médicale générale est beaucoup plus grande que l'incertitude de la pratique médicale spécialisée. Les médecins spécialistes font généralement face à des symptômes ou des problèmes de santé très précis qui se diagnostiquent avec des tests objectifs, à l'exception peut-être de la médecine psychiatrique. Les médecins omnipraticiens ou de famille, quant à eux, font généralement davantage face à des malaises, des symptômes ou des problèmes de santé plutôt vagues. Elle dit en riant que la liste de malaises, symptômes ou problèmes est parfois longue et que le médecin doit alors essayer de démêler tout ça.

*« Bien justement, je pense que pour être médecin général, il faut être bien capable de gérer l'incertitude. Sinon, on est très mal dans cette pratique-là. Parce qu'il y a beaucoup plus d'incertitude en médecine générale qu'en spécialité ou là ils sont... ils doivent approcher des problèmes très précis qui se diagnostiquent avec des... bien sauf peut-être en psychiatrie, mais pour les autres spécialités avec des tests très objectifs, tandis que nous, les gens commencent par venir nous voir avec des malaises assez vagues parfois et des fois la liste est longue, (rire) alors pour essayer de démêler tout ça, et... »*

On peut voir ici que le cas05 utilise une stratégie de différenciation montrant que les médecins de famille font face à beaucoup de situations cliniques avec des incertitudes plus grandes que ce que les médecins spécialistes ont à faire face. Elle fait alors allusion à une des compétences de la discipline de la médecine familiale, soit le diagnostic des problèmes de santé à un stade précoce et indifférencié, afin de positionner, en quelque sorte, les services médicaux généraux par rapport aux services médicaux spécialisés.

Cela dit, le cas05 développe sa pensée en ajoutant qu'il existe des situations dans lesquelles le médecin de famille se doit d'être prêt à assumer une certaine incertitude et à baisser l'anxiété du patient. Elle croit que si le médecin est plus à l'aise avec l'incertitude, alors les patients seront moins anxieux. Il suffit alors de s'assurer qu'il ne s'agit pas d'un problème grave de santé, tel qu'un cancer par exemple. Il est important d'expliquer au patient que la situation ne semble pas sérieuse ou grave et ce, afin de le rassurer et de réduire son incertitude et son anxiété.

*« Alors je pense qu'il faut être prêts à assumer une certaine incertitude et aussi, baisser l'anxiété du patient à ce sujet-là. Dans le sens que si nous on est plus à l'aise avec l'incertitude, les gens vont être moins anxieux. C'est sûr qu'il faut éliminer les choses graves, mais moi je me sens à l'aise des fois de dire aux gens "écoutez, je ne sais pas vraiment ce que vous avez, mais ce que je suis sûre, c'est que c'est pas grave, et on peut juste attendre et s'il y a tel ou tel signe ou tel symptôme qui se développe, bien là ça sera une autre histoire, vous reviendrez me voir, on fera d'autres examens, mais de la façon que ça se présente maintenant, on peut juste dire que c'est pas grave et on ne s'inquiète pas et des fois juste de pas s'inquiéter ça s'en va." »*

Le cas05 éprouve beaucoup de difficultés lorsque les décisions ne sont pas en accord avec ses valeurs éthiques ou morales. En fait, il semble s'agir davantage de situations qui la placent dans une position où elle se sent coincée sur le plan éthique. Par exemple, il peut s'agir d'une situation où le problème devient médical alors qu'à un moment donné ça ne l'est quasiment plus puisque le problème origine surtout d'un climat de travail malsain et stressant. Les arrêts de travail pour cause de dépression en sont de bons exemples. Le cas05 déplore le fait que les médecins ressentent des pressions indirectes de prescrire des antidépresseurs pour des arrêts de travail d'une durée de plus de trois à quatre semaines et ce, même lorsqu'ils sont d'avis que de retirer les patients de leur milieu de travail serait nettement suffisant pour les traiter. D'autant plus que les études montrent que la prescription d'antidépresseurs dans de telles situations n'amène pas une amélioration plus importante de l'état de santé des patients. Ces pressions indirectes viendraient des régimes

d'assurance salaire. Le cas05 rapporte donc que les médecins sont obligés de donner des médicaments pour gérer ce genre de situations cliniques.

*« Souvent. Je veux dire, bien comme on parle beaucoup de la prescription des antidépresseurs. Ça, même récemment, j'ai eu des situations où finalement, ça, c'est très fréquent, où les gens, bon, viennent nous voir, ils sont clairement en dépression, mais on sait que c'est relié au travail, il y a des situations au travail qui sont très difficiles, et puis bon, si c'est juste un stress passager, on peut se permettre de les arrêter quelques semaines et souvent ils vont se rétablir et on n'a pas besoin de donner de médicaments, mais des fois c'est des situations vraiment difficiles où ça fait longtemps que les gens luttent contre ça et là ils sont vraiment tellement défaites que si on pense qu'ils ne se remettront pas après quelques semaines, on est obligés de donner des médicaments. Même si on pourrait penser que le fait de les retirer du travail pendant quelques mois serait suffisant pour les guérir. Mais là avec les assurances, l'assurance salaire et tout ça, il faut qu'ils s'améliorent rapidement et si ça dure plus que 3-4 semaines et que je n'ai pas donné de médicaments, on va avoir des problèmes. Oui, c'est ça. Indirectes, mais selon certains critères qu'on nous donne de traitement, quand on va avec des formations avec des psychiatres, tout ça, mais même si les études montrent qu'il n'y a pas tant d'amélioration de plus à donner des antidépresseurs, on va avoir des problèmes avec l'assureur et avec l'employeur si la personne est arrêtée plus que 3-4 semaines et qu'elle ne reçoit pas de médicaments. Ça c'est sûr. Mais il y a aussi des gens qu'on sait que ça va les aider, je ne dis pas... Mais il y a des situations où c'est tellement... il est arrivé vraiment quelque chose, une situation, le travail est tellement stressant que ça n'a pas de bon sens, n'importe qui serait en dépression exposé à ça pendant X temps, et là, on est obligés de donner des médicaments pour gérer ça. »*

Le cas05 donne un très bel exemple du type de décision difficile sur le plan de ses valeurs morales ou éthiques. Il s'agit d'une situation clinique dans laquelle elle a prescrit un antidépresseur à une patiente alors que la cause des problèmes de santé est en lien étroit avec le travail. En fait, les problèmes disparaissent après deux semaines de congé, mais reviennent dès que la patiente retourne au travail. Le cas05 ne croit donc pas qu'il s'agisse d'une dépression nécessitant l'emploi d'un antidépresseur sur une base régulière. Celle-ci a tenté de faire apporter des changements au lieu du travail de la patiente afin que dernière puisse retourner au travail sans avoir à faire face aux situations et au climat de travail stressants. L'employeur a refusé d'apporter les changements demandés. Le cas05 a donc dû donner un arrêt prolongé de travail à la patiente et lui prescrire un antidépresseur. Elle avoue que cette situation l'a placée dans une position où elle s'est sentie coincée sur le plan éthique.

*« Comme dernièrement, j'avais une cliente, elle travaillait à (...) depuis des années, et elle n'était plus capable de supporter le stress que ça représentait, elle l'a fait pendant 6 ans, et elle avait d'ailleurs prévu prendre une année sabbatique, mais elle n'était pas capable de se rendre à la date qui avait été planifiée, il lui restait encore plusieurs mois à faire et elle est venue me voir parce qu'elle n'en pouvait plus. Moi j'ai essayé de temporiser quelques semaines, je l'ai arrêtée quelques semaines pour qu'elle soit capable de reprendre les mois*

*qui lui restaient et c'était pas suffisant. Il fallait que... alors là, c'est comme si je prolongeais son arrêt de travail plus que quelques semaines, il fallait absolument que je lui donne des antidépresseurs. Pourtant, dès qu'elle était retirée 2 semaines de son travail, elle allait bien. Mais comme elle ne pouvait pas retourner à son travail, j'étais comme coincée, elle, ça éveillait une anxiété extrême, moi je ne pouvais pas la retirer pendant des mois sans rien lui donner, alors là on était pris dans une situation... Parce que là, il y a vraiment un diagnostic de dépression traitée, mais si... moi si après deux semaines elle est rétablie et elle fonctionne normalement, la seule chose qu'elle n'est pas capable de faire c'est son travail, alors ça c'est des situations très difficiles pour nous. Au niveau éthique on se sent coincé, et... il n'y a pas de solution, là. »*

Le cas05 parle de ses relations professionnelles avec les confrères médecins et les autres professionnels de la santé, traditionnels ou non. D'entrée de jeu, elle rapporte avoir des interactions sociales personnelles avec des collègues ou confrères médecins de famille et médecins spécialistes. Le cas05 affirme avoir développé des amitiés très proches au cours de sa formation médicale. En outre, elle partage une amitié profonde avec une des collègues médecins de famille avec qui elle travaille à la clinique-GMF. Elle partage aussi une amitié profonde avec une collègue en particulier qui a fait sa formation en médecine spécialisée et qui pratique dans une autre région du Québec. D'autre part, elle a également un lien d'amitié avec deux autres collègues médecins de famille qui travaillent eux aussi à la clinique-GMF.

*« Je veux dire j'ai des amis médecins, mais c'est peut-être pas avec eux que je partage le plus de mes loisirs. (...) Mais j'ai des amitiés profondes que j'ai créé avec surtout des amis médecins que j'ai connus pendant ma formation. Donc j'ai une très bonne amie qui est (...) à (...), et justement un des collègues ici, qui travaille ici, c'est des amitiés profondes, mais on ne se verra pas nécessairement pour partager des loisirs au quotidien. »*

Le cas05 remarque de façon générale une amélioration dans ses relations professionnelles avec les médecins spécialistes depuis le début de sa carrière. En outre, elle voit une différence au niveau du travail avec les médecins spécialistes gynécologues à l'unité d'obstétrique de son CHU. Le travail n'était pas facile et les relations étaient plutôt conflictuelles lorsqu'elle a commencé à pratiquer l'accouchement. Cependant, le climat de travail n'est pas du tout le même avec la nouvelle génération de médecins spécialistes. La collaboration professionnelle est bien meilleure. Les médecins spécialistes accordent de la crédibilité et apprécient davantage le travail que font les médecins de famille qui pratiquent l'obstétrique.

*« Mais ça, ça a changé et maintenant, souvent, parce que comme je travaille quand même à l'hôpital, même moi je travaille beaucoup avec les gynécologues, et au début de ma pratique c'était pas du tout... c'était pas facile, et ceux qui étaient là à ce moment-là avaient la même vision, c'était assez conflictuel le travail entre professionnels, tandis que c'est une*

*nouvelle génération et c'est pas du tout le même climat, la collaboration est bien meilleure et on a une meilleure crédibilité et ils apprécient plus le travail qu'on fait (...) ».*

Le cas05 ne semble pas avoir un bon réseau de médecins spécialistes vers qui référer ses patients. Ses patients viennent d'un peu partout sur l'île de Montréal ou encore, ils habitent la banlieue. Ceux-ci préfèrent parfois être référés soit vers le CH où ils sont habitués d'aller ou vers celui le plus proche de leur lieu de résidence. Les territoires de l'ensemble de la région de Montréal et des régions avoisinantes sont vastes. Il est difficile pour le cas05 de connaître les services spécialisés offerts dans chaque établissement. En fait, elle est d'avis que ceci est beaucoup plus difficile pour les médecins à Montréal que pour les médecins en région.

*« C'est sûr aussi, nous à Montréal, c'est très difficile, parce que moi, ma clientèle vient de partout. Alors quand j'ai à référer quelqu'un à un consultant, c'est un casse-tête incroyable parce que je ne sais pas nécessairement dans chaque hôpital comment ça fonctionne, qui est disponible, quels délais, etc. Et aussi, même les gens, chaque CLSC avec lequel ils doivent faire affaire, je ne sais pas dans leur CLSC c'est quoi les services, ça varie d'un CLSC à l'autre. Alors quand les gens... les médecins en région eux autres font affaire avec un CLSC, un hôpital, ils connaissent tous les consultants et tout ça, alors pour nous ça devient... »*

Fait intéressant, le cas05 soutient qu'elle a l'habitude du travail d'équipe interprofessionnelle et ce, depuis le tout début de sa pratique médicale. Ce n'est donc pas un problème. En effet, le travail d'équipe était particulièrement présent dans la première organisation de type clinique médicale de groupe où elle a pratiqué après sa formation médicale. Sans préciser de quels types de services il s'agissait, le cas05 mentionne que la clinique offrait des services paramédicaux. Les médecins de famille et les professionnels paramédicaux géraient la clinique et participaient à des ateliers ensemble. Le cas05 semble donc avoir de bonnes relations avec les autres professionnels de la santé. En outre, celle-ci rapporte d'ailleurs travailler en étroite collaboration avec les infirmières à la salle d'accouchement du CHU où elle pratique l'obstétrique.

*« Bien moi j'ai toujours été habituée de travailler en équipe, quand on travaille à la salle d'accouchement, on est en collaboration étroite avec les infirmières, et quand j'étais au Centre (...), on était... c'était vraiment un travail d'équipe, il y avait des paramédicales, il y avait tout ça, il y avait des ateliers ensemble, alors on a fait la gestion de la clinique ensemble, alors pour moi, c'est pas un problème. »*

Le cas05 confie travailler en collaboration avec les services infirmiers de la clinique-GMF. En outre, le cas05 et ses deux collègues offrant également des services de suivi de grossesse ont mis sur pied un service novateur avec une infirmière GMF dans le but de faciliter l'accessibilité aux services périnataux de la clinique. L'infirmière assure la première visite de suivi de grossesse. Ce



service est nécessaire puisqu'il est très difficile pour ces trois médecins de voir les femmes nouvellement enceintes dans des délais raisonnables. Il permet donc aux femmes nouvellement enceintes de passer les examens importants en début de grossesse avant que les médecins ne puissent les voir pour la première fois.

*« On a mis sur pied un service avec une infirmière, parce que nous-mêmes on n'arrivait pas, même celles qui appellent très tôt, nos bureaux sont tellement remplis d'avance, c'est difficile de les voir dans des délais raisonnables. Alors on a mis sur pied un service avec l'infirmière, parce qu'on est un GMF, alors on a une infirmière qui nous aide pour ça et qui les voit avant nous, alors là au moins elles passent les examens importants, avant 12, 13 semaines avant qu'on les voit, on ne peut pas les voir dans des bons délais. Alors on a organisé un service en fonction de ça. On est une des premières cliniques à l'avoir fait, organisé ça et là il y en a d'autres qui prennent exemple sur ce qu'on a fait avec notre infirmière. »*

Ceci dit, le cas05 apprécierait avoir plus de temps infirmier à sa disposition pour sa clientèle. Il lui serait alors possible de prendre en charge le suivi de plus de bébés. Elle comprend toutefois que les services infirmiers doivent actuellement répondre aux besoins des 20 médecins de famille de la clinique.

*« Bien en fait il n'y a pas assez d'infirmiers et infirmières, ça c'est sûr, parce que comme moi je pourrais prendre beaucoup plus de bébés, parce là que moi, l'infirmière m'aide juste pour la première visite de grossesse. Mais je pourrais en assumer plus si j'avais plus de temps/infirmière pour ma clientèle. Elle, elle doit répondre pour les 20 médecins. Alors il y a cette partie-là que je peux avoir un service d'elle. »*

En plus, le cas05 travaille en collaboration avec des physiothérapeutes spécialisés dans son champ d'intérêt particulier à la clinique médicale de groupe interdisciplinaire où elle pratique également.

*« C'est dans une autre clinique où je vais à (...), avec des physiothérapeutes en médecine sportive que je travaille. »*

Le cas05 semble respecter la profession de pharmacien et avoir de très bonnes relations interprofessionnelles avec les pharmaciens offrant des services tout près de la clinique-GMF. Les pharmaciens de la communauté sont interventionnistes, vérifient les dossiers, regardent les interactions médicamenteuses possibles et n'hésitent pas à appeler les médecins si le besoin se fait sentir.

*« Alors c'est important et les patients, même s'ils habitent loin d'ici, je pense qu'ils prennent leurs médicaments ici quand même à chaque visite, et moi je le vois aussi, quand je fais du sans rendez-vous, des fois je prescris des médicaments, moi je ne suis pas au courant des interactions, c'est trop compliqué, avec leurs médicaments, c'est à l'infini, alors ils vont chercher leur prescription ici en sortant et si le pharmacien voit qu'il y a quelque chose qui ne marche pas, il m'appelle et ça se règle plus facilement. »*

Le cas05 aborde quelques circonstances du champ de la médecine (en général) et qui peuvent exercer une certaine influence sur la pratique médicale. Elle est d'opinion que l'incertitude et les limites des connaissances dans la pratique médicale générale sont tous deux des aspects de la médecine familiale qui sont souvent dévalorisés par les médecins spécialistes. Elle va même juste qu'à dire, non sans rire, que ceux-ci ont fait le choix de la médecine spécialisée parce qu'ils avaient peur de ces deux aspects-là de la médecine familiale. Bien que peut-être moins fréquent maintenant, le cas05 rapporte qu'il y a des médecins spécialistes qui dévalorisent le travail des médecins de famille parce qu'à leurs yeux, ces derniers réfèrent des patients pour des problèmes de santé plutôt anodins. Il arrive même que les médecins spécialistes vont dévaloriser le travail des médecins de famille devant les étudiants en médecine. Elle ajoute en riant que ceci n'est pas tellement bon pour la médecine familiale.

*« Alors ça c'est tous des aspects qui sont comme souvent dévalorisés par des spécialistes parce qu'eux, ça leur a fait peur ces choses-là. (rire) Eux ont été en spécialité justement parce que souvent, cet aspect-là de la médecine familiale leur faisait peur. Et on voit souvent des spécialistes, bien il y en a peut-être moins maintenant qui dévalorisent le médecin de famille quand ils voient un patient qui leur est référé pour quelque chose qui à leurs yeux est anodin, mais coudonc si le médecin de famille n'en voit pas souvent, mais... il ne pouvait pas traiter, ou lui il a tellement d'autres choses à savoir qu'il ne peut pas... Ça fait que souvent, c'était de dévaloriser devant l'étudiant le travail que le médecin avait fait avant de le référer. Ça c'est pas tellement bon pour la médecine familiale. (rire) »*

Le cas05 affirme que, durant sa formation, la grande majorité des relations professionnelles avec les médecins spécialistes étaient plutôt empreintes de mépris envers les médecins de famille ou omnipraticiens. Elle remarque de façon générale une amélioration dans ses relations professionnelles avec les médecins spécialistes depuis le début de ses études médicales. À cette époque, les médecins de famille n'avaient pas beaucoup de crédibilité auprès des médecins spécialistes. Ces derniers avaient une attitude hautaine et méprisante puisque, en quelque sorte, le travail du spécialiste commence là où la compétence du médecin de famille s'arrête. Les médecins spécialistes ne semblaient donc pas prendre en considération le large éventail de problèmes de santé que les médecins de famille doivent connaître.

*« Bien moi je pense que ça s'est amélioré depuis que moi j'ai eu ma formation. Malheureusement, quand j'ai eu ma formation, les médecins de famille, les médecins généralistes n'avaient pas beaucoup de crédibilité auprès des spécialistes. Ils étaient vus de haut, avec beaucoup de mépris, parce que veut, veut pas, un spécialiste est confronté à là où la compétence d'un généraliste s'arrête. Quand on va demander une consultation en spécialité, c'est parce que nous notre compétence s'arrête là. Mais eux ils n'ont pas nécessairement... ils faut qu'ils fassent l'effort de se dire bien... eux ont 10 problèmes différents à peu près à bien connaître, tandis que nous, on en a un très large éventail, alors*

*c'est comme si à l'époque ils n'avaient pas ce recul-là et ils avaient une attitude assez méprisante, (...). »*

Le cas05 développe davantage sa pensée en ajoutant qu'elle est d'opinion que les relations professionnelles entre les médecins de famille et les médecins spécialistes se sont toutefois particulièrement améliorées depuis les 20 dernières années. En outre, elle voit une différence au niveau du travail avec les médecins spécialistes gynécologues à l'unité d'obstétrique de son CHU. Le travail n'était pas facile et les relations étaient plutôt conflictuelles lorsqu'elle a commencé à pratiquer l'accouchement. Cependant, le climat de travail n'est pas du tout le même avec la nouvelle génération de médecins spécialistes. La collaboration professionnelle est bien meilleure. Les médecins spécialistes accordent de la crédibilité et apprécient davantage le travail des médecins de famille. Le cas05 va même jusqu'à dire qu'il lui semble que maintenant certains médecins spécialistes disent de plus en plus souvent que les médecins de famille ont plus de mérite qu'eux à couvrir un si large éventail de problèmes de santé.

*« Mais ça, ça a changé et maintenant, souvent, parce que comme je travaille quand même à l'hôpital, même moi je travaille beaucoup avec les gynécologues, et au début de ma pratique c'était pas du tout... c'était pas facile, et ceux qui étaient là à ce moment-là avaient la même vision, c'était assez conflictuel le travail entre professionnels, tandis que c'est une nouvelle génération et c'est pas du tout le même climat, la collaboration est bien meilleure et on a une meilleure crédibilité et ils apprécient plus le travail qu'on fait et souvent, il y en a qui vont dire "moi, je ne serais pas capable de faire ce que vous faites". On dirait que maintenant, souvent il y a des spécialistes qui vont dire vous avez plus de mérite que nous à couvrir un si large éventail de pathologies et de traitements, alors on a une meilleure reconnaissance et peut-être que ça aide pour la collaboration à ce niveau-là, mais bon, c'est sûr que tout le monde est un peu débordé et (rire) ça amène d'autres contraintes, là, mais ça, ça a beaucoup changé depuis 20 ans, cet aspect-là. »*

On peut voir ici que le cas05 semble utiliser une stratégie de différenciation montrant que les médecins de famille font face à un éventail de problèmes de santé beaucoup plus large que ce que les médecins spécialistes ont à faire face. Elle fait alors allusion à une des compétences de la discipline de la médecine familiale, soit l'expert d'une vaste gamme de problèmes de santé pour une population de tous âges, afin de positionner, en quelque sorte, les services médicaux généraux par rapport aux services médicaux spécialisés.

Point intéressant, le cas05 affirme que la pénurie actuelle de médecins spécialistes amène la demande aux médecins de famille de faire le travail des médecins spécialistes.

*« Mais aussi, il y a beaucoup la pression, comme il y a une pénurie de médecins, de spécialistes, là on demande aux médecins de famille de tout faire ce que le spécialiste n'arrive pas à faire. »*

Selon elle, ceci peut expliquer en partie pourquoi de plus en plus de médecins de famille font de l'hospitalisation ou pratiquent en milieu hospitalier (médecins hospitalistes). Ceux-ci font de plus en plus de deuxième ligne suivant le manque de médecins spécialistes. On demande ainsi à ces médecins de famille de prendre en charge l'hospitalisation de cas parfois assez lourds, qui relèveraient davantage de la médecine spécialisée. Le cas05 se questionne d'ailleurs sur les priorités du système de santé dans le contexte de pénurie de médecins, soit les soins hospitaliers de deuxième ligne ou les soins de première ligne.

*« Là il y en a plus qui se ramassent à l'hôpital et tout ça. Alors dans le fond, c'est parce qu'aussi ce qu'on demande aux médecins en faisant la 2<sup>e</sup> ligne, c'est qu'on fait aussi le travail des spécialistes, à un moment donné. C'est qu'on vient combler... plus ça va, plus ils nous demandent de combler les manques en ce que les spécialistes font moins. Parce que là, s'il y a beaucoup par exemple de jeunes qui finissent et qui vont faire de l'hospit et qui font des soins intensifs ou whatever, mais ça, c'est... en tout cas, à un moment donné, c'est quoi qui est le plus prioritaire? C'est tu ça? On pourrait pas trouver un médecin interniste pour faire ça? et nous l'avoir pour faire de la 1<sup>e</sup> ligne? »*

Le cas05 parle du grand enjeu, du grand défi et de circonstances du champ de la médecine familiale et qui peuvent exercer une certaine influence sur la pratique médicale. D'entrée de jeu, elle considère que le grand défi, le grand enjeu auquel la pratique de la médecine familiale aura à faire face dans l'avenir est la pénurie de médecins de famille au Québec et au Canada et la nécessité de gérer celle-ci afin de maintenir la qualité des services. Selon elle, le manque de médecins de famille est de plus en plus problématique depuis peut-être le début des années 2000. En outre, celle-ci soutient que cette pénurie a des effets pervers sur la pratique des médecins de famille et ce, tant pour ceux offrant des services cliniques avec rendez-vous que pour ceux offrant des services cliniques sans rendez-vous. La situation est maintenant grave, du moins particulièrement dans la région de Montréal, et il devient impératif de la gérer afin de garder des services qui demeurent correctes. D'abord, le cas05 est d'avis que pour beaucoup de médecins de famille qui offrent des services cliniques avec rendez-vous, la contexte aigu de pénurie de médecins de famille fait en sorte qu'ils ne peuvent pas faire la médecine qu'ils souhaitent faire. Ceux-ci vont face à l'obligation d'accepter de faire de la quantité plutôt que de la qualité, mais en conservant un minimum de qualité. Elle rapporte que plusieurs médecins de famille trouvent la situation trop difficile. Ils deviennent démotivés et abandonnent éventuellement la pratique, laissant plusieurs centaines de patients sans médecin. Qui plus est, ces médecins ne sont pas remplacés.

*« Bien là, en tout cas au Canada, au Québec, c'est de... de gérer la pénurie de médecins de famille. En tout cas, peut-être que j'aurais pas dit ça il y a 5 ans, 5 ou 10 ans, c'était pas*

*aussi aigu comme situation, mais là nous, ce qu'on vit dans le quotidien, c'est une grave pénurie, c'est de gérer ça pour garder quelque chose de correct. Mais dans le sens que pour beaucoup de médecins, ça implique qu'on ne fera pas la médecine qu'on souhaite faire. On est souvent obligés d'accepter qu'on va faire de la quantité plus que de la qualité. Mais en gardant un minimum de qualité. C'est ça. Alors il y a beaucoup... il y a des gens qui trouvent ça trop difficile, ils deviennent vraiment démotivés parce qu'ils ne peuvent pas faire la qualité qu'ils voudraient, prendre le temps et tout ça et finalement ils abandonnent la pratique et là on a des centaines de gens qui viennent de perdre leur médecin et ils ne sont pas remplacés. Alors... malheureusement, actuellement c'est ça notre plus gros défi. »*

Ensuite, le cas05 est d'avis que pour beaucoup de médecins de famille qui offrent des services cliniques sans rendez-vous, la contexte aigu de pénurie de médecins de famille fait en sorte qu'ils voient maintenant un alourdissement de leur clientèle. Elle précise que lorsqu'il y avait suffisamment de médecins de famille, la pratique du sans rendez-vous était relativement rémunératrice et facile puisque les médecins étaient conscients qu'ils ne voyaient les patients que pour des problèmes mineurs et que ces derniers iraient éventuellement consulter leur propre médecin de famille. Or, le contexte actuel de pénurie fait en sorte que les médecins offrant des services cliniques sans rendez-vous sont maintenant souvent confrontés à des individus n'ayant pas de médecins de famille et qui peuvent présenter un problème de santé assez complexe depuis un certain temps. Les médecins se voient donc dans l'obligation, du moins s'ils sont le moins responsables, de s'en occuper dans un contexte clinique de sans rendez-vous ce qui, aux yeux du cas05, n'est pas évident.

*« Mais je ne peux pas dire que de nos jours c'est une pratique... à un moment donné, quand il y avait suffisamment de médecins, c'est vrai que ça pouvait être une pratique vraiment très rémunératrice et facile, parce que les gens on savait qu'ils allaient pouvoir voir leur médecin après, ça fait qu'on était juste là pour boucher... quand on faisait du sans rendez-vous, pour boucher les trous, et c'était vraiment juste des petits bobos qu'on voyait, mais là, quand quelqu'un qui fait du sans rendez-vous, souvent il est confronté avec des gens qui n'ont pas de médecin de famille, et qui peuvent arriver avec un problème assez complexe ou qui dure depuis un certain temps au sans rendez-vous et s'ils sont le moins responsables, ils sont obligés de s'en occuper; dans un contexte de sans rendez-vous, c'est pas évident. Alors c'est des défis qui ne sont pas faciles. »*

Le cas05 effleure très brièvement la crainte de l'erreur médicale et, de ce fait, la crainte de poursuites pour faute professionnelle. Elle souligne néanmoins que bien ce type de poursuites soit plutôt rare en médecine familiale au Québec, on en parle beaucoup dans ce champ de pratique médicale. Selon elle, il est possible que ce phénomène s'explique par la présence possiblement importante de la culture américaine dans l'enseignement de la médecine au Québec. Ceci peut avoir une certaine influence sur les jeunes médecins et leur pratique.

*« Bien il n'y a pas tant de poursuites que ça non plus en médecine familiale, mais ça se parle beaucoup et peut-être que la culture américaine est quand même très présente dans l'enseignement de la médecine, alors ça peut influencer les jeunes dans ce sens-là. »*

Ce passage fait allusion à la présence des avocats et des juges dans le champ de la médecine familiale.

Le cas05 fait mention de certaines choses importantes à enseigner, à montrer aux étudiants durant leur formation prédoctorale afin qu'ils considèrent peut-être la médecine familiale comme choix de carrière. D'entrée de jeu, elle juge qu'il est important que les étudiants en médecine soient exposés tôt à des modèles de médecin de famille et ce, tant à l'externat qu'au niveau préclinique. En outre, les étudiants devraient être exposés très tôt à des médecins de famille qui pratiquent dans des cliniques médicales « privées » situées dans la communauté. Aux yeux du cas05, il ne faut pas que les étudiants en médecine ne soient exposés qu'à des médecins spécialistes ou à des médecins de famille qui pratiquent en CH.

*« Bien moi je pense qu'il faut qu'ils soient exposés plus vite à des médecins de famille. Mais je pense que là ça commence à se faire plus, mais il faut je pense que dès la première année, ils aillent dans des bureaux de médecins de famille et qu'ils voient un petit peu c'est quoi la pratique. Parce qu'autrement avant, ils étaient juste exposés pratiquement à des spécialistes, ou les seuls médecins de famille qu'ils voyaient des fois c'était à l'urgence, ou nous en obstétrique, mais autrement ils n'en voyaient pas. Là je sais qu'à l'externat, ils vont en UMF, mais même avant, il faudrait qu'ils rencontrent des médecins de famille et qu'ils voient un petit peu c'est quoi leur travail. »*

Celle-ci ajoute qu'il est également important que les étudiants en médecine soient exposés des médecins de famille qui sont à l'aise avec l'incertitude de la pratique médicale générale. Des médecins qui sont conscients qu'ils ne peuvent pas tout connaître et que ça ne veut pas dire qu'ils ne sont pas de bons médecins de famille, d'autant qu'ils savent beaucoup d'autres choses que les médecins spécialistes ne savent pas. Des médecins qui savent reconnaître les limites de leurs connaissances et de leurs compétences et savent demander une consultation en médecine spécialisée dans l'éventualité où ils ne peuvent pas diagnostiquer ou régler le problème de santé.

*« Parce que sinon ils ont juste la vision des spécialistes par rapport à ça, et aussi des médecins de famille qui sont à l'aise avec leur pratique, avec justement le côté incertitude, le côté qu'on n'a pas toutes les connaissances et c'est pas une catastrophe, si on ne sait pas ce que le patient a ou on sait qu'est-ce qu'il a mais on ne sait pas comment le traiter et que ça prend l'opinion d'un spécialiste et ça ne veut pas dire qu'on n'est pas bons, parce qu'il y a plein d'autres affaires qu'on sait et que le spécialiste ne sait pas. »*

Enfin, le cas05 qu'il serait important que les étudiants en médecine aient des milieux de stage dans lesquels ils peuvent voir des modèles de bonne collaboration, de bonne entente entre les médecins de famille et spécialistes.

*« Et aussi justement, avoir des modèles de bonne collaboration entre le médecin de famille et le spécialiste. »*

Le cas05 fait aussi mention de certaines choses importantes à inculquer, à montrer aux résidents durant leur formation postdoctorale en médecine familiale pour que ceux-ci deviennent de bons médecins de famille. Bien entendu, son opinion est directement en lien avec ses commentaires quant aux choses importantes à enseigner aux étudiants en médecine mentionnés précédemment. En effet, elle juge qu'il est important que les résidents en médecine familiale apprennent à vivre avec l'incertitude de la pratique médicale générale et acquièrent les habiletés nécessaires pour savoir reconnaître et gérer les limites de leurs connaissances et de leurs compétences.

*« Bien justement (rire) je reviens là-dessus, de vivre avec l'incertitude et le fait qu'à un moment donné on atteint nos limites et que c'est correct. (...) Mais beaucoup, c'est souvent aussi le fait que les compétences doivent être très larges. Alors ils ont toujours l'impression qu'ils n'en savent pas assez, mais pourtant ils en savent beaucoup, et souvent il y a des choses qui sont bien plus fraîches que nous. Mais de vivre l'incertitude de ces limites-là, qu'à un moment donné on ne peut pas se rappeler de tout, et il faut gérer ça et il y a des façons de gérer ça, je pense que c'est important de transmettre ça. Donc pendant les stages de résidence, que ça ne soit pas une catastrophe si à un moment donné le résident ne se rappelle pas... telle chose qui sort un petit peu de l'ordinaire et qu'il ne se rappelle pas du traitement, ou... plus lui donner les moyens et les habiletés pour aller chercher de l'aide ou une ressource ou voir comment il peut assurer le suivi de son patient. Des fois c'est juste de le revoir quelques semaines plus tard et de lire en attendant, ou... c'est des choses comme ça. Je pense que ça ferait moins peur. »*

Le cas05 parle de quelques modalités organisationnelles du système de santé qui peuvent exercer une certaine influence sur la pratique médicale. Le cas05 soulève à quelques reprises des problèmes avec le mode de rémunération à l'acte, touchant particulièrement la pratique en cabinet privé. Elle fait mention de considérations d'ordre économique, telle que la rémunération des médecins de famille, à quelques reprises au cours de l'entrevue dont lorsqu'elle parle, entre autres choses, des raisons pour lesquelles elle a fortement insisté pour que la clinique où elle pratique soit accréditée GMF, des frais de bureau en clinique privée, de la prise en charge des patients et du suivi des personnes atteintes de maladie mentale.

Elle aborde d'abord la rémunération minimale accordée pour prendre en charge des patients, en vigueur jusqu'à récemment (au moment de l'entrevue). Selon les dires du cas05, le paiement accordé était totalement ridicule compte tenu du temps à consacrer à la prise en charge.

*« En plus la rémunération pour les médecins qui faisaient de la prise en charge était vraiment minimale. Ça ne fait pas si longtemps que ça été bonifié, mais en tout cas, des fois c'était totalement ridicule ce qu'ils nous payaient pour le temps que ça prenait. »*

Le cas05 fait également mention de la non-rémunération de certaines tâches de nature administrative ou clinique telles que, par exemple, le temps qu'elle consacre à ses dossiers (appels téléphoniques, révision des examens diagnostiques, etc.). Ces tâches amènent une certaine lourdeur à la pratique de bureau, particulièrement en ce qui attrait au suivi et à la prise en charge de patients réguliers. Ceci dit, elle ajoute que des ententes récentes prévoient maintenant le paiement d'un forfait annuel de prise en charge. À ses yeux, il s'agit davantage d'une reconnaissance financière pour une charge de travail pour laquelle elle considérait être sous-payée auparavant.

*« Bien en fait, c'est plus une reconnaissance, parce que tout ce qu'on faisait, c'était pas mal sous-payé. Non, mais il ne faut pas se le cacher, tout le temps qu'on peut passer à répondre au téléphone, remplir de la paperasse, tout ça, c'était pas rémunéré et la prise en charge d'un patient, c'est pas juste de le voir 15 minutes. Tout ça c'était pas... bon, disons que maintenant c'est plus reconnu dans la façon qu'on est rémunérés, le forfait de prise en charge. »*

Le cas05 parle aussi de la rémunération accordée pour dispenser des soins aux personnes atteintes de problèmes en santé mentale. La prise en charge et le suivi de ce type de patients demandent beaucoup de temps. Encore une fois, le cas05 juge que le paiement accordé jusqu'à récemment n'en tenait pas compte. Ceci dit, elle précise que certaines catégories de problèmes de santé mentale ont récemment été retenues aux fins d'identification des clientèles vulnérables (au moment de l'entrevue). Il y a donc maintenant une reconnaissance financière par le paiement d'un forfait annuel de prise en charge et suivi des patients vulnérables ainsi qu'un code de rémunération spécifique aux problèmes de santé mentale. Le cas05 trouve qu'il s'agit d'ajouts importants, particulièrement pour les médecins de famille dont la clientèle est fortement féminine, comme elle d'ailleurs.

*« Ils ont rajouté des diagnostics psychiatriques qui sont considérés vulnérables. Comme avant, troubles anxieux et dépression, c'était pas reconnu vulnérable et pourtant, ça demande beaucoup de temps, beaucoup de rendez-vous. Et c'est tout récent que c'est reconnu. Nous, ça été un ajout important. Quand on a une clientèle majoritairement féminine, des dépressions et des troubles anxieux on en voit énormément et... c'était pas reconnu pour ce que ça demandait. »*



Le cas05 cite la gestion et le soutien des frais de bureau pour les médecins qui pratiquent en cabinet privé. Selon elle, les médecins montréalais ont de la difficulté à se payer un bon personnel de support. Ses arguments sont fondés sur des considérations économiques. Elle se plaint que, suivant la rémunération actuelle, il est impossible d'embaucher de bonnes secrétaires et de leurs donner des salaires raisonnables. Le cas05 considère que le personnel de support de la clinique est sous payé pour la charge de travail. Résultat, le personnel compétent quitte après un certain temps pour le secteur public où le salaire et les conditions de travail sont beaucoup mieux. Ceci amène beaucoup de roulement de personnel. Le cas05 est convaincue que ce problème est plus criant en grand centre urbain, tel que celui de la région de Montréal. D'autant plus que le prix du loyer pour un espace locatif, le coût de la vie et les possibilités d'emploi y sont beaucoup plus élevés qu'en région.

*« Alors ça, et dans les tarifs qu'ils nous payent pour nos consultations, on ne peut pas payer des salaires de secrétaires raisonnables. Nos secrétaires, moi je considère que pour le travail qu'on leur demande, elles sont sous-payées, alors celles qui sont compétentes, intelligentes, vives, on ne les garde pas. Elles s'en vont, il y a un gros roulement. La plupart, qu'est-ce qu'elles se trouvent, elles se trouvent un poste dans les hôpitaux, parce que là, elles ont le gros tarif syndical avec les... alors le gouvernement lui-même... nous, on les a formées pendant un an ou deux, (rire) dans ce type de travail-là, des fois elles sortent de l'école et là elles s'en vont là et on ne pourra jamais accoter ça, avec ce que le gouvernement nous paye. Et pour les médecins en grand centre, c'est plus criant. J'ai l'impression qu'en région c'est moins un problème parce qu'ils n'ont pas une aussi forte proportion de leur tarif à consacrer au loyer, aux locaux. Les loyers c'est bien plus cher à Montréal qu'en région, on s'entend tu (rire), ou au centre-ville. Et aussi, je pense que les gens en région ne s'attendent pas au même salaire qu'à Montréal, le coût de la vie et les possibilités d'emploi ne sont pas aussi grandes. »*

Le cas05 spécifie qu'il est vrai que les ententes récentes sont venues bonifier la pratique en clinique privée mais qu'il n'en demeure pas moins qu'il y a encore beaucoup de retard à rattraper puisque ces ententes ne tiennent pas beaucoup compte des frais inhérents à ce type de pratique. Il existe donc un besoin réel de bonifier financièrement la pratique de soins de première ligne en cabinet privé.

*« Mais là, les ententes qu'on a eu récemment, c'était pour rehausser, il faut quand même donner ce crédit-là, mais on a beaucoup de retard à rattraper et c'est ça, ça ne tient pas compte tant que ça des frais d'exploitation. »*

Le cas05 déplore les problèmes de disponibilité et d'accessibilité aux services de santé. D'entrée de jeu, elle parle de l'existence de délais d'attente, parfois longs, pour l'accès aux services diagnostiques et aux services médicaux spécialisés, particulièrement lorsqu'il s'agit de situations cliniques non urgentes. Qui plus est, le territoire de la région montréalaise est vaste, tandis que

certain patients du cas05 habitent la banlieue. Il est donc très difficile pour le cas05 de connaître les services de santé et de services sociaux offerts dans chaque organisation de santé et de bien orienter ses patients vers les services nécessaires.

*« Et... bien là, je ne sais pas, c'est sûr aussi, nous à Montréal, c'est très difficile, parce que moi, ma clientèle vient de partout. Alors quand j'ai à référer quelqu'un à un consultant, c'est un casse-tête incroyable parce que je ne sais pas nécessairement dans chaque hôpital comment ça fonctionne, qui est disponible, quels délais, etc. Et aussi, même les gens, chaque CLSC avec lequel ils doivent faire affaire, je ne sais pas dans leur CLSC c'est quoi les services, ça varie d'un CLSC à l'autre. »*

D'autant plus que, selon ses dires, il est de plus en plus compliqué de référer les patients vers des services médicaux spécialisés. Selon le cas05, il n'est pas rare de prendre une trentaine de minutes pour rejoindre un médecin spécialiste.

*« Et là c'est rendu tellement compliqué aussi de référer en spécialité, c'est l'enfer. Soit c'est très urgent, donc on l'envoie à l'urgence ou c'est un 6 mois à 1 an plus tard. Alors quand on a des gens qui ont des problèmes, la majorité, que là ça ne peut pas attendre 6 mois, un an, bien là c'est un labyrinthe incroyable pour rejoindre un spécialiste pour qu'il le voit dans des délais épouvantables. Alors on peut passer une demi-heure au téléphone. »*

Le cas05 prétend d'ailleurs que certaines modalités organisationnelles des CH ne rendent pas la tâche facile aux médecins de première ligne. En effet, les CH ont annulé des services téléphoniques dédiés afin de mettre en place un service central de rendez-vous avec une grille horaire particulière. Selon celle-ci, les médecins n'auraient pas toujours ses nouveaux numéros de téléphone en main et ne sauraient nécessairement pas où et qui appeler dans l'éventualité où un patient aurait besoin d'un accès priorisé à des services médicaux spécialisés.

*« Et les hôpitaux ne nous rendent pas la tâche facile, parce qu'avant, il y avait des... ça aussi, c'est une autre aberration du système, avant disons qu'on pouvait appeler mettons... c'était comme, je ne sais pas, une clinique de médecine interne, il y avait une réceptionniste qui travaillait avec les internistes et qui connaissait leurs priorités et qui savait comment gérer ça. Disons qu'on demande un rendez-vous un peu plus tôt et elle va se servir de son bon jugement parce qu'elle connaît les problématiques et elle va dire pour ces cas-là il le rajouter. On pouvait communiquer, mais à un moment donné pour économiser ils ont tout enlevé ces postes-là et ils ont mis une centrale de rendez-vous pour tout l'hôpital et là c'est des grilles avec des heures, alors... »*

Le cas05 parle aussi des problèmes de disponibilité et d'accessibilité aux services diagnostiques. Bien entendu, les délais d'attente s'avèrent beaucoup plus courts pour les individus bénéficiant d'un régime privé d'assurances et qui décident d'utiliser des services diagnostiques privés.

*« Bien là c'est sûr, c'est des délais incroyables. Mais disons que moi, quand je fais de la médecine sportive, les gens, la clientèle que je vois, souvent en médecine sportive c'est une clientèle plus favorisée. Alors eux ont des assurances, alors ils vont dans le privé pour leur*

*résonance magnétique; c'est vraiment une médecine à deux vitesses. Alors ils ont leur résonance en dedans de deux semaines, et... Et les autres, bien ils attendent 2-3-4 mois. »*

Le cas05 poursuit ses propos d'un ton ricaner en disant que même en ayant les résultats des examens diagnostiques plus rapidement et bien les individus ayant utilisé des services diagnostiques privés vont quand même devoir attendre aussi longtemps que tous les autres patients avant d'avoir accès aux services chirurgicaux. Ils ont tout simplement moins attendu pour connaître le diagnostic.

*« De toute façon, après ça, ceux qui ont une résonance et qu'on voit qu'ils ont un ménisque de déchiré et que ça leur prend une chirurgie avec l'orthopédiste, bien ils attendent aussi longtemps que les autres, mais... (rire) Ils ont moins attendu avant de... avant de savoir. (rire) »*

Enfin, le cas05 aborde les problèmes de disponibilité et d'accessibilité aux services publics d'autres professionnels de la santé. Les services en physiothérapie en sont de bons exemples. Celle-ci rapporte qu'il existe des situations où elle n'a rien à offrir aux individus défavorisés, tels que les assistés sociaux, suivant l'accessibilité limitée des services publics nécessaires et leur incapacité de payer des services privées.

*« Mais c'est sûr que dans le traitement par contre, si j'ai des gens défavorisés qui ont un problème musculo-squelettique et que ça prendrait de la physiothérapie, j'ai rien à leur offrir. C'est ça. Ils ne peuvent pas payer et dans les centres hospitaliers, ils ne prennent pas ces cas-là parce qu'ils sont pris avec les gros cas de chirurgie, de neuro, des choses comme ça, mais un mal de dos... un patient sur le b.s., c'est sûr que ça ne sera pas... »*

Selon le cas05, d'anciennes modalités organisationnelles du système de santé sont également responsables de la pénurie actuelle de médecins de famille dans la région de Montréal. Pendant une dizaine d'années, certains programmes gouvernementaux contenaient des mesures financières dissuasives pour décourager les nouveaux médecins à s'installer dans la région de Montréal. D'autant plus que, selon les dires du cas05, la rémunération pour les médecins qui faisaient de la prise en charge était vraiment minimale. Tout ceci a donc fait en sorte qu'il était très difficile de recruter de nouveaux médecins de famille

*« Mais là ce qu'il faut savoir, c'est que à Montréal, la pratique, bon, il y avait un décret qui empêchait les jeunes médecins de s'installer à Montréal pendant des années, où ils étaient rémunérés juste à 70%, en tout cas quasiment 10 ans, alors on ne pouvait plus recruter de jeunes médecins dans les cliniques pendant des années. »*

Le cas05 aborde les avantages et les contraintes imposés par le nouveau modèle d'organisation de l'offre des services médicaux de première ligne, soit le GMF. Elle souligne le travail de collaboration avec les services infirmiers.

*« Bien là, l'aide de deux infirmiers et infirmières. »*

Outre l'ajout de ressources infirmières financées par le MSSS, des raisons financières ont influencé le cas05 a fortement insisté ses collègues à former un GMF. D'autant que, selon elle, la clinique offrait déjà les services de GMF.

*« Nous, ça fait 3 ans je pense qu'on est GMF. Alors... mais on offrait déjà pas mal les services de GMF. En tout cas, je suis une de celles qui a un peu poussé l'idée, "bien écoutez, on fait les services, pourquoi on ne serait pas payés pour et qu'on aurait pas les"... il y a toute une procédure bureaucratique, et c'était bien intéressant pour tous ceux qui font du suivi (...), parce que eux, ils ont une grosse augmentation reliée à ça, alors c'est pas moi qui ai été comme la directrice du GMF et qui a piloté le dossier, mais j'ai insisté fortement. »*

En fait, elle ajoute qu'il s'agit davantage d'une reconnaissance financière pour une charge de travail pour laquelle elle considérait être sous-payée. Le cas05 mentionne, par exemple, la prise en charge des patients, les appels téléphoniques et la paperasse.

*« Bien en fait, c'est plus une reconnaissance, parce que tout ce qu'on faisait, c'était pas mal sous-payé. Non, mais il ne faut pas se le cacher, tout le temps qu'on peut passer à répondre au téléphone, remplir de la paperasse, tout ça, c'était pas rémunéré et la prise en charge d'un patient, c'est pas juste de le voir 15 minutes. Tout ça c'était pas... bon, disons que maintenant c'est plus reconnu dans la façon qu'on est rémunérés, le forfait de prise en charge. »*

On peut voir dans ces deux passages que les considérations d'ordre économique ont influencé le cas05 dans son choix de voir la clinique recevoir une accréditation GMF.

Ceci dit, le cas05 évoque néanmoins certaines contraintes liées au fait que le personnel infirmier est à l'emploi du CSSS du territoire. En premier lieu, elle mentionne l'assignation limitée du support infirmier au clinique-GMF. Selon ses dires, l'assignation du personnel infirmier se fait à partir de normes calculées en fonction du nombre de patients inscrits au GMF. Il y a bien un système de pondérations qui accorde un poids plus élevé à certains types de patients (santé mentale, obstétrique-périnatalité, etc.), mais il demeure que les normes établies par le gouvernement sont assez élevées et difficiles à atteindre. Celle-ci juge donc que le support infirmier assigné aux cliniques-GMF n'est pas assez suffisant en nombre pour répondre aux besoins dans des contextes de pénurie de médecins de famille et d'accessibilité limitée aux services en première ligne.

*« Bien c'est que nous, pour être GMF, il faut qu'on ait tant de patients inscrits, etc., alors nous, il faut qu'on corresponde à ces normes-là et en correspondant à ces normes-là, on a eu droit à deux. C'est tout. Même si on en fait plus, on n'aura pas droit à plus et de toute façon, leurs normes sont assez élevées. Déjà juste pour les atteindre, c'est pas évident. Bien nous on les atteint, mais on aurait du mal à dépasser les normes de patients inscrits et tout*

*ça. Même s'il y a des pondérations comme les patients (...), je pense que ça vaut 4 patients réguliers, parce qu'il faut qu'ils soient suivis et ça demande plus d'affaires. (...). Alors c'est toutes des choses qui sont pondérées mais il reste quand même que pour rencontrer la norme, ça demande quand même beaucoup de... »*

En deuxième lieu, le cas05 parle du processus d'embauche du personnel infirmier GMF par le CSSS. Le CSSS se doit de respecter la convention collective syndicale des infirmiers et infirmières du secteur de la fonction publique. Aux yeux du cas05, il y aurait place à l'amélioration en faisant preuve de beaucoup plus de souplesse dans l'embauche du personnel infirmier GMF. D'autant plus qu'il y a également un contexte de pénurie de professionnels infirmiers dans la province. Il faudrait éviter de drainer les jeunes infirmiers et infirmières qui seraient susceptibles d'aller travailler dans des milieux plus exigeants, tels que les CH. Le cas05 opine que, pour les besoins des cliniques-GMF, il pourrait être plus opportun d'embaucher des infirmiers et infirmières plus avancés dans leur carrière, voire peut-être même en fin de carrière, et qui n'ont peut-être plus l'énergie ou l'intérêt de travailler en CH. On pourrait même, à la rigueur, parfois embaucher ce personnel infirmier en tenant compte de leur expérience professionnelle et des besoins spécifiques de la clinique-GMF dans un domaine médical particulier. Elle ajoute cependant que ceci est présentement impossible avec les conventions collectives syndicales actuelles.

*« Le processus d'embauche, c'est avec le CSSS. Il faut prendre... c'est tout avec l'ancienneté, le syndicat, c'est selon les normes du CSSS. Mais c'est pas moi qui a travaillé là-dessus, mais moi je pense que ça prendrait beaucoup plus de souplesse pour tout ça, parce qu'entre autres, bon, nous on pense qu'il faudrait qu'il y ait plus d'infirmiers et infirmières pour nous aider, on pourrait en faire beaucoup plus dans un contexte de pénurie. Mais c'est sûr qu'il y a aussi une pénurie d'infirmiers et infirmières à Montréal, mais il y a beaucoup de travail moi que je pense qu'on pourrait... si on avait une infirmière à la retraite par exemple, qui a travaillé en obstétrique, ou en pouponnière et qui... bon elle ça pourrait l'intéresser de travailler à temps partiel et de venir nous aider pour cette clientèle. Mais on ne pourrait jamais... la façon que l'embauche est organisée, on ne pourrait jamais embaucher comme ça. Mais ça pourrait contourner la question de la pénurie, parce que moi, je trouve qu'il ne faut pas que les GMF et tout ça on aille drainer les jeunes infirmiers et infirmières qui seraient susceptibles d'aller travailler dans les hôpitaux, qui ont encore l'énergie pour faire des shifts et tout ça, parce qu'il y a une grave pénurie à ce niveau-là et moi je la vis quand je vais faire de l'obstétrique à la salle d'accouchement, des fois il y a des crises parce qu'il manque des infirmières. Alors je ne veux pas non plus drainer dans mon GMF des infirmières qui pourraient être à la salle d'accouchement. Mais je trouve que pour le type d'aide qu'on aurait besoin dans les GMF, les gens qui sont partis à la retraite quand même assez jeunes, autour de 50 ans, mais c'est des gens qui sont encore très vifs et qui pourraient être très efficaces et gratifiés dans une pratique comme ça. Mais en tout cas... »*

Le cas05 parle des inconvénients de certains programmes gouvernementaux, tels que les AMP et les PREM en omnipratique. Celle-ci souligne que ces programmes ont des effets pervers ou des erreurs. Point intéressant, elle est d'avis que les PREM et les AMP sont tous deux responsables, du moins en partie, de la pénurie de médecins de famille en première ligne puisqu'ils rendent difficile le recrutement de nouveaux médecins pour les cliniques médicales privées. Une partie importante du temps des nouveaux médecins de famille est consacrée à répondre à leurs obligations d'AMP. Ainsi donc, ceux-ci doivent répondre aux besoins de services du territoire en faisant de l'hospitalisation, de l'urgence ou autres types d'activités, avec les exigences administratives (réunions, participation à des comités, etc.) que ce type d'activités imposent. Il est donc probable qu'avec le peu de temps qu'il leur reste les nouveaux médecins de famille ne se voient pas s'impliquer dans une clinique pour offrir des services médicaux généraux à une clientèle régulière. Les AMP ne favorisent donc pas le travail dans la communauté et la prise en charge.

*« Tous les moyens qu'on va avoir pour essayer de répartir les médecins vont avoir des effets pervers ou des erreurs. Comme les AMP, en plus des PREM, il y a les AMP, bien c'est ce qui fait que les jeunes médecins doivent faire soit de l'urgence, je pense des soins hospitaliers ou des soins de longue durée, au moins 12 heures par semaine. Alors... pour avoir leurs AMP. Donc 12 heures par semaine, et ils vont s'engager dans un type de pratique qui fait que, associé à ça il y a d'autres activités administratives, des réunions, des ci, des ça, donc ils ne se verront pas s'impliquer dans une clinique pour avoir une clientèle régulière de prise en charge. Donc on recrute très peu de jeunes médecins pour faire une prise en charge à Montréal et c'est là qui est le plus gros manque actuellement. »*

Le cas05 est d'avis qu'il est présentement bien difficile de recruter un résident en médecine familiale qui montre un intérêt pour une clinique de la région en particulier. Il n'est donc pas possible de recruter tous les candidats qui voudraient venir. Les PREM créent un contexte de compétition, en quelque sorte, entre les territoires de RLS de la région pour les effectifs médicaux généraux. Un comité évalue les besoins de chaque territoire et tente de répartir les effectifs médicaux afin de pouvoir à toute la région. Qui plus est, le cas05 pense qu'environ une quarantaine de postulants obtiennent éventuellement un PREM en omnipratique pour l'ensemble de la région de Montréal à chaque année.

*« Mais là, c'est bien difficile de recruter par les temps qui courent. (rire) Ils prennent juste 40 nouveaux médecins à Montréal par année. Alors donc (rire) ça donne une idée comment... il faut que ce soit approuvé par l'Agence, alors on peut dire que la difficulté n'est pas au niveau de la direction de la clinique ici, ça pourrait être plus au niveau de l'Agence qu'on... (...) Alors tout ça pour dire que l'Agence, c'est pas en fonction de... c'est pas réparti exactement à tous les CSSS. C'est que les différents milieux vont soumettre des PREM, des types de pratiques dans leur... et ils vont soumettre un besoin. Et là, je pense que c'est plus au niveau du DRMG, ils en choisissent 40; dans tous les besoins qui sont manifestés. »*

Le cas05 remet d'ailleurs en question les statistiques utilisées dans le calcul des PREM à accorder annuellement à chaque région du Québec. Elle fait entre autres allusion à l'utilisation du nombre de médecins équivalents temps plein. Selon le cas05, il y aurait certaines limitations dans le calcul de cette statistique. Ceci résulterait en une sous-estimation des besoins de services médicaux généraux pour la région de Montréal. De ce fait, le nombre de PREM en omnipratique accordés annuellement ne serait donc pas en lien avec la réalité du terrain.

*« Bien en tout cas, c'est toujours le problème de régions versus les grands centres et les statistiques pour dire il manque tant de médecins, il manque tant de médecins, où est-ce qu'il manque le plus de médecins? C'est comme... on peut faire dire aux chiffres ce qu'on veut parce que dès qu'il y a un médecin, il est considéré comme étant à temps plein. Sauf qu'à Montréal, la moyenne d'âge est dans les plus élevées parce que c'est un des centres qui a été fermé aux jeunes médecins pendant à peu près 10 ans. Alors ce qu'ils appellent l'équivalent temps-plein médecin ici à Montréal, souvent c'est des médecins qui sont moins actifs, qui sont à temps partiel ou une grosse partie de leur travail qui est devenu administratif et qui ne voient plus de patients quasiment. Mais eux autres, ils comptent comme un. Alors donc eux autres se fient aux statistiques pour dire un médecin par tant de mille habitants et tout ça. Pour dire on va en donner tant peut-être à telle région, telle région, etc. »*

Le cas05 termine ses propos en disant, d'un ton rieur, qu'elle ne critique par le gouvernement d'essayer de répartir les services médicaux afin d'atténuer les effets de la pénurie de médecins au Québec. Elle pense cependant qu'il existe présentement des effets pervers aux programmes mis en place. Il y a donc la nécessité de raffiner encore ou de mettre en place des mesures qui soient moins rigides.

*« Alors il y a des effets pervers à essayer de répartir tout ça et moi, je ne veux pas critiquer le gouvernement d'essayer... d'atténuer la pénurie, de la diluer... (rire) Mais je pense qu'il faut qu'il raffine encore, ou qu'il y ait des choses qui soient moins rigides. »*

La surcharge de travail ainsi que les tracasseries et lourdeurs administratives sont parmi les choses que le cas05 trouve le plus difficile, qui lui déplaît le plus dans sa pratique. Le manque d'effectifs en médecine familiale au Québec fait en sorte que les médecins de famille font continuellement face à une surcharge de travail qui les amène à être toujours un peu à la course puisqu'ils doivent voir plus de patients pendant une période de temps plus courte afin de tenter de répondre à la demande. En effet, il y a lieu de presser les individus durant la consultation pour s'assurer que celle-ci ne soit pas trop longue.

*« Qu'est-ce que j'aime le moins... Bien c'est tout... bien la surcharge je pense. Le fait qu'on est obligés d'en faire plus. D'une part on a une surcharge, il faut qu'on voit plus de monde, on a moins de temps à leur consacrer, donc est toujours un peu à la course et on doit*

*presser les gens pendant la consultation pour que ça ne soit pas trop long. C'est quand même toujours présent. »*

En plus, il y a une augmentation des tracasseries et lourdeurs administratives, tant en nombre, en difficultés qu'en démarches administratives compliquées. Ceci a d'ailleurs pour conséquence qu'il devient difficile d'avoir un bon support secrétaire et administratif, ce qui ajoute à la lourdeur.

*« Et à ça s'ajoutent des lourdeurs administratives incroyables qu'il me semble qu'on ne devrait pas... ça ne devrait pas être aussi lourd que ça. Plus ça va, plus il y a de la paperasse à remplir, plus la facturation est compliquée, plus c'est difficile de trouver des endroits pour faire les examens, les tests, pour rencontrer un spécialiste, alors... plus c'est difficile d'avoir des bonnes secrétaires pour nous aider, alors ça rajoute à la lourdeur. »*

Lorsque l'intervieweuse lui demande qu'est-ce qu'il lui faudrait pour être le médecin que vous rêvez d'être, le cas05 répond d'emblée, et en riant, qu'idéalement ce serait de travailler moins.

*« Le monde idéal, mon Dieu. (rire) Il faudrait que je travaille moins (rire). »*

D'un ton plus sérieux, elle aborde son monde idéal dans lequel elle travaillerait plus étroitement avec une infirmière. Ceci ne serait pas nécessairement pour alléger la charge de travail du cas05 puisque cette dernière précise que se serait pour offrir plus de services, en faire plus. L'infirmière pourrait alors l'aider pour certaines visites plus routinières. En effet, le cas05 tiendrait à voir ses patients et à garder le contact particulier avec toute la famille. Celle-ci travaillerait probablement tout aussi fort puisque le travail en étroite collaboration avec une infirmière lui permettrait, entre autres choses, d'accepter de prendre en charge le suivi de toute la famille, d'être le médecin de famille de toute la famille; comme elle le faisait d'ailleurs en début de pratique mais qui lui est impossible pour le moment suivant la surcharge de travail.

*« Le monde idéal, mon Dieu. (rire) Il faudrait que je travaille moins (rire). Bien en tout cas, moi je me verrais travailler plus étroitement avec une infirmière et en tout cas, je pense que... bien c'est toujours ça aussi le monde idéal, c'est quoi, il va y avoir encore une pénurie de médecins parce que moi, si je travaille avec une infirmière, c'est pour qu'elle voit les bébés que je suis une fois sur deux, mais en même temps, moi j'aimais ça que ça soit moi qui les voie et de garder le contact particulier sur toute la famille. (...) Probablement que je pourrais en faire plus si j'avais une infirmière qui m'aidait pour certaines visites plus routinières. Peut-être que ça me permettrait de garder plus toute la famille. »*

Dans son monde idéal, l'infirmière pourrait également avoir le rôle d'infirmière de liaison à l'occasion. En outre, cette dernière pourrait trouver les spécialistes, faire les appels pour les demandes de références et essayer de prendre des ententes pour les cas plus urgents. Elle pourrait également identifier les services offerts par les diverses organisations de santé disponibles sur le territoire montréalais ou les plus proches du lieu de résidence du patient et s'informer des modalités



à suivre pour y référer le patient. Tout ceci permettrait de faciliter l'identification et l'accès aux services de santé et de services sociaux, et plus particulièrement aux services médicaux spécialisés.

*« Alors si on avait quelqu'un, une infirmière avec nous qui pourrait nous aider à faire... on appelle ça infirmière de liaison, mais faire les contacts, et nous dire "bien écoute, j'ai appelé au CLSC et eux autres, c'est telle chose, c'est de telle façon qu'ils fonctionnent, alors pour avoir un service en santé mentale, ça va prendre... c'est à telle personne qu'il faut vous adresser pour que le client ait le service, des cours prénataux qu'elle a besoin" ou je ne sais pas quoi, mais ça, ça aiderait beaucoup. »*

Enfin, le cas05 juge qu'il serait grand temps que le réseau des soins de santé soit informatisé et que les cliniques « privées », pour ne nommer que ce type d'organisation, ait un accès directe et rapide aux résultats des tests. Il y aurait alors la nécessité que chaque médecin ait accès à un poste informatique. Selon ses dires, il n'est pas rare qu'elle ait présentement à courir après les résultats manquants de tests.

*« Bon évidemment on voudrait avoir des choses informatiques bien plus, ou les résultats de laboratoire, il est temps qu'on ait ça sur l'ordinateur au lieu de courir après. Eh, quasiment un patient sur deux, il faut que je cherche des résultats. »*

## **Place et rôle de l'évaluation économique dans la pratique clinique**

Aux premiers abords, le cas05 n'est pas certaine de connaître l'évaluation économique, se disant plutôt familière avec certains concepts propres à l'épidémiologie, tels que le nombre de patients à traiter (NPT, en anglais le *number needed to treat [NNT]*) pour éviter un résultat indésirable et la différence d'efficacité des interventions (le cas semble faire ici référence à la différence des risques, un concept en épidémiologie) en tenant compte de la différence de coût d'acquisition entre les interventions.

*« Bien je ne sais pas... c'est comme le coût... bien nous, ce qu'on est plus familiers, c'est combien de personnes on va devoir traiter pour éviter une complication ou une mort. C'est plus comme ça. Ou des fois c'est de voir un nouveau médicament qui sort, puis il est... je ne sais pas 10%, 5% plus efficace, mais 100% plus cher, je ne sais pas... »*

Le cas05 a écouté attentivement et avec intérêt l'explication de l'évaluation économique faite par l'intervieweuse.

Suite à cette explication, elle affirme son intérêt pour les informations issues d'évaluations économiques. Celle-ci s'intéresse à prendre connaissance des informations d'ordre économique parfois disponibles dans les comptes rendus d'études qu'elle lit ou encore, à lire la littérature

rapportant les résultats d'une évaluation économique. Elle dit surtout porter un intérêt pour les informations d'ordre économique lorsqu'elle éprouve des réticences quant à l'utilisation d'une intervention.

*« En fait, moi personnellement, quand je lis des études, s'il y a un volet économique à l'étude ou des fois ça va être juste le sujet... je suis intéressée à lire ça. Surtout quand j'ai des réticences face à un traitement (inaudible), vérifier... alors ça, je pense que justement concernant... bien là je ne peux pas m'en rappeler précisément parce que moi, c'est pas mon intérêt premier, mais concernant les césariennes pour les sièges, je pense que finalement, la même chercheuse a fait cette étude-là de... regarder les coûts. Ça a sorti récemment. Alors je l'ai lu de biais, mais j'avais un intérêt pour ça. »*

Dans les faits, le cas05 semble plutôt connaître et être familière avec le terme pharmacéconomie. Ceci est évident lorsqu'elle raconte avoir participé en 2006 à une activité universitaire de DPC, soit les journées de pharmacologie organisées annuellement par l'Université de Montréal. Tout au long des deux journées, le cas05 avait remarqué que les considérations d'ordre économique, qu'ils s'agissent des coûts des médicaments ou des informations issues d'évaluations économiques ou pharmacéconomiques, ne faisaient pas partie des informations présentées aux participants. Au moment de remplir le formulaire d'évaluation de l'activité de DPC, elle avait alors fait la suggestion que des résultats d'études pharmacéconomiques pourraient également être présentés puisque ce type d'informations peut aider à la prise de décision quant à l'adoption ou non des nouveaux médicaments par les médecins. Le cas05 poursuit en disant que c'est le genre d'information qu'elle veut savoir.

*« Puis quand j'ai été... à chaque année il y a un congrès de pharmacologie organisé par l'UdM pour tenir les médecins généralistes au courant des nouveaux médicaments et de leur efficacité. Moi je n'y vais pas à chaque année, mais en tout cas il y a deux ans je suis allée et... bien c'est ça, ils parlaient des nouveaux médicaments, mais ils ne nous disaient jamais combien ça coûtait. Puis... ou s'il y avait un léger progrès, bon, finalement, si ces études-là... c'était aucunement ça pour aucun des médicaments. Et moi dans mes suggestions, je l'avais mis, comme quoi pour certains médicaments, j'aimerais ça avoir une étude pharmacéconomique parce que je trouve pour aider à décider si je vais l'adopter... »*

Point fort intéressant, le cas05 poursuit ses propos en ajoutant que ce n'est pas tout de savoir que les informations probantes issues d'études de qualité montrent l'efficacité supérieure d'une intervention, mais encore il faut savoir à quel prix pour la société. Et ça, c'est le genre d'informations qu'elle veut savoir.

*« Même s'il allait un petit peu mieux que l'autre pour soulager le reflux, mais finalement l'autre est générique et il ne coûte rien, et c'est comme... quand bien même qu'une étude evidence-based me dit que tu as 10% de plus de patients qui vont être soulagés... à quel prix. Alors je veux savoir ça. »*

Celle-ci se dit consciente des coûts élevés du système de santé et de la contribution de sa pratique médicale à ceux-ci. C'est pourquoi elle désire de plus en plus avoir des informations issues d'évaluations économiques ou pharmacoéconomiques pour guider ses choix.

*« Je sais comment ça coûte cher et quand on paye nos assurances médicaments comment à quel point ça coûte cher, alors moi quand je signe ma prescription, je suis consciente que je contribue à ça... ou pas. Alors moi c'est sûr que ces renseignements-là, je veux les avoir de plus en plus. »*

Le cas05 trouve que la lecture de comptes rendus présentant des informations issues d'évaluations économiques ou pharmacoéconomiques est difficile et qu'il y aura place à simplifier la présentation de ce type de recherche afin de la rendre plus accessible. D'autant plus que plusieurs médecins possèdent très peu de connaissances dans les domaines de l'évaluation économique et des statistiques. Celle-ci avoue s'être plutôt familiarisée aux notions de ce type de connaissances au fur et à mesure de ses lectures.

*« Bien ça pourrait être simplifié. (rire) Non, mais... Bien là, quand même, s'ils veulent que tout le monde... que ce soit accessible. On n'a pas tous notre cours de... maintenant je pense qu'ils ont un cours de statistique un peu plus élaboré, mais nous c'était comme minimum, minimum et on n'a pas eu un très bon professeur, là, alors... bon, à force d'en lire on comprend un peu plus, (...). »*

Lorsque questionnée sur le sujet, le cas05 pense qu'il y aurait sûrement une place pour l'évaluation économique dans la formation des médecins de famille, bien qu'elle ne puisse pas dire si ce type de connaissances est actuellement partie intégrante du curriculum.

*« Sûrement. Mais je ne peux pas dire maintenant comment c'est inséré dans la formation. Je ne sais pas si c'est présent actuellement. »*

Elle est d'opinion que les informations issues d'évaluations économiques se devraient d'être considérées dans les activités de DPC, particulièrement lorsqu'il est question des nouvelles interventions. Ceci pourrait par ailleurs faciliter la prise en compte de ce type d'informations dans la pratique des médecins de famille.

*« Bien comme je disais, je pense que dans les congrès, quand on parle d'un nouveau traitement, bien justement, je trouve que ça doit être présent, ça. Quand on veut nous vanter un nouveau traitement, ou une nouvelle façon d'investiguer, ou je ne sais pas quoi, bien il faut défendre ça, je pense qu'il faut le justifier aussi d'une certaine façon. Oui, surtout si c'est pas une si grosse amélioration que ça. À ce moment-là, si c'est une grosse amélioration, ça va paraître dans les coûts économiques... »*

Elle réalise toutefois que certains facteurs peuvent limiter la prise en compte des informations issues d'évaluations économiques dans ce type d'activités. Celle-ci croit que puisque la prise en compte de

ce type d'informations ne représente pas le quotidien de la pratique des médecins de famille et suivant le manque de connaissances en évaluation économique des médecins de famille, la présentation par les médecins de famille formateurs d'un volet économique leur demanderait un effort supplémentaire. Cependant, lorsqu'un médecin spécialiste est invité à venir présenter, celui-ci devrait avoir pris en compte les considérations économiques.

*« Bien il faudrait... c'est sûr que comme nous souvent on va favoriser dans nos congrès de médecine générale que les présentations soient faites beaucoup par des généralistes. Donc eux... déjà ça demande un effort d'aller dans l'expertise d'un sujet et le présenter sur ça. Alors si on leur demande en plus d'amener cet aspect-là alors que c'est pas notre quotidien et on n'a pas de formations là-dessus... bon, aller présenter ça en plus, ça va demander un effort. Mais si on... je pense que quand c'est un spécialiste qui vient nous présenter là-dessus, il devrait s'être penché là-dessus. »*

Le cas05 se dit confortable à l'idée d'inclure une section dédiée aux informations issues d'évaluations économiques lors de la rédaction des GPC.

*« Oui, parce que des fois ils font des recommandations et on se demande... mais je dis ils l'ont évalué, comme pour traiter le cholestérol de tout le monde, à un moment donné... bon, il y a certains groupes que probablement on sauve beaucoup d'argent parce qu'ils sont très à risque, mais ceux qui sont plus à la limite, moi je voudrais savoir, finalement, combien je vais en garder pendant des années là-dessus pour sauver une maladie cardiaque dans 10 ans. (rire) Combien ça va coûter? »*

De mémoire, le cas05 croit que les revues distribuées gratuitement par les organisations professionnelles, telles que l'Actualité médicale, Le Collège du CMQ et Le Médecin du Québec de la FMOQ, n'intègrent pas d'informations issues d'évaluations économiques dans leurs pages, à l'exception peut-être de la revue *Canadian Family Physician* - Le Médecin de Famille Canadien du CMFC où il lui semble qu'on fait parfois mention d'informations portant sur les coûts, le rapport coût-efficacité ou les évaluations économiques. La FMOQ porte surtout son attention sur les considérations d'ordre clinique et thérapeutique, selon les recommandations de GPC.

*« Dans les choses de la FMOQ, non. Eux c'est vraiment axé juste sur la clinique et le bon diagnostic, le bon traitement, selon les bons guidelines. S'il n'y en a pas, en tout cas ce qui est accepté, mais peut-être des fois dans la revue du Collège des Médecins de Famille il va y avoir des trucs sur ça. »*

Le cas05 pense que le mandat du CMQ est surtout de protéger le public.

*« Non. C'est pas leur mandat je pense. Eux autres c'est la protection du public. Alors... »*

Afin, elle ne croit pas que l'Actualité médicale porte nécessairement attention aux informations issues d'évaluations économiques, ni même aux coûts des interventions.

*« Je ne crois pas. Eux autres c'est plus... bien c'est sûr que s'il y a quelque chose qui sort de particulier comme un médicament qui est refusé par le Conseil du Médicament et que ça fait la manchette, ils vont en parler, peut-être, mais... quand ils vont parler de médicaments et de traitements, ça ne sera pas nécessairement là. »*

Point fort intéressant, le cas05 ne fait pas mention une seule fois du rôle fiduciaire des médecins à l'égard des patients lorsqu'elle aborde la prise en compte d'évaluations économiques dans le processus décisionnel clinique. Elle n'utilise donc pas cet argument pour justifier la considération ou non d'informations issues d'évaluations économiques dans sa pratique clinique. Au contraire, celle-ci parle plutôt des coûts à la société des services et particulièrement de mettre en relation ses coûts avec l'efficacité. Ainsi donc, les dispositions propres au professionnalisme médical ne dominent le discours du cas05 dans ce cas-ci mais plutôt les dispositions propres à la médecine sociale.

Autre point fort intéressant, à la toute fin d'une des séances d'entrevue et juste avant le départ de l'intervieweuse, le cas05 a affirmé penser différemment et ne pas être comme les autres médecins. Celle-ci pense d'ailleurs qu'un certain « type » de médecins sera intéressé à participer à la présente étude. Elle est d'opinion que les médecins de famille qui croit au « social » pourraient être intéressés, et peut-être moins les médecins « plus médical » (elle a alors mis les mains autour des yeux comme pour montrer l'étroitesse de la vision en lorgnière).

## **Place et rôle de l'information et des connaissances dans la pratique clinique**

Le cas05 dit être familière avec l'utilisation de termes propres à l'épidémiologie, tels que le nombre de patients à traiter (NPT, en anglais le *number needed to treat [NNT]*) pour éviter un résultat indésirable et la différence d'efficacité des interventions (le cas semble faire ici référence à la différence des risques, un concept en épidémiologie).

*« Bien nous, ce qu'on est plus familiers, c'est combien de personnes on va devoir traiter pour éviter une complication ou une mort. C'est plus comme ça. Ou des fois c'est de voir un nouveau médicament qui sort, puis il est... je ne sais pas 10%, 5% plus efficace, mais 100% plus cher, je ne sais pas... »*

Une fois de plus, celle-ci avoue avoir peu de connaissances dans les domaines de l'épidémiologie et des statistiques. Le cas05 confie qu'à son époque il n'y avait qu'un minimum de notions de

statistiques et d'épidémiologie dans sa formation en médecine et qu'en plus, le professeur n'était pas très bon. Elle prétend apprendre et comprendre ces notions au fur et à mesure de ses lectures et des présentations à lesquelles elle assiste.

*« Maintenant je pense qu'ils ont un cours de statistique un peu plus élaboré, mais nous c'était comme minimum, minimum et on n'a pas eu un très bon professeur, là, alors... bon, à force d'en lire on comprend un peu plus, mais moi, quand j'ai fait ma formation, le number-to-treat, il n'y avait pas ça dans les études, alors... c'est comme après qu'on a appris ces notions-là, et des fois c'est comme... À force de lire et de comprendre. Des fois il y a des gens qui vont présenter et qui vont mettre une phrase ou deux pour expliquer les termes. »*

Le cas05 soutient que les connaissances issues des données probantes (études scientifiques, GPC) influencent sa pratique, bien qu'elle confie garder un œil critique et prendre ça avec un grain de sel. D'autant plus qu'il arrive quelquefois que les nouvelles directives cliniques viennent confirmer une pratique que le cas05 avait déjà depuis un bout de temps. En fait, elle avoue dévier quelque peu à l'occasion. Celle-ci suit grosso modo les recommandations des GPC en fonction de ce qui est acceptable pour le patient en tenant compte de ses particularités et aussi, d'ajouter en ricanant, en fonction de tout ce qu'elle est capable de se rappeler.

*« Bien écoutez... Je lis ça dans les revues... Non, non, mais je vais les suivre grosso modo, surtout pour les choses plus importantes qu'on voit régulièrement, mais je garde un œil critique face à ça. Disons que moi je peux dévier un petit peu... pas à 180 degrés, mais des fois... ça ne sera pas suivi à la lettre, surtout que des fois je vais faire ça, deux ans plus tard ils vont me dire bien vous aviez raison, maintenant c'est ça la directive clinique. Alors... je regarde ce qui est acceptable pour le patient aussi, et tout ce que je suis capable de me rappeler aussi. (rire) Ça fait que je ne pense pas que je suis complètement déviante, mais je prends ça avec un grain de sel... »*

Qui plus est, le cas05 opine que certains GPC n'ont aucun rapport avec la réalité des médecins de famille puisqu'ils sont principalement rédigés par des médecins spécialistes, avec parfois la collaboration de médecins généralistes ayant un intérêt particulier pour le sujet ou la pratique sur lequel porte le GPC. Entre autres, les GPC vont quelquefois suggérer des changements au niveau des critères; changements qui sont des fois minimes (par exemple, présence d'une pression diastolique de 80 millimètres de mercure plutôt que de 85 pour initier un traitement) et des fois fréquents (par exemple, aux deux ans). Le cas05 pense que ceci n'est pas en lien avec ce que peuvent maîtriser les médecins de famille dans leur pratique de tous les jours. Il peut s'avérer difficile pour eux de se rappeler de tout ça puisqu'ils n'ont pas qu'à penser à un seul, voire quelques, GPC. Les changements se doivent donc d'être significatifs, de faire une grosse différence.

*« Mais... ça fait qu'il y a beaucoup de choses comme ça qui sont... de directives cliniques, de traitements qui sont décidés, surtout avec des spécialistes ou avec... des fois ils vont demander l'avis d'un généraliste, mais qui a un intérêt particulier pour cette pratique-là, qui en fait comme une semi-spécialité, la moitié de ses patients, c'est ça. Alors là ils vont nous mettre des directives cliniques mais qui n'ont aucun rapport avec nous, ce qu'on peut maîtriser dans la vie de tous les jours. Ils vont changer des critères pour traiter... je ne sais pas, le cholestérol ou l'hypertension ou... les critères, ils changent ça aux deux ans. Et là ils font des petits petits changements, ils changent un chiffre de 2.5 pour 2 et la pression c'est plus 85, c'est 80 pour décider de le traiter... puis en tout cas. Et nous, il faudrait qu'on se rappelle de tout ça? Bien voyons donc, on n'a pas rien que ça à penser, nous. Tandis qu'eux autres, les cas d'hypertension, c'est rien que ça qu'ils voient, je ne sais pas trop, le néphrologue, il n'a rien que ça à penser. Mais nous, c'est ça plus d'autres. Alors quand ils font des changements comme ça, il faut que ça vaille la peine... si c'est pour changer aux deux ans... Ça n'a pas de sens, là. Il faut que ça fasse une grosse différence. »*

De plus, le cas05 est d'avis que certaines recommandations des GPC n'ont tout simplement aucun bon sens. Elle cite en exemple la recommandation d'une colonoscopie à tous les individus âgés de 50 ans et plus dans un contexte de pénurie du corps médical et d'un examen hautement désagréable pour les individus.

*« Et aussi il y a des directives cliniques qui n'ont comme aucun bon sens! Comme passer des colonoscopies à tout le monde après 50 ans... voyons donc! Une colonoscopie, c'est affreux cet examen-là. À un moment donné, c'est bien beau le cancer de l'intestin, ça n'a aucun bon sens de faire passer ça à tout le monde. Moi j'essaie juste de demander aux gens d'aller aux deux ans pour un test sur leurs selles, déjà ça les dégoûte et la moitié ne le font pas (rire) ça fait qu'une colonoscopie encore moins! (rire). »*

Point intéressant, le cas05 est d'avis qu'il y a du pour et du contre au mouvement de la pratique de la MFDP. En prenant référence sur sa pratique d'obstétrique-périnatalité, elle rapporte qu'on leur dictait plusieurs services dont l'efficacité n'avait jamais été démontrée auparavant. Or, le mouvement de la pratique de la MFDP a entre autres permis de montrer l'efficacité de certains services et le peu d'utilité de certains autres. Néanmoins, les connaissances issues des données probantes peuvent être importantes, mais il n'est pas possible de tout vérifier sur le plan scientifique. Selon le cas05, il existe des conditions rares pour lesquelles il ne serait pas possible de faire une vérification scientifique. De même, certains problèmes de santé peuvent avoir des diagnostics plutôt flous et ceci fait en sorte que la réalisation d'une étude serait difficile, particulièrement quant à l'inclusion des sujets de recherche. Le cas05 mentionne que les études exigent plutôt que tout le monde ait le même diagnostic. Elle cite en exemple une intervention très mineure, soit de suggérer aux femmes de s'allonger sur le côté gauche pour faciliter le travail à l'accouchement, qui s'avère fort utile bien que son efficacité n'a jamais été démontrée, et ne le sera

probablement jamais. En résumé, le cas05 croît qu'on ne peut pas seulement se fier aux données probantes et utiliser seulement les services dont l'efficacité est démontrée.

*« Bien disons que moi je pense que ça a du pour et du contre, dans le sens que... comme en obstétrique, moi j'ai trouvé qu'en général c'est assez bien dans le sens qu'on nous dictait beaucoup d'interventions sans que ça n'ait jamais été prouvé que ça aidait la mère et l'enfant. Alors là, il y a certaines interventions qui sont moins fréquentes parce qu'on a prouvé que finalement c'était pas vraiment utile. Alors ça, ça peut être important, mais on ne peut pas tout vérifier avec ça. Il y a des conditions rares que ça ne se vérifiera pas ou des fois c'est des problèmes et les diagnostic est plutôt flou, alors là pour que ça entre dans une étude, ça ne marchera pas. Il faut que tout le monde fasse le même diagnostic, que ce soit bien fermé. Alors on ne peut pas juste se fier à ça pour dire... comme moi par exemple... Bon, dans un accouchement par exemple, à un moment donné moi je vois dans ma pratique que si à un moment donné à certains stades du travail la femme s'allonge... si elle veut rester surtout allongée, mais si elle est sur le côté gauche, le plus souvent elle va avoir des meilleures contractions et ça va peut-être m'éviter d'avoir à lui donner un médicament. Mais là, c'est pas prouvé ça. J'ai pas d'étude, ça serait très difficile de faire une étude sur ça, mais est-ce que je peux me fier à mon expérience et à ce que j'ai vu pour dire avec confiance à la mère et à l'infirmière que ça serait une bonne chose d'essayer ça? Surtout que c'est pas une grosse intervention (rire) et ça peut peut-être en éviter une autres. Alors on ne peut pas se dire non plus on va faire juste ce qui est prouvé, dans ce sens-là. »*

Cela étant dit, le cas05 poursuit ses propos en ajoutant que le mouvement de la pratique de la MFDP peut parfois amener les médecins à faire plus d'interventions. Elle illustre ses propos par un exemple puisé à même sa pratique d'obstétrique-périnatalité. Il s'agit de la recommandation de la césarienne comme la voie la plus sûre pour l'accouchement par le siège. Selon le cas05, cette recommandation découle des résultats d'une étude importante ayant démontrant qu'il y avait moins de problèmes d'anoxie à la naissance avec la césarienne qu'avec un accouchement par voie naturelle. Elle croît cependant qu'il s'agit de très petits nombres. En plus, celle-ci ajoute que la chercheuse a publié quelques années plus tard les résultats de son suivi des enfants et que ses résultats n'ont montré aucune différence entre les enfants ayant souffert ou non d'anoxie à la naissance. Le cas05 se demande alors jusqu'où il faut aller, combien d'individus doivent subir des interventions pour éviter une complication rare.

*« Et aussi, ça nous amène aussi à faire des fois plus d'interventions. Même si c'est sur des très petits nombres, ça aussi, la discussion n'est pas toujours là de savoir combien de gens vont avoir à subir telle intervention pour éviter telle complication rare. Alors en obstétrique souvent, comme par exemple nous on a eu la question des accouchements par le siège. Ce qui fait qu'il n'y a plus d'accouchements par le siège par les voies naturelles, c'est qu'il y a une étude qui a prouvé que ça prenait de milliers de femmes et d'emblée on faisait une césarienne à certaines et les autres on leur en faisait seulement s'il y avait des complications, bien dans le groupe qu'on essayait de faire accoucher, il y avait un peu plus d'anoxie à la naissance. Et c'était des très petits nombres. Et ça été suffisant pour dire on*



*ne le fait plus. Et finalement, quand ça faisait au moins 5-6 ans qu'on n'en faisait plus, plus que ça même je pense, là la chercheuse en question a poursuivi son étude et elle a regardé les enfants de 5-6 ans, comment ils s'étaient développés et il n'y a pas de différence entre les deux groupes. Alors même s'il y en avait dans un groupe qui avaient eu un petit peu de problèmes à la naissance, ils avaient manqué un peu d'oxygène, il n'y avait pas de séquelle plus tard, alors... ça vaut tu la peine de faire des césariennes à tout le monde qui ont un siège, à cause de ça? Mais là on ne peut plus revenir en arrière. »*

Le cas05 fait appel à différentes sources pour obtenir des informations ou des connaissances. Ces sources lui sont utiles autant pour maintenir ses connaissances que pour en acquérir de nouvelles. Elle utilise principalement des sources écrites, bien que les sources orales lui soient également utiles. Ses lectures sont une source importante. Elle lit surtout des revues médicales et se réfère à des livres de références. Celle-ci confie faire peu de lecture sur Internet puisqu'elle ne trouve pas ça pratique. Le cas05 assiste de régulièrement à des congrès ainsi qu'à des activités de DPC. Elle participe également à des réunions de formation et des réunions de discussions entre collègues au CHU où elle pratique l'obstétrique. Enfin, il lui arrive à l'occasion de consulter des collègues, particulièrement lorsqu'elle fait face à un besoin ponctuel d'information sur un sujet qu'elle voit moins souvent.

*« Ah ok, comment je me tiens à jour finalement. Bien disons qu'on lit, surtout moi, je ne lis pas tellement sur Internet encore parce que... en tout cas, j'ai été des fois à des rencontres pour savoir un petit peu c'était quoi les sites, mais en tout cas je ne trouve pas ça vraiment pratique de lire sur Internet, alors je lis les revues médicales, je vais à des congrès régulièrement et aussi, comme à l'hôpital il y a des réunions de formation, des fois c'est des discussions entre collègues, il y a des livres aussi, des fois des sujets qu'on voit moins souvent, bien on va aller consulter rapidement, c'est ça, des discussions de collègues; c'est surtout ça dont je me sers. »*

Le cas05 mentionne que l'industrie pharmaceutique et ses représentants lui sont une source d'information et de connaissances. Elle reçoit occasionnellement la visite de représentants pharmaceutiques, lorsque qu'elle a quelques minutes de libre entre deux patients. Lorsqu'elle les voit, celle-ci en profite souvent pour leur poser une question clinique et leur demander des suppléments d'informations pour bien utiliser des médicaments pour lesquelles elle a pris la décision de les considérer dans ses choix de prescription à travers d'autres sources de connaissances et d'information. Le cas05 estime que les représentants l'informent également sur l'existence de nouveaux médicaments. Par contre, elle se dit peu influencée par l'industrie pharmaceutique et ses représentants puisqu'elle insiste que cette source spécifique d'information et de connaissances ne joue pas sur sa décision d'utiliser un médicament (nouveau ou pas).

*« Bien j'en vois, oui, mais disons qu'ils sont chanceux s'ils m'attrapent. Je veux dire... (rire) dans le sens que je ne refuse pas de les voir, mais ici, on ne donne pas vraiment des rendez-vous, je ne sais pas s'il y a des médecins qui donnent des rendez-vous? C'est chacun un peu sa façon de faire, mais moi je ne donne pas de rendez-vous, alors s'ils se présentent et que j'ai du temps entre deux patients, je vais les voir, mais si j'ai pas de temps je ne les vois pas point. Et quand je les vois, je leur dis tout le temps que je n'ai pas beaucoup de temps. (rire) Alors des fois ça me tient au courant que bon, il y a tel médicament qui est apparu, ou des fois ça peut arriver qu'un médicament que j'ai déjà choisi par d'autres informations de prescrire, là j'ai été dans un congrès, mais là j'ai besoin de plus de détails pour bien l'utiliser, ça va me remémorer... au congrès je me suis dit "oui, ça il faudrait que je l'utilise et"... mais là je ne vois pas tant de patients que ça qui ont cette problématique-là et là le représentant vient et il m'en reparle, ça va m'aider à me rappeler la dose ou je ne sais pas quoi. Mais pour décider que je vais me mettre à l'utiliser... non. »*

Bien entendu, la pratique du cas05 demeure fondée en partie sur les connaissances acquises au cours de sa formation médicale et ce, malgré les nombreux changements qui ont eu lieu en médecine depuis qu'elle a complété sa formation au début des années 1980.

*« Mais évidemment, tout le bagage de ma formation, même s'il y a eu quand même beaucoup de changements depuis plus que 20 ans, mais il y a quand même des choses qui restent, qui sont encore utiles de ce qu'on a appris à l'université. »*

Le cas05 laisse sous-entendre l'importance des connaissances tacites acquises par l'expérience, telles que les connaissances de l'histoire du patient et de la famille. Celle-ci aime suivre sa clientèle pendant plusieurs années. Pendant longtemps, le cas05 prenait en charge le suivi de toute la famille : la maman, le papa et tous les enfants. Celle-ci connaissait toute l'histoire familiale.

Lorsque l'intervieweuse lui demande qu'elle est la place de l'art de la médecine dans sa pratique et ce qu'elle définit comme « art », le cas05 répond qu'elle estime que, grosso modo, l'art représente peut-être 25 à 30 % de sa pratique. Elle considère l'art de la médecine comme étant le sens clinique. Il s'agit de sentir les situations des individus, de savoir comment communiquer avec eux, de les deviner en quelque sorte. Le médecin peut effectivement avoir certaines intuitions, certains jugements cliniques. Elle est d'opinion que le sens clinique ne vient pas nécessairement de la formation, des lectures ou des activités de DPC, mais davantage de la personnalité du médecin et de son expérience qui l'amènent à développer certaines habiletés.

*« Moi je dirais peut-être que c'est... c'est quand même assez élevé je pense. C'est peut-être 25-30%. Où là c'est le sens clinique, comment on sent les gens, on peut avoir des intuitions, certains jugements, au niveau de la communication aussi, ça fait que non, c'est ça, je pense que ça serait peut-être en termes de pourcentage, ça serait ça. Et bon, moi j'ai fait*

*médecine familiale, mais je ne peux pas te dire que c'est la formation qui a beaucoup nécessairement aidé à développer ça. Il y a la personnalité et il y a aussi l'expérience qui fait qu'on développe certaines habiletés. (...) Alors il y a des domaines comme ça où souvent les généralistes, on peut être déficients et c'est difficile de combler ça par des lectures ou un congrès. Bon, il y a beaucoup de gens par exemple qui vont se sentir mal à l'aise, qui ne se verront jamais commencer à faire des accouchements s'ils n'en ont pas fait au début de leur pratique parce que c'est le geste, comment je vais le faire, et à force d'en voir. Aussi on devine certaines situations où ça peut dégénérer, d'autres on va être plus rassurés, que si on débutait. Alors ça aussi, peut-être que ça fait partie de l'art, ça; je ne sais pas. (rire) En tout cas, c'est plus de l'habileté... c'est difficile de mettre des mots là-dessus.*

En fait, le cas05 pense que l'intelligence affective peut notamment compter dans la pratique en médecine familiale et que certains individus en sont pourvus et d'autres pas. Elle ajoute par ailleurs que ça doit être difficile pour ceux qui ne sont pas pourvus d'intelligence affective de pratiquer la médecine familiale.

*« Bon, la clientèle plus avec des problèmes sociaux ou de santé mentale. Ça je trouve que l'art intervient beaucoup dans ça, dans le sens qu'on va sentir les situations des gens, comment on va réussir à communiquer avec eux, à les deviner un petit peu. Je pense que de plus en plus ils essaient de former les jeunes médecins pour ça, mais il y a aussi beaucoup comment... je pense l'intelligence affective peut compter dans ça et il y en a qui l'ont et d'autres qui ne l'ont pas, alors j'imagine que pour ceux... moi je pense quand même que – je ne veux pas me vanter – mais j'ai une certaine facilité dans ça, mais ceux qui ne l'ont pas, ça doit être difficile pour eux de faire de la médecine générale. Parce qu'il y a beaucoup de situations quand même en médecine générale où les émotions interviennent et il faut savoir sentir ou deviner ces choses-là, et questionner le patient sur ça. »*

Lorsque l'intervieweuse lui demande s'il faut aussi avoir de l'empathie, le cas05 répond dans l'affirmative et souligne l'importance de l'empathie dans la pratique médicale. Elle est d'avis que l'effet placebo du médecin est souvent énorme, soit autour de 30 %. L'empathie peut jouer sur la façon que le médecin va transmettre un traitement, une approche ou des changements au patient qui fait en sorte que celui-ci va être convaincu que ça vaut la peine de suivre les conseils du médecin.

*« Mais c'est sûr que ça prend de l'empathie parce qu'on a un gros rôle, souvent l'effet placebo du médecin est énorme, on ne soupçonne pas jusqu'à quel point que la façon qu'on va transmettre un traitement ou une approche ou des changements peut faire que si le patient est convaincu que ce qu'on lui dit ça vaut la peine d'être essayé et que ça a des bonnes chances de marcher, bien souvent, ça rajoute comme 30% d'efficacité de notre intervention. »*

Ces trois passages parlent de l'art de la médecine, abordent l'attention aux personnes et à leurs émotions, que ce soit fait consciemment ou non. On peut y entrevoir l'importance des aptitudes humaines et relationnelles par la mention de l'empathie et de la communication. Cette attention aux personnes, à ce qu'elles vivent, à ce qu'elles disent ou non, pourrait être vu comme un sens clinique.

Selon le cas05, l'intuition et le jugement clinique prendraient naissance dans le sens clinique. Ceci correspond à ce que Bourdieu appelle le sens du jeu (ou le sens pratique) dans lequel sont impliqués les acteurs sociaux. La bonne intuition dans la pratique de la médecine est le résultat de la mise en œuvre de dispositions innées et de dispositions acquises tout au long de la formation et de la pratique médicales.

## **Place et rôle du médecin de famille dans l'utilisation des ressources de santé**

Le cas05 se dit en accord avec la double considération de la responsabilité face au patient et de la responsabilité face à la société dans la pratique de la médecine familiale. Elle précise que ces deux responsabilités sont d'ailleurs présentes dans sa pratique et ce, autant au niveau de ses choix de services et que de ses décisions d'utilisation. À titre d'exemple, celle-ci dit souvent refuser d'acquiescer à la demande d'accès à des services de la part des patients, voire même d'avoir parfois à s'obstiner longuement avec ces derniers afin d'expliquer la non nécessité des services demandés, et ce malgré qu'il lui serait des fois plus simple d'acquiescer à la demande et de s'en laver les mains.

*« Bien moi je suis d'accord avec ça. Et les deux choses sont présentes quand je fais ma pratique. Oui. Alors moi ça va arriver souvent que les gens vont me demander un examen, un test, et puis je juge que c'est pas nécessaire et des fois je vais m'obstiner longuement avec eux pour leur expliquer que c'est pas nécessaire. Alors que des fois ça serait plus simple de juste signer le papier et de m'en laver les mains. Et dans mon choix aussi d'investigations et de médicaments, c'est très présent aussi. »*

L'indication médicale est aussi un des critères d'influence importants sur la prise de décision clinique. L'important c'est de savoir si ça va aider le patient, si c'est réaliste.

*« Bien la première chose, c'est de savoir si ça va aider le patient, je pense. S'il a des chances d'adhérer au traitement. Si c'est quelque chose de réaliste. »*

De plus, elle dit faire face à un questionnement entre le bien fondé de l'utilisation des informations issues d'examen diagnostiques sur la prise en charge clinique des patients, les coûts et les effets nuisibles ou négatifs potentiels (tel que l'anxiété secondaire à des résultats faux positifs, par exemple).

*« Bien parce que pour l'investigation aussi. Est-ce que ça va changer... si on parle d'investigation, parce que ça aussi ça coûte très cher maintenant, avant par exemple de faire passer... moi, même les petits laboratoires, formules sanguines ou je ne sais pas quoi,*

*avant d'en faire passer à tout le monde, j'y pense à deux fois. (...) Parce que moi, ça c'est toujours présent quand je demande des tests; est-ce que ça va aider. Parce que ça peut nuire aussi. Les gens pensent toujours que ça va éclaircir la situation, mais il y a à peu près 10% de faux positifs, donc c'est des gens que peut-être le test va revenir, peut-être qu'il y a quelque chose, là on est obligés de faire d'autres tests, ils sont plus anxieux, ou là ils vont avoir un diagnostic qui ne changera pas leur traitement, comme mettons on a vu une hernie discale sur leur résonance magnétique, et là c'est dans leur dossier, mais finalement c'était comme savoir la cause de leur problème, en tout cas... Alors même pour le patient, ça peut lui nuire. Donc c'est pas juste une question de coûts. »*

En fait, le cas05 rapporte que le critère d'indication médicale prédomine la prise de décision et ce, qu'il y ait présence de régimes publiques ou privés d'assurances. Ainsi donc, même si les gens sont prêts à payer les services de leur propre poche ou grâce à leur régime privé d'assurance maladie ou médicament, qu'à cela ne tienne, elle conserve le même questionnement entre la pertinence, les coûts et les effets nuisibles ou négatifs. Le cas05 tente alors de les dissuader si elle juge qu'il n'y a pas d'indication médicale à utiliser les services. Elle se dit donc peu influencée par qui paye et qui ne paye pas. Celle-ci ajoute toutefois qu'il existe des situations où elle n'a rien à offrir aux individus défavorisés, tels que les assistés sociaux, suivant l'accessibilité limitée des services publics nécessaires et leur incapacité de payer des services privées. Les services en physiothérapie en sont de bons exemples.

*« Bien disons que moi finalement, même les gens qui payent, qui ont des assurances, des fois ils disent c'est moi qui va payer, c'est mon assurance, j'ai une assurance. J'essaie quand même de les dissuader quand je trouve que c'est pas si... Il y en a qui veulent toujours passer une résonance pour voir, et là je dis "écoute, ça ne changera rien dans ton traitement, de toute façon on sait que tu n'es pas un cas qui va avoir besoin d'une chirurgie. Qu'on la voie l'hernie discale ou qu'on la soupçonne à l'examen, ça ne changera rien, de toute façon tu ne seras pas un cas d'opération. On va réserver ça si tu ne réponds pas au traitement habituel." Alors dans ce sens-là moi je ne peux pas dire que je me laisse influencer tant que ça par qui paye ou qui ne paye pas. C'est vraiment l'indication médicale. Mais c'est sûr que dans le traitement par contre, si j'ai des gens défavorisés qui ont un problème musculo-squelettique et que ça prendrait de la physiothérapie, j'ai rien à leur offrir. C'est ça. Ils ne peuvent pas payer et dans les centres hospitaliers, ils ne prennent pas ces cas-là parce qu'ils sont pris avec les gros cas de chirurgie, de neuro, des choses comme ça, mais un mal de dos... un patient sur le b.s., c'est sûr que ça ne sera pas... »*

Par ailleurs, le cas05 dit avoir intériorisé les contraintes budgétaires du système de santé. Point fort intéressant, elle affirme être consciente de la contribution de sa pratique aux coûts du système de santé. En outre, elle réalise pleinement que les régimes privés et publics d'assurance médicament coûtent de plus en plus chers. Celle-ci réalise aussi que lorsque le gouvernement paie pour les médicaments, bien c'est à partir de l'argent des payeurs de taxes et donc, c'est de l'argent qui sort de ses propres poches aussi. Tout ceci pour dire que le cas05 est consciente au moment de

la rédaction de chacune de ses prescriptions qu'elle contribue aux coûts du système de santé. C'est ces raisons qui expliquent pourquoi elle veut de plus en plus avoir les coûts des services et des informations issues d'évaluations économiques pour guider ses décisions cliniques.

*« Avant de dire... aussi quand je prescris ça, ça va être payé par le gouvernement, c'est de l'argent de mes poches aussi. Je sais comment ça coûte cher et quand on paye nos assurances médicaments comment à quel point ça coûte cher, alors moi quand je signe ma prescription, je suis consciente que je contribue à ça... ou pas. Alors moi c'est sûr que ces renseignements-là [coûts des services, informations issues d'évaluations économiques], je veux les avoir de plus en plus. »*

Le cas05 dit penser aux coûts dans sa pratique et de les mettre en relation avec les effets (efficacité, innocuité) des interventions.

*« Oui, bien moi je pense que finalement, c'est quand à efficacité... relativement égale... s'il y a une grosse différence, et qu'il y a beaucoup moins d'effets secondaire, à un moment donné, c'est sûr que même si ça coûte bien plus cher je vais lui donner; ça va finir par jouer. »*

Lorsque l'intervieweuse lui demande si elle a toujours le réflexe de mettre les effets des interventions en relation avec leur coût, le cas05 répond d'emblée dans l'affirmative et s'empresse aussitôt d'ajouter, d'un ton rieur, qu'elle n'est pas sûre que son comportement soit comme celui de la moyenne des médecins par exemple à ce niveau-là.

*« Oui, c'est ça. Mais enfin, je ne suis pas sûre que je suis comme... que je suis comme la moyenne des médecins par exemple pour ça. (rire) »*

Enfin, le cas05 rapporte que la liste de médicaments de la RAMQ et les représentants des compagnies pharmaceutiques sont ses sources d'information sur les coûts des médicaments.

*« Bien il faudrait que... bien en fait il faudrait qu'à chaque fois je regarde dans la liste des médicaments du gouvernement pour vérifier, mais c'est sûr... mais en général, quand un représentant vient, je lui demande combien ça coûte le médicament. Et si c'est vraiment beaucoup plus cher que ce qui existait avant. Des fois j'ai été surprise par exemple de voir que finalement c'était le même coût. Ça... s'il y a moins d'effets secondaires, tant mieux, je vais le prendre. Mais ça souvent je vais poser la question, mais c'est ça, il faut poser la question parce qu'ils ne nous le diront pas nécessairement. »*

Point fort intéressant, le cas05 ne fait pas mention une seule fois du rôle fiduciaire des médecins à l'égard des patients lorsqu'elle aborde la prise en compte de considérations économiques dans le processus décisionnel clinique. Elle n'utilise donc pas cet argument pour justifier la considération ou non des coûts ou d'informations issues d'évaluations économiques dans sa pratique clinique. Ainsi donc, les dispositions propres au professionnalisme médical ne dominent le discours du cas05 dans ce cas-ci.

Le cas05 fait une utilisation prudente des nouveaux médicaments, préférant être patiente et d'attendre que ceux-ci fassent leurs preuves. Ce comportement est présent depuis le tout début de sa pratique.

*« Alors... et aussi, bon comme la pression, les nouveaux médicaments, moi je suis assez allergique à ça. Depuis que j'ai commencé ma pratique... moi j'attends qu'un médicament fasse ses preuves et... c'est pas parce qu'il vient juste de sortir et que tout le monde dit que c'est la panacée... j'attends. »*

Elle dit qu'il lui faut plus que l'opinion des représentants pharmaceutiques pour la convaincre d'utiliser les nouveaux médicaments. Le cas05 préfère attendre la publication d'études sérieuses montrant les avantages des nouveaux médicaments et de voir des présentations lors de congrès. Cependant, elle ajoute que l'apport de la contribution novatrice des nouveaux médicaments, associée à l'accumulation des données probantes, joue aussi sur sa décision de les adopter plus rapidement.

*« Bien ça va dépendre un petit peu de ce que c'est. Si ça amène vraiment un traitement qu'aucun autre médicament ne faisait, et que là les preuves s'accumulent, bon bien là c'est sûr qu'on va l'adopter plus vite que s'il existe des choses qui fonctionnent assez bien pour ça, bien là... on va attendre plus longtemps. (rire) Et bon, ça ne sera pas juste l'opinion du représentant qui va me convaincre d'adopter un nouveau médicament. Je vais attendre d'en avoir entendu parler dans des congrès et qu'il y ait des études sérieuses qui vont montrer qu'il y a des avantages à l'utiliser. »*

Le cas05 se dit peu influencée par les habitudes de prescription de ses collègues immédiats. Elle ajoute en riant qu'elle peut parfois agir en « avocat du diable » auprès de ses collègues.

*« Je me peux pas dire que mes collègues immédiats c'est ma... non, je ne peux pas dire que ça va m'influencer beaucoup qu'eux se mettent à prescrire. Non, même des fois moi je fais comme un peu l'avocat du diable, "mais là, pourquoi tu fais ça plutôt que de faire..." (rire) »*

D'autre part, le cas05 est d'avis que la responsabilité face à la société n'incombe pas seulement aux médecins de famille, mais aussi au système de santé et particulièrement à la société. Elle a donc plutôt répondu aux questions concernant la double considération de la responsabilité face au patient et de la responsabilité face à la société dans la pratique de la médecine familiale selon une perspective macro; limitant ainsi ses réponses aux perspectives de la population et de la société plus précisément et évacuant, en quelque sorte, une réponse selon la perspective de la pratique clinique. Elle fait alors mention des diverses pressions exercées par la société sur les médecins. De façon plus précise, les médecins font face à des attentes sociales, des pressions et des demandes conflictuelles.

D'entrée de jeu, le cas05 fait référence à la demande de la société quant à une solution facile, miracle à tout problème, en quelque sorte. En outre, elle cite le médicament miracle, la chirurgie miracle ou encore, l'examen diagnostique miracle.

*« C'est ça [en parlant de tout le système de santé]. Ça c'est clair. Je pense qu'il faut être conscient de ça, dans nos décisions en tenir compte, mais je pense qu'il y a aussi la société à faire des efforts pour que les pressions qu'on nous envoie ne soient pas trop fortes non plus. Dans le sens, nous demander le médicament miracle. »*

Lorsque l'intervieweuse lui demande si les patients ont la pensée magique en médecine, le cas05 répond d'emblée dans l'affirmative. Elle dit que même si les individus n'en font pas une mention explicite, ils ont souvent des attentes de cet ordre-là. Celle-ci donne l'exemple des individus qui viennent en consultation à la clinique se plaignant de fatigue, dont quelques uns, entre autres, à chaque hiver. Ils veulent souvent trouver la cause médicale à cette fatigue en passant des tests et des prises de sang alors que, selon le cas05, les causes de la fatigue sont très évidentes et directement en lien avec le manque d'exercice ou un train de vie à toute allure. Ceci dit, le cas05 est consciente que ce n'est pas tout le monde qui se comporte de la sorte. Il y a quand même beaucoup d'individus qui vont faire toutes sortes d'efforts pour corriger la situation et améliorer des choses dans leur vie avant d'aller voir un médecin.

*« Oui, oui, ça continue. Bien oui. C'est sûr. Même si les valeurs... par rapport à ça, rationnellement c'est pas ça que les gens vont dire, mais quand ils viennent voir leur médecin, ils ont souvent des attentes de cet ordre-là et il faut comme les... mais pas tout le monde, il y a quand même beaucoup de gens qui arrivent et qui ont déjà fait plein d'efforts pour corriger une situation par eux-mêmes et améliorer des choses dans leur vie, et là ils n'y arrivent pas et ils viennent nous demander de l'aide. »*

À ceci le cas05 ajoute la déresponsabilisation de certains individus face à leur santé en utilisant l'exemple de la nécessité d'une perte pondérale afin de prévenir un éventuel recours à des médicaments pour l'hypertension, le diabète et autres.

*« Ou que des gens se déresponsabilisent face à leur santé, à un moment donné, c'est sûr, peut-être que si la meilleure chose c'est de perdre du poids, c'est peut-être mieux ça que d'être obligé à un moment donné de prendre un médicament pour l'hypertension, un autre médicament pour le diabète et ainsi de suite. Si on avait perdu du poids peut-être qu'on n'en serait pas là. Alors il y a ça aussi. »*

En fait, le cas05 rapporte qu'il y a une déresponsabilisation des individus qui ne se sentent plus tenus d'assumer ou de confronter les conséquences de leurs choix de vie mais se tournent vers la société (c'est-à-dire l'État) et la médecine pour qu'ils y répondent.

*« Il y a comme une déresponsabilisation aussi de ce que les gens peuvent décider de prendre comme risques pour eux, ou que bon, eux autres dans leur façon de vivre, ou de*



*manger ou de je ne sais pas quoi, à un moment donné il faut assumer que ça peut avoir des conséquences. »*

De plus, il y a l'exigence de plus en plus répandue du risque zéro et ce, non seulement dans le domaine médical, mais encore dans d'autres domaines de la société tels que la construction, le transport, les services sociaux, pour ne nommer que ceux-là. Selon elle, la société met de plus en plus de règles dans tous les domaines pour que les risques soient de zéro. Elle mentionne l'intérêt des médias de sauter sur les professionnels ayant mal jugé une situation avec des conséquences sérieuses. Cette demande du risque zéro est insupportable à ses yeux. Elle a pour conséquences l'utilisation accrue des services et l'augmentation des coûts.

*« L'autre chose, c'est le risque zéro dans tout, ça, ça devient (rire) ça devient insupportable ça aussi. Autant pour les médecins que... en tout cas, dans plein de domaines, ne serait-ce que la construction ou ce que d'autres intervenants par exemple, les travailleurs sociaux quand ils interviennent, ça peut arriver qu'un travailleur social juge une situation, il pense qu'il pouvait laisser l'enfant dans le milieu et que finalement il arrive quelque chose de très grave et il s'est trompé, mais qu'est-ce que tu veux, c'est pas toujours facile de juger certaines situations, alors ça souvent les médias sont prêts à nous sauter dessus sur ça. Mais le risque zéro... Pour l'obstétrique aussi on le vit. De demander ça, c'est insupportable. Ça amène beaucoup de coûts. Il faut être conscients de ça, beaucoup de coûts, beaucoup d'interventions. »*

Donc, selon le cas05, les pressions sociales peuvent faire en sorte que les médecins se sentent obligés d'utiliser des services que, sans ces pressions, ils n'utiliseraient peut-être pas. Ces pressions font en sorte que la survenue d'un accident devient inacceptable et qu'elle-même peut être blâmée par les patients et les pairs, être poursuivie et voir son travail jugé. D'autant plus que les GPC ne découlent pas seulement de l'initiative des médecins, mais aussi en réponse à l'avenue de situations. Le cas05 donne deux exemples d'interventions qui sont réalisées en obstétrique (surveillance du cœur du bébé durant l'accouchement et le problème des bébés trop gros dans le ventre des futures mères obèses) dont les bienfaits sont plus ou moins démontrés mais qui sont réalisées pour éviter de perdre un bébé à la naissance et par crainte de poursuite.

*« Parce que s'il arrive un accident, là ça devient inacceptable, je peux être poursuivie et on va juger mon travail, et il y a des directives cliniques aussi qui me dictent de le faire, mais ces directives ne sont pas juste sorties de la peau des médecins, c'est qu'il y a eu des situations, comme par exemple, je vais donner un exemple. Moi quand j'ai commencé ma pratique, une femme pouvait retarder jusqu'à deux semaines de sa date avant qu'on intervienne. Bon. Après ça il y a eu une étude qui a montré qu'il y avait peut-être... on pouvait perdre peut-être à peine un bébé sur 1 000 de plus si on attendait ce temps-là. Bon. (rire) Alors là, maintenant, il faut les déclencher après 41 semaines. Alors ça fait beaucoup de déclenchements et il y a plus d'interventions à l'accouchement parce que souvent c'est un travail plus difficile quand c'est déclenché. Moi je fais beaucoup plus de déclenchements*

*maintenant que je faisais au début de ma pratique. Parce que si je ne le fais pas, et qu'il y a un bébé qui meurt pendant la semaine où j'ai attendu de plus, bien c'est sûr que je vais être blâmée; par la mère, par mes pairs, alors c'est des choses comme ça. »*

On peut donc voir ici les influences de la culture du risque zéro sur les GPC et la pratique médicale. Ceci est à l'origine de la crainte de poursuites pour des situations qui ne seraient pas, du moins à l'origine, considérées être une faute professionnelle. Cette crainte peut alors motiver la rédaction de nouvelles directives, avec la conséquence d'accroître l'utilisation des ressources et les coûts.

Qui plus est, le cas05 mentionne notamment les pressions de ne pas trop médicaliser, tandis que la société valorise beaucoup la vie et la santé et tolère de moins en moins le risque, la souffrance, voire la mort. En guise d'exemple, elle parle de la pratique de l'accouchement où les médecins se retrouvent entre des demandes pour des interventions d'un côté et des reproches de trop intervenir dans l'accouchement d'un autre côté.

*« On a des gens et moi aussi c'est dans mes valeurs de ne pas trop médicaliser, mais en même temps les gens ont la pression sociale qui nous demande de garantir le bébé en parfaite santé, on n'accepte pas que le bébé puisse manquer d'oxygène à l'accouchement, ou qu'il ait une malformation qui n'ait pas été diagnostiquée ou des choses comme ça et aussi on accepte moins bien de souffrir pendant l'accouchement. Alors ça, ces choses-là amènent plus d'interventions d'un côté et d'un autre côté on nous reproche de trop intervenir. (rire) Alors on est constamment entre ces deux pressions-là. Alors au niveau de la médecine, les médecins ont beaucoup de jugements contre eux parce qu'on dit qu'on médicalise trop l'accouchement, mais on subit beaucoup de pressions pour qu'il n'arrive rien au bébé, les femmes ne veulent pas même accepter un risque de 1 pour 1 000, alors pour éviter ce risque-là, 1 pour 1000 pour certaines situations, la seule façon c'est de faire certaines interventions qui médicalisent plus. Alors la société n'est pas claire dans le sens de ce qu'elle attend de nous face à ça. »*

Le cas05 opine que la société a de la difficulté à accepter la fin de vie et la mort. La société va alors tout essayer, et à tous prix, jusqu'à la dernière minute pour éviter ou repousser la mort. Elle aborde particulièrement les services de fin de vie pour les patients atteints d'une maladie terminale (tel qu'un cancer métastatique) et la volonté de prendre en charge médicalement les personnes très avancées en âge dans l'éventualité où ceci ne représente peut-être pas une utilisation judicieuse des ressources de la société, du moins sur le plan économique. Le cas05 entend parler à l'occasion des pressions exercées par les familles de patients très âgés et dont la qualité de vie est très détériorée pour que ces derniers reçoivent toujours plus de services malgré tout dans l'espoir de prolonger la vie pour quelques jours ou semaines. La famille a parfois de la difficulté à faire le deuil et peut vivre une culpabilité. Elle peut alors se déculpabiliser en demandant à l'équipe médicale de tout

tenter jusqu'à la dernière minute. Tout ceci occasionne des coûts importants pour la société. Le cas05 va même jusqu'à dire qu'il s'agit de dépenses énormes de santé qui sont faites finalement dans le vide. Elle pense que ses argents pourraient plus utiles s'ils étaient investis dans les soins de maintien à domicile, par exemple. Mais encore, celle-ci se demande bien qui pourrait éventuellement décider qu'il est temps d'arrêter les traitements pour un individu en particulier, qui pourrait décider de la limite à imposer.

*« Comme aussi moi... les soins en fin de vie. Moi je ne travaille pas dans ce domaine-là mais des fois j'entends parler d'interventions qui sont faites chez des gens très âgés, qui ont peu de chance de survie, qui sont déjà... la qualité de vie est déjà très détériorée, mais là les pressions des familles font qu'ils veulent qu'on aille plus loin, plus loin. Moi quand j'ai fait ma formation par exemple, la dialyse pour l'insuffisance rénale, c'était juste chez les personnes jeunes, on ne faisait pas ça chez les diabétiques... bien je ne dis pas que c'est ça maintenant qu'on devrait faire, mais en tout cas, c'est pour dire que maintenant on soigne... et là des fois les gens, juste pour prolonger de quelques semaines, parce qu'on pense que peut-être on pourrait les sauver, il reste 1% de chance ou je ne sais pas quoi, ça coûte extrêmement cher les interventions qu'on va faire. Au lieu de dire "bien écoutez, elle a 80 ans passés, elle est un petit peu Alzheimer... si elle s'en allait, ça serait tu correct"... Mais des fois c'est que les familles ont de la misère aussi à faire le deuil que la personne s'en aille, et c'est comme une société qui a de la misère à dealer avec la mort et on va tout, tout, tout essayer jusqu'à la dernière minute. Bien ça, ça coûte très cher. Et pourquoi qu'on ne mettrait pas cet argent-là pour avoir des soins à domicile? Garder les gens dans leur milieu, pour pas les parquer dans les soins prolongés qui sont déshumanisés et tout ça, on serait bien mieux nous de mettre l'argent là, mais qui va décider on arrête ça là, à telle limite pour telle personne? Et bon, il y a des familles qui sont prêtes à dire "oui on s'arrête" et ils font un bon chemin par rapport à ça, mais il y a des gens... pour toutes sortes de raisons, des fois c'est même pas des familles qui s'occupent beaucoup de leurs parents, ils vivent une culpabilité alors ils se déculpabilisent comme ça, en se disant on va avoir demandé au médecin tout ce qui peut être fait et on ne l'aura pas laissé tomber jusqu'à la fin, bien là, des fois tu amènes des dépenses énormes qui sont faites finalement dans le vide. »*

Le cas05 est d'opinion qu'un des principaux conflits de valeurs entre la société et le médecin de famille est l'emphase du MSSS sur les services de deuxième ligne (hospitalisation, urgence, etc.). Selon elle, certains programmes du MSSS, tels que les AMP et les PREM, incitent davantage au recrutement de nouveaux médecins de famille pour offrir des services de deuxième ligne et ce, au détriment de la prise en charge et du suivi à long terme des patients qui sont, par ailleurs, la vocation première du médecin de famille.

*« Bien disons que moi ce que je vois comme le premier conflit de valeurs qu'on peut voir pour les médecins de famille, c'est que pour le Ministère, la première chose c'est qu'il ne manque pas de médecins à l'urgence et je dirais comme la 2<sup>e</sup> ligne: l'hospitalisation, des choses comme ça, et à l'urgence. Donc les AMP comme on a parlé, les PREMs, tout ça va être mis pour recruter les médecins dans ça, aux dépens de la prise en charge, d'être un*

CCCXXX

*médecin, dans ce qui est la vocation première d'un médecin de famille, d'être dans son bureau et de suivre une clientèle à long terme. Alors ça, c'est parce que ça va faire les manchettes des journaux plus facilement qu'il manque un médecin à l'urgence, comme ça peut apparaître aberrant... »*

Celle-ci parle de l'influence des médias, puisque le manque de médecins à l'urgence fait les manchettes des journaux tandis que le manque de médecins de famille pour la prévention, la prise en charge et le suivi est un problème souterrain et sournois. Le cas 05 pense que s'occuper de ce problème aurait plus d'impact sur la santé en général. Elle ajoute que la population a parfois des attentes non réalistes quant au système de santé, tel que la disponibilité et l'accessibilité de services d'urgence à moins de 20 minutes alors que le Québec est un grand territoire. Enfin, le cas05 termine ses propos en ajoutant qu'il s'agit là d'une contradiction majeure entre les valeurs des médecins de famille et les choix de priorité du Ministère. Ceci dit, elle réalise cependant que le Ministère est parfois lié par les manchettes et les nouvelles à sensation des médias.

*« C'est sûr que c'est comme mettre des priorités sur des choses comme ça... je ne dis pas qu'il ne faut pas qu'il y ait d'urgences, mais il faut comme accepter aussi que tout le monde ne peut pas être à 20 minutes d'une urgence, on est sur un grand territoire, et par contre, le fait qu'il y ait plusieurs personnes, des centaines de gens qui n'aient pas de médecin de famille qui puisse faire de la prévention et éviter qu'une femme qui a un Pap test anormal ne se développe en cancer, ou traiter leur diabète ou je ne sais pas trop, les choses à temps avant que ça se détériore, non mais ça c'est souterrain, c'est sournois, on ne s'en occupe pas, alors que ça aurait bien plus d'impact je pense sur la santé en général que de ne pas ressusciter une personne... Alors je pense que ça c'est comme vous disiez, une contradiction majeure qu'on peut avoir face aux choix du Ministère où prioriser, mais des fois aussi il est comme lié par ce qui sort dans les médias. »*

## Histoire de vie du cas06

### Histoire de vie personnelle et trajectoire professionnelle<sup>17,18,19</sup>

Le cas06 est née et a grandi dans la région de Montréal. Elle vient d'une famille de deux enfants. Les deux enfants ont une formation universitaire professionnelle, dont un en médecine et l'autre dans un domaine non lié à la santé. Les parents du cas06 n'exerçaient pas la profession de médecin. Il n'y a d'ailleurs personne pratiquant la médecine dans la famille étendue.

*« Mother and father are married for 30 some odd years, neither were physicians, I don't have any physicians in my family. »*

Ses parents ont tous deux des formations universitaires professionnelles de premier et de deuxième cycle dans des domaines non liés à la santé. Les deux ont fait carrière dans le domaine de la réadaptation et travaillent auprès d'individus ayant un certain type de déficience.

*« But my parents both worked at the (...), so my mom is a (...), and my dad is a... he helped (...) impaired people to (...). (...) Both of my parents have master's degrees. My mom got hers in (...) while I was in university, so for a while we were both at (...). My dad, so he also has a background in (...), and then he trained, I think it's (...) at (...) University, (...). »*

Le cas06 parle un peu de sa propre vie de famille. Celle-ci a fait la rencontre de son conjoint actuel alors qu'ils étaient tous deux étudiants à la maîtrise. Son conjoint est titulaire d'une maîtrise ès sciences et d'un doctorat en médecine. Il a complété un programme de résidence de cinq ans en médecine spécialisée. Son conjoint est médecin spécialiste chercheur et travaille dans un CH de la région de Montréal.

*« Pendant ma maîtrise. Il travaille ici à Montréal, il est (...) -chercheur. »*

Ils forment un couple depuis une dizaine d'années. Ils sont conjoints de fait et n'ont pas d'enfant. En fait, ils hésitent à fonder une famille. Ce ne sont pas des raisons liées à l'âge qui les font hésiter, mais plutôt une incertitude.

*« Not really (laugh) but no... it's not too early. In fact I'd be advanced maternal age as they would say in genetics, but... I'm not sure. We'll see. »*

<sup>17</sup> Le cas06 comprend, parle et lit le français, mais se dit plus à l'aise de répondre aux questions de l'entrevue en anglais. Elle a brièvement répondu en français à deux ou trois occasions, tout au plus.

<sup>18</sup> L'entrevue a eu lieu au CLSC-GMF, qui est le lieu principal de pratique du cas06. Il a donc été possible pour la chercheuse principale (intervieweuse) de visiter l'organisation ainsi que la communauté où celle-ci se situe.

<sup>19</sup> Pour les besoins du projet de recherche, seul le lieu principal de pratique du cas06 au moment de l'entrevue, ainsi que le quartier, la communauté (ville, municipalité ou arrondissement) et le territoire de RLS où se situe le lieu principal de pratique, sont décrits de façon plus ou moins détaillée.

Le cas06 prétend avoir eu très peu d'événements marquants dans sa vie. Selon ses dires, sa vie a été relativement facile. En fait, elle ne fait mention que d'un seul problème de santé dans sa famille ayant éventuellement causé la mort d'un être cher. Un des ses grands-pères a développé un problème de santé et est décédée subitement. Le cas06 était alors adolescente. Entre autres, elle pense que cet événement tragique a eu davantage d'impact sur ses opinions religieuses que d'autres choses, bien qu'on ne sait jamais. Celle-ci suppose qu'il s'agit de l'épreuve la plus traumatique qu'elle a eu à traverser.

*« I had a fairly easy life. I had a grandfather who (...) of (...), when I was 17. I think that had more of an impact on my religious views than other things, but you never know. (...). I guess that was probably the most traumatic événement. »*

Le cas06 poursuit ses propos en ajoutant qu'elle a eu une enfance plutôt heureuse. Elle avoue toutefois, en toute ironie, n'avoir jamais aimé l'école et ce, jusqu'au moment où elle a commencé ses études universitaires. Celle-ci a poursuivi des études universitaires pendant plus d'une décennie. Au primaire, elle pleurait lorsqu'elle devait se rendre à l'école. Elle a détesté les études secondaires et collégiales. Malgré tout, le cas06 a toujours su qu'elle ferait un jour des études universitaires même si elle détestait l'école.

*« I had a fairly happy childhood I suppose, although I never liked school very much, which is ironic. I used to cry when I had to go to school, all through elementary school, I hated high school. Hated cegep, but even so, it never occurred do me that I wouldn't go to university, like I always knew I would go to university even though I hated school. I only actually enjoyed school once I went to (...). My undergrad I enjoyed school, and I just kept going for decades. »*

Le cas06 parle de ses relations sociales personnelles. Elle avoue avoir, pour le moment, surtout des relations sociales personnelles avec d'autres médecins. En fait, il y a très peu d'individus qu'elle considère comme des amis et qui ne pratique pas la médecine. Ceci dit, le cas06 a développé des amitiés avec quelques collègues n'ayant pas de formation médicale durant ses années de formation en médecine spécialisée. Ses amis travaillent dans le champ d'intérêt particulier du cas06.

*« Alors maintenant, presque tous mes amis sont des médecins. Sauf que j'ai d'autres amis et collègues qui sont des (...), so I met them in my training. I have very few people at this point who I consider friends who are not in medicine right now. »*

Qui plus est, le cas06 a plusieurs amis personnels qui pratiquent dans différents domaines de médecine spécialisée. En outre, elle partage sa vie avec un médecin spécialiste. Elle et son conjoint

font des activités sociales avec le cercle d'amis de ce dernier; amis qui sont par ailleurs tous des médecins spécialistes.

*« Personally, I do have friends who are various types of specialists, my partner, my romantic partner is a specialist. We go out socially with his circle of friends as well, they're all specialists. »*

Le cas06 prétend avoir voulu faire une carrière en médecine depuis qu'elle est une toute petite fille. Elle confie avoir cependant dévié de son désir d'être médecin à la fin de ses études au baccalauréat, désirant plutôt à ce moment-là s'orienter vers une carrière en recherche fondamentale. Le cas06 est titulaire d'un baccalauréat ès sciences et d'une maîtrise ès sciences de deux universités québécoises différentes. Au cours de ses études à la maîtrise, le cas06 a cependant réalisé qu'elle ne voulait plus être en recherche et qu'il serait préférable de devenir médecin. Elle a ainsi donc retrouvé le désir d'une carrière en médecine alors qu'elle était âgée dans la vingtaine.

*« I think I wanted to be a physician ever since I was a little girl. I had a little deviation after my bachelor's degree where I thought I would go into pure basic science, but I went to graduate school and decided that I'd better become a physician because I didn't want to stay in research. So I rediscovered wanting to be a doctor somewhere in my mid-twenties. »*

Le cas06 allègue une influence parentale dans son orientation initiale vers une carrière en médecine spécialisée. Celle-ci fait tout particulièrement référence à une influence exercée de façon indirecte et probablement involontaire sur son premier choix de programme de résidence en médecine spécialisée. Ses deux parents travaillent depuis le début de leur carrière auprès d'individus ayant un certain type de déficience. Ainsi donc, le cas06 rapporte avoir toujours été exposée à des individus ayant une sorte de déficience ou une autre puisque sa mère n'a jamais fait garder ses enfants et les amenait avec elle à son travail. Elle a donc toujours voulu travailler auprès d'individus qui sont en quelque sorte aliénés ou frappés d'ostracisme.

*« So I was always exposed to patients with some sort of disability and my mom, she didn't put (...) and I in daycare, she brought us to her class, so we would play with kids with multiple disabilities, so it's probably... it had a large part for why I went into (...) at one point. »*

Le choix de son lieu de formation prédoctorale en médecine s'est fait, bien entendu, en fonction des offres d'admission qu'elle a reçues. Le cas06 avait présenté des demandes d'admission en médecine à la seule faculté de médecine anglophone du Québec ainsi qu'à d'autres universités situées à l'extérieur de la province du Québec. Elle ne s'est pas vue offrir d'admission à l'Université McGill, qui était son premier choix. Elle a donc dû quitter la région de Montréal à la fin

de ses études universitaires de deuxième cycle afin de poursuivre ses études en médecine dans une autre province canadienne.

*« Well pragmatically I didn't get into McGill. And (...) was close. I probably would have gone to McGill if I had been accepted at McGill. »*

Le cas06 est détentrice d'un doctorat en médecine d'une université située à l'extérieur du Québec. Elle est revenue habiter dans sa région d'origine pour faire sa formation postdoctorale en médecine et éventuellement y débiter sa pratique médicale. Elle a suivi pendant plusieurs années un programme de résidence de cinq ans en médecine spécialisée à l'Université McGill avant de changer son choix de carrière et de compléter un programme de résidence en médecine familiale à la même université. Celle-ci a également poursuivi une formation complémentaire (« *fellowship* ») dans un certain domaine médical d'une durée d'un an à l'Université McGill.

*« I did a bachelor's degree in (...) at (...) and I did a master's in (...) at (...) and then I went to (...) for medical studies. You want me to keep going? Ok. Well actually then I actually did a... almost completed a 5-year residency in (...) before I decided to become a family doctor, (...). »*

Le cas06 n'avait pas fait le choix de la médecine familiale en premier lieu, ayant plutôt choisi de suivre un programme de résidence en médecine spécialisée. Bien que, rétrospectivement, elle réalise maintenant qu'elle a probablement toujours été au cœur un médecin de famille. Son premier choix en médecine spécialisée s'explique par le fait qu'elle était non seulement attirée par un domaine médical particulier, mais aussi par le fait qu'elle avait des attitudes défavorables sur la carrière de médecin omnipraticien.

*« I was attracted to (...) as a specialty, and part because at that time I actually wanted to be a specialist even though I think in retrospect I was at heart a family doctor, but... probably through some bias that I had about being a generalist. »*

En effet, elle prétend avoir toujours eu un attrait à travailler auprès d'individus qui sont en quelque sorte aliénés ou frappés d'ostracisme basé sur les apparences, les malformations physiques. Elle avait déjà été exposée à ce type de patients durant son enfance. Celle-ci voulait donc être le médecin spécialiste des patients atteints de maladies très compliquées, de maladies très rares, de maladies que les autres médecins ne comprenaient pas. Elle voulait prendre soin de ces patients et assurer le suivi et la prise en charge. Aux cours de son programme de résidence en médecine spécialisée, elle a cependant réalisé qu'elle était formée à diagnostiquer les maladies et non pas à prendre soin des individus malades. Ainsi donc, elle a jonglé avec cette réalisation pendant quelques années, tentant de voir comment elle pourrait être responsable du diagnostic et de la prise en charge dans son



domaine médical particulier. Ceci lui semblait impossible. Le cas06 a finalement décidé d'abandonner le programme de résidence en médecine spécialisée et fait le choix du programme de résidence en médecine familiale par la suite. Ceci explique son choix initial de programme de résidence en médecine spécialisée qu'elle a poursuivi mais pas complété.

*« I decided to go into a specialty and I chose that particular specialty because I always had an attraction to working with people that other people might discard or not want to look at or because of physical malformations, so I guess I've always wanted to work with people who were somehow alienated or ostracized. And I had been exposed to that type of patients since I was a child actually. So I went into (...), wanting to be the doctor of patients with very complicated diseases, very rare diseases, diseases that other physicians didn't understand. But during the course of the residency, I realized that I actually was only being trained to diagnose the diseases not so much to take care of them. So for a few years, while I was continuing my training, I was trying to find if there was some way that I could be a (...) and still do what I wanted to do. And it didn't seem like that would be possible, so I actually decided to transfer, to train as a family doctor with this extra training in (...). (...) So it's been a long... a long meandering road to get to where I finally am now, but... »*

Ce passage laisse entrevoir l'intérêt marqué du cas06 pour prendre soin des gens, et plus particulièrement de ceux qui sont en quelque sorte aliénés ou frappés d'ostracisme. Elle est davantage intéressée par la pratique de la prise en charge et la pratique de suivi que par la pratique de diagnostic. On peut donc y voir un intérêt pour la nature humaniste des soins médicaux.

Le cas06 avoue avec embarras avoir eu des préjugés sur la profession de médecin de famille. Elle prétend toutefois ne pas être certaine de leurs origines. D'autant plus qu'elle soutient qu'il y avait un immense respect pour ce type de pratique médicale à l'université où elle a suivi sa formation prédoctorale.

*« Well it's a bit embarrassing, but I... even my medical school was at the (...), and they have a tremendous respect for family doctors there. So I did not get my bias from them. »*

En fait, il pense que les préjugés en question auraient fort probablement pris origine dans ses années de formation de deuxième cycle à la maîtrise. Il s'agirait plutôt d'un sentiment caché, d'une impression davantage palpable qu'explicite.

*« So my formative years must have been in graduate school and I don't have any precise memories of where I got these ideas, it's just like this undercover sentiment that was palpable more than explicit. I have no memories of anyone saying things like that although they probably did, I just don't remember. And I kept those sentiments despite going to a medical school that truly respected family physicians. They assumed that over half the class would go into family medicine and that was a valuable thing, but I still carried the negatives that I... despite the attitudes of medical school. »*

Point fort intéressant, le cas06 pense toutefois que l'Université McGill n'a pas la réputation de respecter le rôle des médecins de premier recours. Il s'agit plutôt d'un sentiment palpable voulant que les médecins de famille ne soient pas d'aussi bons médecins que les médecins spécialistes. Elle avoue n'avoir jamais cherché à comprendre pourquoi elle est si susceptible à ce genre de préjugés et d'attitudes défavorables. Il y avait toutes sortes de sous-entendus tels que, « si vous ne pouvez être admis en médecine spécialisée, alors vous choisissez la médecine familiale » ou encore « si vous êtes trop paresseux pour suivre une résidence d'une durée de cinq années en médecine spécialisée, alors vous optez pour une résidence en médecine familiale », et voire même, dans les cas où le médecin de famille est un bon clinicien, « il s'agit seulement d'une opinion émise par un médecin de famille, qu'est-ce que les médecins de famille en savent, ils ne peuvent tout connaître puisqu'ils sont si généralistes ». Le cas06 soutient que ce n'est pas qu'elle pensait que la médecine familiale n'était pas une bonne spécialité, mais plutôt qu'elle était influencée par les perceptions d'autres individus. Tout ceci a fait en sorte qu'elle désirait devenir un médecin spécialiste respecté. Elle commente que ça lui a pris d'être une résidente en médecine spécialisée pendant plusieurs années pour finalement être bien avec le fait d'être un médecin de famille.

*« But I think McGill doesn't have a history of respecting the role of primary physicians. And for whatever reason and I've never been so self-reflective enough to understand why I was so susceptible to that bias, but it really is a palpable sense that family physicians are not as good physicians as specialists. I say as good, but I think there's a bit of "well if you can't get into specialty, you go into family medicine" or "if you're too lazy to do a 5-year residency program you go into family medicine" or even if you're considered a good clinician "oh it's just the opinion of a family doctor, what do they know, they can't know everything because they're so general", you hear little attitudes of "oh that was a surgery, a procedure done by a family doctor, what do you expect?" so I heard... I don't know where I heard this, but I know I must have and I... it wasn't so much that I thought family medicine wasn't a good specialty myself, I was influenced by perceptions, by other people's perceptions. So I wanted to be a specialist; a respected specialist. So I chose a specialty that was as esoteric as I possibly could, and (...) is where the specialists send their patients when they can't figure out what their patient has. It was interesting that I... it took me being a specialist to be okay with being a family doctor; whatever that means. »*

Trois caractéristiques propres à la médecine familiale ont conduit le cas06 à en faire son choix de carrière, soit : l'orientation communautaire, la continuité des soins dans la durée aux patients et à leur famille si besoin indépendamment des âges, et la capacité de prendre en charge un large éventail de problèmes de santé (soins médicaux généraux ou globaux). En outre, elle apprécie le fait qu'elle puisse prendre en charge n'importe quel problème de santé qui se présente, peut-être pas aussi bien qu'un médecin spécialiste, mais néanmoins de façon suffisante dans bien des cas.

Celle-ci semble faire allusion ici au fait que les médecins de famille possèdent des connaissances et des compétences générales élaborées, tandis que les connaissances et les compétences des médecins spécialistes sont plutôt pointues et limitées à un domaine médical bien particulier.

*« So what has driven me to family medicine might not have driven others to family medicine. So to me, it was to be community based, long-term care of an entire family if necessary so spanning the age groups. And to me, to be able to more or less deal with anything that walks in the door. So if I'm on a plane, and someone wants to deliver a baby – even though I hate delivering babies – I can do it. Or if I'm on a bus and somebody has a heart attack, I can deal with it, like I can deal with pretty well anything that walks in the door; maybe not as well as a cardiologist could deal with it, but good enough for most things. And I like that. »*

Dans ce passage, on peut voir que le cas06 mentionne trois ressources culturelles propres à la médecine familiale pour justifier son choix de carrière. Ceci démontre des dispositions propres au professionnalisme médical.

Le cas06 fait la mention d'un événement marquant survenu au cours de sa formation postdoctorale. Dans les faits, il est davantage question d'une période plutôt pénible suivi de la prise d'une décision particulièrement difficile. Il s'agit de l'abandon du programme de résidence en médecine spécialisée afin de suivre le programme de résidence en médecine familiale. Le cas06 éprouvait de la difficulté avec sa propre identité durant ses années de résidence en médecine spécialisée, se demandant si elle avait fait le bon choix et si s'était réellement ce qu'elle voulait faire dans la vie. Bien que celle-ci éprouvait des doutes quant à son choix de carrière pendant plusieurs années, elle a longtemps hésité à changer de programme de résidence puisqu'elle ne voulait pas laisser tomber personne. Selon les dires du cas06, il lui aurait été facile de compléter le programme de résidence en médecine spécialisée, mais elle était aux prises avec ce sentiment qu'elle faisait fausse route. Elle luttait donc constamment avec elle-même à savoir si elle voulait tout simplement continuer dans son choix initial ou faire quelque chose d'apeurant et décider de changer de programme de formation. Elle craignait par-dessus tout de décevoir des collègues qu'elle appréciait et respectait vraiment. La décision de changer de programme de résidence était donc très apeurante à ses yeux. Ceci dit, une fois que le cas06 a pris la décision d'être transférée dans le programme de résidence en médecine familiale, elle s'est sentie heureuse et n'a jamais regardé derrière elle ni regretté son choix. Elle avoue cependant que ce fût un processus très difficile et une décision très difficile.

*« My first residency, I think I struggled a lot with just my identity and whether this was actually what I wanted to do and I spent several years thinking I should probably change, but not wanting to let people down and not... it was easy to just stay on that course, it would have been easy to stay, it would have been easy to finish, but I think I was grappling with this feeling like I was on the wrong road, and battling with myself if I wanted to just continue that path or do a very scary thing and change roads, with solely two months training, and disappointing colleagues that I really liked, really respected, so I think for many years, my residency was overshadowed by my internal struggle about if my career path was actually the best one for me. So when I transferred, I actually had no regrets, it was a very difficult process and a very difficult decision, but once it had been made I was actually very happy and I've never looked back with regret on it. I think I'm doing what I... I'm reluctant to say "meant to do", because I'm not sure what that means, but I feel this is my place, this is a good fit. »*

On peut voir dans ce passage que le cas06 n'apprécie guère décevoir les gens ou les laisser tomber. Ceci est évident dans ses propos lorsqu'elle parle de ses années de résidence en médecine spécialisée. Cette attitude s'applique probablement à toutes les sphères de la vie du cas06. En effet, plus loin au cours de l'entrevue, elle mentionne à nouveau ne pas aimer décevoir lorsqu'elle parle de la prise de décision touchant les patients, qu'ils soient ses propres patients ou ceux de collègues.

Le cas06 pratique la médecine familiale principalement en CLSC-GMF depuis moins d'un an au moment de l'entrevue. Elle détient la certification en médecine familiale du CMFC.

*« Well, I'm less than one year in practice now. »*

Le CSSS (et de ce fait le CLSC) est désigné centre affilié universitaire, ce qui lui confère une mission complémentaire d'enseignement et de recherche. Le CLSC-GMF est donc affilié au département de médecine familiale d'une université en tant qu'unité d'enseignement et de formation. Le cas06 est elle-même affiliée à une université en tant que chargée d'enseignement clinique (« *lecturer* ») au département de médecine familiale et donne des formations médicales continues à la faculté de médecine. Elle possède un champ d'intérêt particulier. Ce champ de pratique occupe une place importante et grandissante dans sa pratique. Elle pratique également la médecine familiale dans une clinique médicale privée de groupe. En fait, elle désire également avoir une expérience professionnelle en bureau privé, là où le mode de rémunération à l'acte domine et où, selon les dires de celle-ci, on s'approche davantage du modèle régulier de pratique de la médecine familiale dans la communauté. Deux raisons principales expliquent cette décision. Comme elle est impliquée dans la formation des résidents en médecine familiale au CLSC-GMF, le cas06 se disait qu'elle ne serait pas un bon professeur si elle ne possède pas une expérience de la pratique clinique dans la communauté et si elle ne connaît par les procédures de facturation. Elle

ajoute que le CLSC-GMF est un peu comme une tour d'ivoire. Toutefois, la pratique en cabinet privé lui permet de voir plus de patients et donc d'être plus exposée à divers types de patients, de symptômes et de problèmes. Le cas06 croit que cette expérience fait d'elle une meilleure clinicienne. Elle tient cependant à préciser qu'elle n'a pas fait le choix de pratiquer en bureau privé pour des raisons économiques.

*« But I wanted to also experience life as a family doctor on the other side, so on the fee for service, regular family practice in the community side, and there's several reasons for that. First of all because here I'm involved in training residents, and I thought that if I didn't understand that other world and how to bill and just what that practice is like, than I wouldn't be as good a supervisor of residents as I could be. You know, it's little bit of an ivory tower, the CLSC. I see many more patients over there, so I have more exposure so I think I'm a better clinician because I do more, see more. These are the two main reasons. I haven't decided if I make more money over there, I'm not so sure I do, if I do the math per hour, but I think it's about the same, so it wasn't a financial decision, that's for sure. »*

Le conjoint et la famille ont exercé une influence déterminante sur le choix de la région de pratique du cas06. En effet, elle dit en riant que sa famille et son conjoint sont les seules raisons qui expliquent pourquoi elle a choisi la région de Montréal.

*« Ma famille est ici. Mon conjoint est ici; c'est la seule raison. (rire) »*

Le programme de résidence en médecine familiale a, quant à lui, exercé une influence déterminante sur le choix de la principale organisation de pratique du cas06 et du coup, le choix de la communauté de pratique. En effet, cette dernière a choisi de pratiquer à la même organisation (et donc dans la même communauté) où elle a suivi sa résidence, soit le CLSC-GMF où elle pratique actuellement. Le respect envers les collègues médecins de famille, l'ouverture aux nouvelles idées des dirigeants et le mode de rémunération sont les trois facteurs ayant également exercé une influence particulière sur le choix de l'organisation principale de pratique clinique. Celle-ci juge que les médecins de famille qui pratiquent au CLSC-GMF sont d'excellents cliniciens ainsi que d'excellents modèles pour elle. Elle a donc beaucoup de respect pour eux et se dit très heureuse de pouvoir être maintenant une de leurs collègues. Qui plus est, le cas06 apprécie le fait qu'elle soit rémunérée à tarif horaire plutôt que d'être rémunérée à l'acte. Elle révèle préférer le mode de rémunération à tarif horaire puisqu'il lui permet des durées de consultation plus longues et d'être rémunérée pour le temps qu'elle consacre à ses dossiers dont, entre autres, la rédaction des notes de consultation, le remplissage des formulaires, les appels téléphoniques et la révision des examens diagnostiques. Enfin, le cas06 apprécie le fait que l'organisation soit ouverte aux idées nouvelles venant du personnel. Elle rapporte donc avoir reçu beaucoup de support enthousiaste de la part des

collègues et des dirigeants au pouvoir pour qu'elle puisse débiter une clinique dans son champ d'intérêt particulier.

*« So the reason why I wanted to be here at the CLSC, this is where I did my family medicine training. I respect the people that I work with a lot. I find that they're excellent clinicians as well as excellent role models to me. So I'm very happy to able to be their colleague now that I finished my training. I like the fact that here I'm paid tarif horaire and not fee for service. So I can spend more time a) with the patients, but also dealing with all the paperwork and phone calls that the patients here require. If I work on tox and things, some of that time spent is also reimbursed. That's helpful. And also, it's a center that's really opened to new ideas from their staff, so I've been able to get a lot of support to start this (...) clinic that I have. There's very enthusiastic support from my colleagues as well as the powers that lead here, so... »*

Le réseau professionnel a exercé une influence sur le choix de la deuxième organisation de pratique du cas06. C'est le propriétaire de la clinique médicale privée de groupe qui l'a personnellement invité à venir pratiquer à sa clinique. Le cas06 précise d'ailleurs qu'elle avait reçu un très grand nombre d'offres toutes aussi intéressantes les unes que les autres puisqu'elle avait un PREM pour travailler dans la région montréalaise, ce qui est plutôt rare. Elle a fait le choix de la clinique médicale privée de groupe parce qu'elle a du respect pour le médecin propriétaire, bien qu'elle ne le connaisse pas très bien. Le cas06 sait toutefois qu'il pratique la médecine depuis très longtemps et qu'il a des liens étroits avec l'Université McGill ainsi qu'avec les milieux politique et médical. Celle-ci croît donc qu'il peut lui apprendre diverses choses que ce soit au niveau de la facturation, des connexions politiques ou autres. Elle pensait donc qu'il s'agissait d'une bonne opportunité d'avoir le propriétaire de la clinique comme ressource.

*« It was him who invited me to work there. I mean when you are in practice and you have a PREM, so a permission to work in Montreal, everybody wants you, which is actually quite nice, I had lots of opportunities, almost an overwhelming amount of opportunities, and I just knew that I had wanted to have a little bit of clinical practice in the community "private practice", quote-unquote, so that seemed as good an opportunity as others, as any other one, I liked the secretaries, I respected him, I didn't know him very well but I knew that he'd been in practice for a long time, he was pretty well connected, both at (...) as well as politically in Montreal, in medical practice, so I thought I could probably learn some things from him about political connexions, how things run and financially, how to bill, which is something that you don't learn in residency unfortunately, how to create a practice that works well for me in the long term. So I thought it was a good opportunity to have him as a resource, so that was one reason why I chose to work there. »*

Le cas06 fait mention d'une expérience professionnelle marquante de sa pratique en médecine. Dans les faits, il s'agit surtout d'un fait qui la marque depuis le début de sa pratique professionnelle en médecine familiale. Comme elle n'a débuté sa pratique que depuis moins d'un an

au moment de l'entrevue, celle-ci confie être toujours à la recherche d'une sorte d'équilibre entre ce qui devrait être fait et ce qui peut être fait sous la pression de la réalité. Elle croît parfois que ce qui est enseigné dans le programme de résidence en médecine familiale devient irréaliste pour les nouveaux médecins de famille. En outre, on s'attend à ce que les résidents fassent beaucoup pour leurs patients. Le cas06 fait ici particulièrement référence à ce qui doit être accompli durant une consultation d'une quinzaine de minutes, selon le programme de résidence : obtention de l'histoire complète et compréhension du contexte social du patient, réalisation d'un examen médical complet, prise de notes méticuleuses et détaillées, etc. Depuis le début de sa pratique médicale, elle tente d'atteindre un certain équilibre entre demeurer vraie à ce qu'elle croît nécessaire de faire pour une rencontre clinique de qualité et ce qu'elle peut réellement accomplir durant une rencontre d'une quinzaine de minutes en essayant de trouver quelques raccourcis qui, elle l'espère, ne compromettent pas les soins aux patients.

*« I think also when you're a resident, you're taught... you're expected to do a lot for your patients. You're supposed to really understand their social context, and you're trained to take meticulous notes and you're... I think sometimes the training is unrealistic for what you actually can do as a physician when you're no longer a resident. So I think I carry a lot of that, what I was told I had to do with what I can really do in the real world, and I think I'm struggling to find a balance to being true to what I thought you were supposed to do to have a good clinical encounter, whether that was to take a complete history and do a complete physical exam with very few shortcuts, to writing, documenting everything because if you didn't write it down it didn't happen... but that's a big burden actually, and you're supposed to do all that in 15 minutes, so like I'm learning how to find the shortcuts that hopefully don't compromise patient care, but... »*

En terminant, il est important de souligner certains traits de personnalité que le cas06 mentionne explicitement au cours de l'entrevue. Celle-ci admet ouvertement ne pas aimer décevoir les individus. Elle vit donc toujours avec la crainte de décevoir.

*« I don't like how that makes me feel, I don't like disappointing people, I...beurk... »*

De plus, le cas06 n'aime pas laisser tomber les individus.

*« I spent several years thinking I should probably change, but not wanting to let people down (...). »*

Elle fait un commentaire particulièrement intéressant lorsqu'elle parle de la pratique de la MFDP. Le cas06 se dit alors sceptique à toute forme de dogmatisme, à toute forme de vérité absolue. C'est une question de personnalité et de philosophie. À ses yeux, la vérité n'est jamais dans les extrêmes, mais plutôt à quelque part dans le milieu. Celle-ci prétend avoir toujours une attitude sceptique ou

critique envers les extrêmes. Elle pense que c'est en quelque sorte la philosophie qu'elle applique à la plupart des choses dans sa vie, incluant la médecine.

*« I think it's a philosophical and personality thing too. I think I just... dogmas... the truth is never at an extreme. It's always somewhere in the middle. I think that's sort of the philosophy I apply to most things in life, so same in medicine. (...) the way I see life, life experience too. Other people have different life... same life experience, not the same attitude towards life, but... I'm always suspicious of extremes, wherever the extremes come from. »*

Enfin, le cas06 en rapporte que les individus qui se sont démarqués, qui l'ont impressionné le plus au cours de ses études à la maîtrise et de l'ensemble de sa formation en médecine sont ceux avec une droiture au niveau social. En fait, elle admire les individus qui semblent être éthiques, qui sont bons dans leur métier, mais sans nécessairement être centrés sur eux-mêmes, qui ont une façon d'être et d'agir reflétant un souci pour les autres et enfin, qui ont un point de vue plus philosophique. Celle-ci est intéressée par ce genre d'individus et apprécie être autour d'eux.

*« I guess in the people that stand out, that impressed me the most, including in medical school, are probably people that I thought were... socially upright, I'm not quite sure of the phrase to say, but I admire the people who seem very ethical and very... were good clinicians or good researchers, whatever their professional job was, but also weren't so self-centered actually, who cared about other people, and that was reflected in the way they conducted themselves and they had more of a philosophical view. So without thinking of specifics, those are the people that interest me, that I like to be around. I don't know if I emulate them, but... I admire them. »*

## **Pratique professionnelle actuelle**

Le cas06 pratique maintenant dans deux types d'organisation. Son lieu principal de pratique est un CLSC-GMF à vocation universitaire où elle y travaille l'équivalent de deux jours et demi par semaine, soit à raison de cinq demi-journées. Celle-ci consacre deux demi-journées à sa pratique clinique auprès de patients types de médecine générale et une demi-journée à sa pratique clinique auprès de ses patients dans son champ d'intérêt particulier. Son poste de chargée d'enseignement clinique l'amène à consacrer deux demi-journées pour des activités d'enseignement auprès d'étudiants en médecine et de résidents en médecine familiale ainsi que pour des réunions de formation ou d'équipe médicale ou autres. Le cas06 travaille également dans une clinique médicale privée de groupe à raison de deux demi-journées par semaine. Cette clinique est en processus d'accréditation pour devenir un GMF (en tant que site affilié) au moment de l'entrevue. Elle est située sur le même territoire de RSL que le CLSC-GMF. Le cas06 précise y être médecin locataire.



Elle paie un loyer mensuel pour soutenir les frais de bureau calculé à partir d'un montant fixe par demi-journée et le nombre de demi-journées de travail réalisées durant le mois.

*« Yes, I pay (...) \$ per half day when I work there. So I get a bill at the end of the month with the number of clinics time that I've spent there, and how much I owe them to work there. »*

Enfin, celle-ci se garde la journée de vendredi libre soit pour préparer les présentations pour les formations médicales continues qu'elle donne dans le cadre des activités de DPC d'une faculté de médecine à laquelle elle est affiliée ou encore, pour participer à diverses réunions au CLSC-GMF.

Le paiement à l'acte et le paiement à tarif horaire (c'est-à-dire à salaire) sont les deux modes de rémunération du cas06. Celle-ci est à tarif horaire au CLSC-GMF tandis qu'elle reçoit un paiement à l'acte lorsqu'elle pratique à la clinique privée de groupe. Elle révèle préférer le mode de rémunération à tarif horaire puisqu'il lui permet des durées de consultation plus longues et d'être rémunérée pour le temps qu'elle consacre à ses dossiers dont, entre autres, la rédaction des notes de consultation, le remplissage des formulaires, les appels téléphoniques et la révision des examens diagnostiques.

*« I like the fact that here I'm paid tarif horaire and not fee for service. So I can spend more time a) with the patients, but also dealing with all the paperwork and phone calls that the patients here require. If I work on tox and things, some of that time spent is also reimbursed. That's helpful. »*

Le cas06 aborde ses responsabilités face à ses organisations et à leur équipe. Elle parle de la pratique d'équipe au CLSC-GMF pour le partage des gardes et la couverture des heures défavorables. En fait, celle-ci fait allusion à ses responsabilités de faire du sans rendez-vous en soirée (deux ou trois soirs par mois) ou en fin de semaine (un samedi par mois) suivant la mission du CLSC-GMF. Le cas06 participe également à diverses réunions telles que, par exemple, des réunions de formation. Elle a aussi des responsabilités d'enseignement et de supervision auprès d'étudiants en médecine et de résidents en médecine familiale suivant son affiliation universitaire. De même, le cas06 mentionne ses responsabilités à la clinique médicale privée de groupe puisque cette dernière est en voie de devenir GMF. Elle fait allusion à ses responsabilités de faire du sans rendez-vous en soirée. Bien qu'elle ne devrait faire une clinique de sans rendez-vous qu'une fois par dix semaines, elle affirme faire du sans rendez-vous en soirée une fois par mois.

*« Because both are GMFs, so I have GMF responsibilities in both places. So here it's usually either 2 or 3 evenings or Saturdays a month here, and over there, because I only am there 2 half-days a week so technically I'm only supposed to have to do walk-in clinic once every 10 weeks, but usually it's once every month. That's at (...), so it's usually... I haven't*

*agreed to do a weekend over there yet, so it's usually 4h to 8h, the evening shift, after the rest of my day. »*

Le cas06 avoue par ailleurs que la seule réticence qu'elle avait face au projet d'accréditation de la clinique privée de groupe pour devenir un GMF était le fait qu'elle aurait alors l'obligation morale, et probablement légale, de faire du sans rendez-vous à cette clinique. Celle-ci n'apprécie pas faire du sans rendez-vous, mais réalise quand même que ce type de pratique est probablement bon pour elle.

*« To me the only thing at the GMF over there was that I knew that I would be morally and probably legally obligated to work at their walk-in clinic which I wasn't really sure I wanted to do, but I figured it would probably be good for me, so I sort of decided that that was okay, but I don't really want to do more of that than I have to. »*

Point intéressant, le cas06 n'apprécie pas offrir des services de sans rendez-vous. Qu'à cela ne tienne, celle-ci considère qu'elle a la responsabilité de faire du sans rendez-vous et ce, tout autant face au CLSC-GMF et à la clinique privée de groupe suivant la mission GMF de ces deux organisations, que face à la communauté.

*« I'm working in walk-in clinics every once in a while, I don't like it, but a) it's a responsibility, I do sense that, I have a responsibility to my GMF, but also to the community. »*

On peut voir dans ces trois passages que le cas06 semble faire allusion à des responsabilités face aux à ces deux organisations (CLSC-GMF, clinique privée) suivant leur mission GMF, ainsi qu'à son université d'attache. Il pourrait peut-être s'agir d'une adhésion, à proprement parler, à aux missions et aux valeurs des organisations. Cela dit, il n'est quand même pas clair si elle ne fait pas plutôt davantage allusion à des responsabilités face à l'équipe médicale du CLSC-GMF et de la clinique privée pour le partage des tâches cliniques. Si c'est le cas, cet intérêt ou cette obligation serait davantage situé au niveau des relations sociales professionnelles.

Point intéressant, le cas06 confie peu connaître les communautés où se trouvent ses deux lieux de pratique, soit le CLSC-GMF et la clinique médicale privée de groupe. Elle ne vit pas dans ces communautés et insiste pour ne faire aucune activité sociale dans les communautés où elle travaille. Mis à part quelques clinique médicales, elle ne connaît généralement pas les ressources de santé et de services sociaux disponibles ni dans la communauté ni sur le territoire.

Le CSSS (et de ce fait le CLSC) est désigné centre affilié universitaire, ce qui lui confère une mission complémentaire d'enseignement et de recherche. Le CLSC est affilié au département de médecine familiale d'une université en tant qu'unité d'enseignement et de formation.

*« There's a teaching center, so there are residents and medical students who work here, they train here. »*

Celui-ci a été parmi les premiers CLSC à recevoir l'accréditation GMF par le MSSS. Plusieurs médecins de famille ou omnipraticiens y travaillent. Le CLSC offre des services cliniques avec rendez-vous ou sans rendez-vous, de soins de maintien à domicile, en santé mentale, de santé au travail, de pratique sage-femme ainsi que plusieurs programmes de santé et de services sociaux. De plus, l'organisation offre des services infirmiers, psychosociaux, d'éducation spécialisée, de physiothérapie, d'ergothérapie, de psychothérapie, de nutrition, d'hygiène dentaire, de travailleurs communautaires et de consultation en pédopsychiatrie, pour ne nommer que ceux-ci. Elle offre également des services de santé et de services sociaux spécifiques pour certains types d'individus avec des statuts particuliers. Enfin, le CLSC a facilement recours à des interprètes professionnels; un service essentiel suivant le contexte socioculturelle du territoire. Il loge très fréquemment des demandes d'interprétariat à la Banque d'interprètes de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (disponible à tous les établissements de la région).

*« We do have easy access to interpreters, which is essential here. »*

Deux technologies sont disponibles dans les locaux de l'organisation, soit un électrocardiogramme et un spiromètre. Le cas06 apprécie l'accès au dossier informatisé des patients à partir d'un poste informatique disponible dans chaque bureau de consultation médicale. Ceci lui permet un accès rapide aux résultats des examens diagnostiques, dont les résultats des analyses de laboratoire. Elle dispose également d'une connexion Internet aux bureaux de consultation médicale ainsi qu'à son bureau personnel au CLSC-GMF qui lui permet d'accéder rapidement à des informations.

*« We don't have any X-Ray capacity here, we do have an electrocardiogram, we do have spinometry, but that's it... »*

Le CLSC-GMF est ouvert tous les soirs de la semaine ainsi que les samedis jusqu'en fin d'après-midi. Il est fermé le dimanche.

Le CLSC occupe plusieurs étages d'un immeuble poly-fonctionnel comprenant des bureaux, des services et des commerces. Il est situé dans un des arrondissements pas trop loin du centre-ville de la métropole. Le secteur de l'arrondissement où se trouve le CLSC fait parti d'un

territoire de RLS. La population du territoire représente plus de 10 % de la population régionale totale. Celle-ci se démarque, à bien des égards, du portrait de la population montréalaise. Tout d'abord, il existe sur le territoire une très grande diversité linguistique, culturelle et ethnique. Près de quatre résidants sur dix du territoire affirment appartenir à une minorité visible. En outre, proche de un cinquième de la population est âgée entre 20 et 29 ans. De plus, une forte proportion de la population territoriale est hautement scolarisée. Une forte proportion des habitants de certains secteurs du territoire sont très favorisés sur le plan matériel et social, tandis qu'il y a une des plus fortes concentrations de la défavorisation du territoire dans le secteur où se trouve le CLSC-GMF. Selon les données sociodémographiques du recensement 2006, un peu plus de 21 % de la population du territoire est âgée de moins de 18 ans, environ 64 % a entre 18 et 64 ans tandis que 15 % a 65 ans et plus. De plus, plus de quatre ménages sur dix du territoire compte une seule personne. Les données socioculturelles du recensement 2006 indiquent que le français est la langue maternelle pour environ trois résidants sur dix. Les immigrants et les résidents permanents comptent pour un peu plus de la moitié de la population résidante. Les données socioéconomiques du recensement 2006 indiquent, quant à elles, qu'un peu moins de 15 % des habitants âgés de 15 ans et plus ne détiennent aucun diplôme, certificat ou grade. Il s'agit là d'individus faiblement scolarisés. Par contre, un peu plus de 48 % des habitants âgés de 25 ans et plus sont fortement scolarisés, détenant un diplôme, certificat ou grade universitaire. Le revenu moyen après impôt de la population de 15 ans et plus était de 32 853 \$. Le territoire enregistrait un taux de chômage de 11 % pour la semaine ayant précédé le jour du recensement (16 mai 2006). Enfin, un peu plus de 30 % de la population âgée de 12 ans et plus rapportaient, en 2005, ne pas avoir de médecin de famille.

Le bâtiment où se trouve le CLSC est situé à l'intersection de deux rues importantes de l'arrondissement. Le quartier où il se trouve est commercial et résidentiel, avec des zones résidentielles dans les rues derrière les artères commerciales. Il y a plusieurs commerces et services, dont une université, un cégep, des écoles, des restaurants, des bars. De plus en plus de maisons, bien que vieilles, ont été rénovées et sont généralement bien entretenues. D'autre part, certaines sont peu entretenues. Il y a très peu de développements domiciliaires plus ou moins récents. Parmi les ressources de soins de santé disponibles tout près dans le quartier où se situe CLSC-GMF, on retrouve, entre autres choses, quelques cliniques médicales (dont certaines sont un GMF accrédité), trois CH à vocation universitaire, des pharmacies à large surface et des pharmacies-cliniques (dont l'une dans le même bâtiment où se trouve le CLSC-GMF) et quelques

cliniques dentaires. Parmi les ressources de soins de santé et de services sociaux du territoire, on retrouve le CSSS qui est un établissement qui regroupe trois CLSC (quatre installations; dont le CLSC-GMF du cas06). Sur l'ensemble du territoire du CSSS, on retrouve cinq CH à vocation universitaire. Il y a deux CHU. Bien qu'ils offrent des soins de santé généraux à la clientèle située sur le territoire, ils sont d'abord et avant tout des CHU offrant des services spécialisés et sur-spécialisés à une clientèle régionale et suprarégionale. On compte aussi un CH pour une clientèle particulière atteintes de problèmes de santé spécifiques ainsi que deux autres CH, tous deux possédant une UMF qui est accréditée GMF. Il y a également sur le territoire plusieurs cliniques médicales privées offrant des services médicaux généraux (plus d'une vingtaine, dont deux sont des sites affiliés au même GMF et quatre sont CR accréditées) ou spécialisés, des CH de réadaptation ou de soins de longue durée, des centres de réadaptation (déficience physique, déficience intellectuelle), un centre jeunesse, plusieurs pharmacies (grande, moyenne ou petite superficie), plusieurs bureaux de professionnels de la santé (dentistes, audiologistes, orthophonistes, psychologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, optométristes, etc.) ainsi que plusieurs organismes communautaires dont les activités sont liées à la santé et aux services sociaux (santé mentale, toxicomanie, déficience physique, déficience intellectuelle, jeunesse, perte d'autonomie liée au vieillissement, etc.). Il y a également des cliniques de médecine privée (hors RAMQ) offrant des services diagnostiques et/ou médicaux. Enfin, certains professionnels de la santé non traditionnels offrent des services (naturopathes, homéopathes, massothérapeutes, chiropraticiens, ostéopathes, etc.).

Le cas06 ne prend plus de nouveaux patients de façon officielle et ce, tant au CLSC-GMF qu'à la clinique privée de groupe. Il y a cependant quelques exceptions. Elle accepte de prendre des nouveaux patients atteints de problèmes de santé dans le domaine de son champ d'intérêt particulier. Elle accepte également des nouveaux patients si ceux-ci sont de la famille proche d'un de ses patients actuels. Le cas06 accepte de prendre des nouveaux patients âgés de 18 ans à la demande des médecins pédiatres qui travaillent à la clinique médicale située au deuxième étage de l'édifice qui abrite la clinique privée de groupe où elle pratique. Enfin, elle accepte de prendre des nouveaux patients à la demande de médecins spécialistes dans différents domaines si ceux-ci jugent que les patients bénéficieraient d'être suivi par un médecin de famille

*« I've been in practice for 6 months, so officially my practices are closed. I do take patients... I still take patients with (...) certainly, I still take patients if have a patient and they ask me if I'll see a family member. I'm still taking those. I still take patients from the*

*paediatricians who work above me at the (...) clinic if they have 18 year-olds that they're wanting a family doctor to take, I'm still taking those sometimes. I'm still taking some from certain specialists who've asked me if I would absorb some of their patients with whatever disease they're following them, that they actually think they would benefit from a family doctor, so I'm making both social as well as professional deals to take patients, but officially I'm now closed. »*

Le maintien d'une disponibilité et d'une accessibilité rapides à ses services semble être une préoccupation importante. Il existe un délai d'attente d'environ quatre à huit semaines pour les rendez-vous au CLSC-GMF (au moment de l'entrevue). À l'origine, elle désirait être rapidement accessible pour ses patients. En cas de besoin, celle-ci aimerait être disponible dans la semaine ou les deux semaines suivant la demande de consultation de la part de ses patients.

*« I was hoping that my patients wouldn't have to wait more than a week if they felt they needed to see me, two weeks, if may be, but I still wanted to be available. »*

Qui plus est, le cas06 désire également demeurer disponible pour un suivi et une prise en charge adéquates et responsables de ses patients, surtout que plusieurs de ses patients sont atteints de morbidités importantes. En fait, elle s'inquiète toujours de ne plus avoir en tête ou d'oublier les besoins spécifiques des patients ou encore, ce qu'elle doit faire pour eux. Celle-ci craint donc qu'un trop grand nombre de patients pourrait l'amener à faire un oubli important.

*« And I think I have enough patients that have significant morbidities now that I'm always worried I'm going to lose track or forget what they need or what I'm supposed to do. Like it's still all my head and I don't have a good system where I have checks and balances maybe, that I have faith in, so if I have too much volume, I'm going to forget something important. It's closed also for that reason. »*

Enfin, le cas06 n'hésite pas à suggérer à certains de ses patients au CLSC-GMF de laisser un message à sa secrétaire s'il leur est impossible d'avoir un rendez-vous. Le cas06 évalue alors la situation et, lorsqu'elle le juge nécessaire, planifie une consultation durant les périodes où elle ne fait habituellement pas de clinique.

*« I have to reflect on what basis I do this, but for some patients, I actually tell them that if they try to make an appointment with me and they're told that they can't, to leave a message with my secretary and I will see if I can fit them in, because I do have time in my week where I'm doing meetings, or I'm doing paperwork and so I sometimes schedule patients in non-official clinic time, if I feel it's necessary. »*

On peut voir dans ce dernier passage que le cas06 semble être habitée d'un fort sentiment de responsabilité envers ses patients.

La durée de la consultation durant les cliniques avec rendez-vous varie en fonction du type de visite et de l'organisation de pratique. Au CLSC-GMF, elle s'établit généralement à 30 minutes ou à 45 minutes selon que la visite est pour un rendez-vous de suivi ou pour un nouveau patient.

*« CLSC, and I do clinic in the morning, clinic in the afternoon and I see patients for about 30 minutes here, generally; sometimes 45 minutes if it's a new patient. »*

À la clinique médicale privée de groupe, elle s'établit à 15 ou 30 minutes selon que la visite est pour un rendez-vous de suivi ou pour un nouveau patient.

*« I'm booked... new patients every 30 minutes, so I get 30 minutes for a new patient, I get 15 minutes for follow-up patients regardless of whether it's a 91 year old versus a 20 year old with no particular issue, so... »*

Le cas06 est méticuleuse et accorde de l'importance à ses notes de consultation. Elle confie d'ailleurs demeurer plusieurs heures après la fin de ses consultations à la clinique privée de groupe afin de bien rédiger ses notes et parfois de remplir des formulaires médicaux. Elle souligne ne recevoir aucune rémunération pour ce type d'activités selon le mode de rémunération à l'acte, mais le faire quand même puisqu'elle est sous l'impression d'être censé le faire.

*« I know that I spend a lot more time after the end of my clinic than the colleagues I see at (...). Like they, last patient's done, they're out. Whereas for me the last patient done, and I'm still there for 2 or 3 hours to do my notes or filling out my Framingham for the cardiac risk. Like I don't get paid for any of that over there, but I still feel like I'm supposed to be doing it, so... my Thursday over there, I start my clinic at 1h, my last patient is scheduled, usually 4h30 or quarter to 5, but I rarely leave that clinic before 7h. So I couldn't do that every day. »*

On peut voir ici que le cas06 est sous l'impression qu'il en est de son devoir ou de ses responsabilités de prendre beaucoup de notes et de faire les choses correctement afin d'avoir des dossiers patients détaillés. Il s'agit de dispositions propres au professionnalisme médical.

La clientèle du cas06 se caractérise par sa diversité. Elle se compose d'une clientèle type de médecine générale allant des bébés à des personnes âgées et compte beaucoup de femmes. Plusieurs patients sont considérés comme étant un type de clientèle vulnérable. Elle n'offre pas de services de soins d'obstétrique-périnatalité. Elle n'offre pas nécessairement des services de soins palliatifs, bien que celle-ci soit peut-être prête à offrir de tels services dans l'éventualité où un de ses patients en aurait besoin. En plus, celle-ci n'a jamais fait d'hospitalisation ni d'urgence depuis le début de sa pratique médicale, par manque d'intérêt.

*« Age wise, my patients in both places are very diverse, I take babies and I take elderly. Because I'm a woman, I have a lot of women in my practice. I don't do pregnancies or*

*deliveries. I don't specifically do palliative care. I guess if I had a patient who needed it, I would do it. »*

Les contextes socioculturel et socioéconomique de la communauté où se trouve le CLSC-GMF fait en sorte qu'une partie importante de la clientèle du cas06 à cet endroit est immigrée (réfugiée, résidente permanente, immigrante légale), multiethnique (allophone) et peu fortunée, voire même souvent défavorisée sur le plan matériel et social. Il s'agit donc d'un type de clientèle d'origines culturelles diverses avec des besoins médicaux particuliers. Elle confie que ses patients au CLSC-GMF ont des origines et des expériences qu'elle ne comprendra jamais et n'aura jamais le temps d'essayer de comprendre ni les facilités linguistiques pour les explorer. Au contraire, les contextes socioculturel et socioéconomique de la communauté où se trouve la clinique médicale privée de groupe fait en sorte que la très grande majorité de la clientèle du cas06 à cet endroit est typiquement caucasienne, anglophone (un peu plus) et francophone. Elle confie que ses patients à la clinique de groupe ont des origines similaires aux siennes.

*« Here, at the CLSC, a lot of immigrants, just because of the type of CLSC and where we are. My other clinic is in (...), so a typically white, a little bit more Anglophone, but Francophones as well. (...) Whereas at my other site, they're similar to my background. (...) Whereas here, they're very needy, they're very... often poor have backgrounds and experiences that I will never understand and rarely have time to even get into or have the language facility to explore. »*

De plus, une partie importante la clientèle à la clinique privée de groupe est assez fortunée.

*« So in the immediate vicinity it's fairly affluent I think, but in the surrounding it's less so. So my patients, to a large extent, reflect that, they're probably fairly affluent for the most part but I have less affluent patients there too. »*

Point fort intéressant, le cas06 qualifie une certaine partie de la clientèle à la clinique privée de groupe comme étant un type de clientèle anxieuse en santé; ce qu'elle surnomme les « *walking worried well* » ou « *walking well* ». Selon elle, ces individus sont particulièrement anxieux à l'idée de ne pas avoir accès à un médecin de famille, bien qu'ils n'aient pas nécessairement besoin de services de soins de santé.

*« Sometimes I'm puzzled by my patients in (...); some of them, they're so worried because they want to have access to a physician, but there's nothing wrong with them. Just the regular stuff, their diabetes checked every once in a while, but... »*

Enfin, le cas06 offre également des services de soins spécifiques à un certain type de clientèle dans le domaine médical de son champ d'intérêts particulier. Elle a utilisé son intérêt pour la prise en charge et le suivi d'individus qui sont en quelque sorte aliénés ou frappés d'ostracisme ainsi que ses connaissances, ses compétences et son expertise acquises durant ses années de résidence en



médecine spécialisée pour développer son champ d'intérêt particulier. Le cas06 a d'ailleurs mis sur pied une clinique spécialisée dans ce champ d'intérêt particulier. Ses services de soins spécifiques sont offerts au CLSC-GMF. Elle est maintenant le médecin traitant de plusieurs patients atteints de maladies rares ou compliquées. Elle reçoit des demandes de transferts de dossiers médicaux en provenance de plusieurs endroits enfin qu'elle devienne le médecin traitant une fois que le diagnostic soit établi par un médecin spécialiste.

*« So actually right now I'm able to combine both. I'm officially, from the RAMQ's perspective, a family doctor, but I do have a very basic general family practice, but I also have a separate practice where I'm the primary physician of patients with (...), so that (...) departments and elsewhere transfer patients to me to take care of once their diagnoses have been made. »*

Qui plus est, le cas06 est également invitée à donner des présentations et des formations dans le domaine médical de son champ d'intérêt particulier auprès de médecins.

Lorsque l'intervieweuse (en l'occurrence la chercheuse principale) lui demande si c'est une façon différente de pratiquer la médecine lorsque les individus viennent d'autres cultures, le cas06 répond que non, du moins à certains égards ça n'a pas grande importance. Elle ajoute qu'il y a la présence d'une barrière linguistique. Celle-ci nécessite le recours de traducteurs ce qui amène différentes difficultés dont des durées de consultation plus longues. En outre, le cas06 ne peut jamais être certaine de la qualité et de la fiabilité de la traduction de son message.

*« In some ways no. It's just... in some ways it doesn't really matter. Certainly there's a language barrier. It's more difficult to deal with translators, and you're never really sure how well your message is being carried or translated. So everything takes longer too, so I'd never want to see these patients at my other clinic because it would just be too stressful to see them in 15 minutes. Here we have 30 minutes. »*

Pour le cas06, il est important qu'elle se sente confortable dans la poursuite de la relation médecin-patient. D'emblée, elle confirme n'avoir elle-même jamais mis fin à une relation médecin-patient. En fait, il ne s'agit pas d'aimer ou de ne pas aimer l'individu en question, mais bien d'être confortable dans l'établissement de la relation, de pas être sous l'impression que l'individu risque de vouloir abuser du médecin, par exemple. Lorsqu'elle se sent inconfortable face à un nouveau patient, le cas06 va quand même l'examiner, mais va ensuite lui faire part de son inconfort à établir une relation avec ce dernier et l'inviter à se trouver un autre médecin de famille. Elle ne va pas demander de rémunération à la RAMQ pour la visite. Celle-ci considère ne pas avoir de responsabilités morales si l'individu abouti à sa clinique par pur hasard, qu'elle a clairement

informé l'individu de son inconfort à établir et à poursuivre une relation médecin-patient et qu'elle n'a pas demandé de rémunération pour la première visite.

*« I've never personally terminated a relationship. There were two circumstances in my clinic in (...) where I was meeting a patient for the first time, and I wasn't sure if I wanted to be their doctor at all, and I told them that, that I wasn't sure if this is going to work out. And I had not accepted them as a patient yet. But in both cases I decided I would, quote-unquote, "keep them", but if I had decided at the end of that session even that I really was not comfortable continuing that relationship, I would never have actually formed a relationship. I would have evaluated them and told them upfront I wasn't comfortable. I wouldn't have billed the RAMQ for that time. It shocked my mother when I told her that I would actually consider not continuing with a patient, but to me, if I've never agreed to take the patient on in the first place... they only landed in my clinic par hazard, so I don't feel a moral responsibility to continue it, unless I've billed for that time and actually there's some sort of implied understanding that I would continue seeing them, but if I have clearly articulated that... right at the beginning that I'm not sure that I want to be their doctor, I don't think I am. Somebody might disagree, but I don't think doctors have to see... continue to see everybody that happens to come at them. Like I think we should be able to have the practice we want to a certain extent. Having said that, not all the patients that I have I like, but I have accepted to be their doctor anyway. But if I think I'm going to get abused in some way by a patient, I don't... I have that sense, sort of the onset I try to make that pretty clear at the beginning to find someone else. »*

Lorsque l'intervieweuse lui demande ce qu'elle aime le plus dans sa pratique, le cas06 répond d'emblée la flexibilité dans ses heures de travail. Elle aime travailler dans la communauté et apprécie d'ailleurs ne pas avoir à travailler en milieu hospitalier pour l'instant. Celle-ci pense avoir fait consciemment le choix de la pratique de la médecine familiale à cause de la flexibilité professionnelle que ce type de pratique offre quant à la gestion de son horaire de travail et de son revenu annuel.

*« I certainly like the flexibility of my hours. I think I consciously did that. I like actually not working in a hospital right now, in a community practice, it's easier said than done, but if I decided I don't want to work on Monday, I can actually decide not to work on Monday. I like that. I like being able to... if I want to work more hours I can and if I want to work less I probably can, although that's becoming more difficult as become more entrenched in my responsibilities. »*

De façon plus précise, elle apprécie le fait que la profession de médecin de famille lui offre une autonomie et une flexibilité professionnelles dans les décisions quant, entre autres choses, à la possibilité de faire plusieurs choses différentes, à ajuster sa pratique selon ce qu'elle veut faire et ses intérêts, à ses lieux (région, communauté, organisation) de pratique et à la possibilité de déménager sa pratique à d'autres endroits.

*« I like the flexibility that family medicine offers to me, so I value, but it... so it is in a way. I like that I can do so many different things, and maybe I can change my practice profile as I*

*change my interests or I change my life, I can adapt my practice to that more than I think you can in any specialties, I can transport my specialty – if you call it that – to many places. »*

Cela étant dit, le cas06 précise aimer être un médecin. Elle ne regrette définitivement pas son choix de carrière; elle ne peut s’imaginer faire un autre travail. Elle croit être un bon médecin, du moins elle essaie certainement de l’être. Celle-ci juge qu’il est difficile, voir même épuisant de voir des patients. Mais qu’à cela ne tienne, lorsque le cas06 prend du recul à la fin de sa journée, elle ressent de la satisfaction par rapport à ce qu’elle a fait. Elle tente néanmoins de protéger son temps et de ne pas en faire trop. Il s’agit là d’un mécanisme d’auto-préservation parce que ça lui prend tout ce qu’elle a lorsqu’elle voit des patients.

*« I like being a physician, but I must say seeing patients is hard, like it's quite exhausting actually, and I usually like having, at the end of my day looking back, I'm glad to have done it, whatever it was that I did that day, but sometimes at the beginning of my day I'm a little bit wishing I could stay home and play with my cats. (laugh) But having said that, I can't imagine being anything else, so I have no regrets about my career choice. And I think I'm a good doctor, whatever that means, it means many things, I certainly try to be. I do worry a little bit about overextending myself, you can see that I've been very protective of my time, like on Fridays I try not to see patients, and I try not to do too much on weekends, and that's a self-preservation mechanism because when I do see patients, like it takes it all out of me. »*

Le cas06 développe davantage sa pensée en expliquant sa conception du rôle du médecin de famille, et plus particulièrement des valeurs et des compétences de la médecine familiale. Celle-ci répond d’emblée que pour elle, les médecins de famille sont très pragmatiques. Ils sont des médecins de terrain, à mettre en contraste avec le monde dans une tour d’ivoire, en quelque sorte.

*« The values of family medicine, right. To me, family doctors are very pragmatic, they're very in the trenches. They're in the trenches physicians, to be contrasted with the, to me more ivory tower world. »*

Le cas06 ajoute que bien que les médecins spécialistes désirent connaître les patients et leurs contextes et vouloir ce qu’il y a de mieux pour eux, ceux-ci ne concentrent leur attention que sur une partie seulement des patients, c’est-à-dire la partie qui est en lien avec leur domaine médical spécialisé. Celle-ci utilise, non sans rire, la métaphore de la tarte pour expliquer ses dires.

*« We have to know the entire patient, and even though the specialists, they have that attitude too, they want what's best for the patient too, they only see their piece of the pie. So the family physician hopefully sees the whole piece of the pie as much as... the pie being patients (laugh), metaphor. »*

Ainsi donc, la pratique de la médecine familiale permet de voir l'individu dans son ensemble, dans sa globalité. En outre, la prise en charge globale du patient est beaucoup axée sur la considération de l'aspect biopsychosocial.

*« In terms of seeing the whole person and every organ system and the social context, although most specialists do pay some attention to the social context too, but it's... »*

Qui plus est, la continuité des soins dans la durée est la valeur qui donne tout le sens à être un médecin de famille pour le cas06. Elle croit que ceci permet de donner les meilleurs soins médicaux et d'aider les patients à comprendre ce qui est le mieux pour eux à long terme. En outre, la première impression que le médecin a eu du patient va être appelée à changer avec le temps. Il va y avoir une connaissance de l'histoire et de l'évolution du patient. Selon elle, ce type de relations fait en sorte qu'il est plus probable que le médecin de famille fasse un diagnostic compliqué puisque qu'il peut voir l'émergence de certaines choses dans le temps.

*« Continuity of care is such a tright expression, but it... it is what makes being a family doctor meaningful to me, but I also think that's how we provide the best medicine and know help the patients to understand what's best for them in the long term, only because you see them over the long term, and your impression of a patient on the first visit can be very different from on the fifth and you're more likely to make a complicated diagnosis, I hope, if you're sensitive to making diagnoses, if you actually see things as they emerge over time. »*

Ainsi donc, la relation médecin-patient qui se développe à travers le suivi à long terme permet de nouer une relation sur laquelle il est possible de construire et qui est aidante pour la santé du patient. Déjà lorsqu'elle voit ses patients aujourd'hui, elle prévoit comment sera leur relation dans les 20 ou 30 prochaines années puisqu'elle sera encore leur médecin de famille. Cette continuité de la relation médecin-patient dans la durée est moins présente dans la pratique de la médecine spécialisée.

*« You are seeing them over a long period of time, so there is that understanding. When I see my 20 year-olds now, I also see them right now what they'll be like in 30 years, because I'm still going to be their doctor. So, like I foresee what our relationship will be and I guess some specialists have that too but there's a little bit less, because most continuity of care is in the family physician's role. »*

Point intéressant, les situations dans lesquelles les patients la consultent pour des arrêts de travail sont parmi les choses qui lui déplaisent le plus dans sa pratique. Le cas06 éprouve beaucoup de difficultés puisque les décisions ne sont pas toujours en accord avec sa compréhension de la situation. Par exemple, il peut s'agir d'une situation où le patient se plaint d'un problème de santé et désire avoir un arrêt de travail pour une certaine période, alors qu'à l'examen clinique le patient ne souffre pas d'un problème particulier de santé et que le problème origine surtout de situations

personnelles ou professionnelles. Les arrêts de travail pour cause de dépression liée au travail en sont de bons exemples. Le cas06 soutient qu'une certaine partie de la pratique médicale implique de voir des individus qui n'apprécient pas nécessairement leur vie et qui, de ce fait, désirent recevoir une note médicale pour arrêt de travail afin qu'ils n'aient pas à rétablir le contact avec leur propre vie. Elle n'aime vraiment pas comment ce type de situations l'a fait sentir. Elle n'aime pas décevoir les gens.

*« And I don't like patients who want to be off work. I find that I don't always agree, I feel that... like I was doing the sans rendez-vous yesterday and I had a patient who came in and this patient is with another physician, and she didn't like her job and she had a major disappointment at work and she wanted to be off for a week and... you want to be nice and you want to give them the benefit of the doubt and maybe their life is over but when you do a depression scale, and the clinical evaluation, she just... she was disappointed and didn't like her job and does that mean you can be off work? Like I... ah! So I don't like those decisions and certainly... it's not a large part of my practice, but a certain part of being a doctor is you get people who don't like their lives, and they want a doctor's note so they don't have to reengage with their life and I... I don't like that; I don't like how that makes me feel, I don't like disappointing people, I...beurk... »*

Le cas06 est d'avis que les médecins font face à beaucoup d'incertitudes dans la pratique médicale générale. Les médecins de famille s'habituent, en quelque sorte, à gérer les situations avec incertitude. Pour elle, l'incertitude dans la pratique se trouve surtout au niveau des situations cliniques dans lesquelles il existe une incertitude diagnostique.

*« I know you live with uncertainty a lot in family practice. You almost get used to it, so... So I'm thinking right now, I always think of the most recent circumstance. The uncertainty is usually with respect with diagnostic uncertainty for me. »*

En guise d'exemple, le cas06 rapporte une situation d'incertitude diagnostique où les diagnostics différentiels étaient la sepsie grave (événement mettant la vie en danger) et la fièvre méditerranéenne familiale (événement ne mettant pas la vie en danger). Cette incertitude faisait en sorte que le cas06 hésitait entre envoyer la patiente directement aux services d'urgence du CH le plus proche ou lui donner un médicament et attendre que les symptômes disparaissent dans l'heure qui suit. En fait, elle tentait de trouver un équilibre entre sa crainte réelle pour la santé de la patiente, les inconvénients pour la patiente d'utiliser les services d'urgence et la crainte d'être perçue par les médecins en service comme un médecin de famille qui envoie ses patients aux services d'urgence pour rien, sans raison valable. Son anxiété d'être jugée par les confrères médecins spécialistes fait surface à nouveau dans les propos du cas06.

*« So it was just a case where I wasn't... a case with a woman with Familial Mediterranean Fever and she came to see me here at the CLSC, because she thought she had a sinus*

*infection, and in the course of me examining her, she suddenly developed severe chills and I took her temperature and it was very low. So I couldn't decide if she was having just a classic Familial Mediterranean Fever attack which I'd never seen before, only read about, or she was septic and needed to be in the emergency room as soon as possible. So if it was the first and just a Familial Mediterranean Fever attack there wasn't really a whole lot to be done, it was give her a little bit of colchicine, it was not a life threatening événement. If it was sepsis, it's a very life threatening événement, so I was really torn between... the uncertainty of what this was, whether I should be sending her to the emergency room right now or whether that was a silly idea because she would be fine in an hour, so... I think if I retrace the source of my angst in that situation as well as in other times, of what should I do, what I'm balancing... what I'm balancing is often being hesitant about inconveniencing the patient with sending them to the emergency room is a big inconvenience, as well as, I have to be frank, my own angst about being perceived as silly, as being one of those family doctors that send patients to the emergency room for "nothing", quote-unquote. And also of course balancing that I had a genuine fear for the patient, and wanting to make sure that their health is maintained. So yes, in that certain circumstance, I was balancing at how sick did I really think she was, in which case no question, you go to the emergency room for a good reason, versus it's nothing and so I don't want to force her to sit in the emergency room for 12 hours and that was probably more the issue, but I suppose there's always the issue of... I know the emergency room doctors at the (...) sometimes thought the CLSC physicians are too quick to send patients over there. So there is my angst coming out again... »*

Encore une fois, un fort sentiment de responsabilité vis-à-vis des patients s'illustre dans les propos du cas06 lorsqu'elle rapporte comment elle a finalement géré cet exemple d'une situation d'incertitude diagnostique. Elle avait finalement décidé de garder la patiente sous observation au CLSC-GMF. Le cas06 est elle-même allée acheter les antibiotiques à la pharmacie, donnée la première dose à la patiente et venue la voir aux 20 à 30 minutes. Elle a finalement arrangé un transport pour que la patiente retourne à son domicile et lui a téléphoné à deux reprises dans la soirée pour prendre de ses nouvelles.

*« Well that patient I was actually pretty busy that day, so I evaluated her, put her in the crash room and told the nurse that she was there and to please keep an eye on her. I decided to start her on antibiotics which I went down to the pharmacy myself and bought and brought them back upstairs and gave her the first dose here, so I kept, every 20-30 minutes, I kept coming back to see how she was doing and she seemed... there was a moment in time where I was a hair's breadth away from sending her to the emergency room, but I didn't and then I just kept checking on her and she seemed to be better. I had her sent home... I don't know if I arranged a taxi or if I had someone bring her home, but I called her twice that night to make sure she was okay. And since she was still okay 4 to 5 hours after I'd seen her when she was hypothermic and in rigors, then it couldn't have been sepsis, or very unlikely. So I slept well that night. »*

Le cas06 gère situations difficiles ou les annonces de mauvaises en essayant, dans la mesure du possible, d'éliminer l'espace entre le médecin et le patient. En fait, elle croît en l'élimination de

toutes barrières (physiques ou autres) entre le médecin et le patient. Celle-ci affirme que cette attitude découle de sa formation postdoctorale en médecine familiale réalisée au CLSC-GMF où elle pratique. D'entrée de jeu, le cas06 avoue avoir été très surprise de voir dans son cabinet un gros bureau brun qui sépare le médecin et le patient lorsqu'elle a commencé à pratiquer à la clinique médicale privée de groupe.

*« The physical space over there is very traditional where there's a big brown wood desk that I sit behind and the patients sit on the other side. So there's that physical barrier between physician and patient, whereas at the CLSC they purposely organized it so that you don't have that physical barrier. When I first saw that space I was almost shocked because I've always been trained and taught to eliminate barriers between you and the patient, so my first reaction to having this big brown desk which I actually quite like the big brown desk but I thought it was a bit bizarre to see the patient across the desk. »*

Celle-ci poursuit ses propos en donnant comme exemple un événement récent survenu à cette clinique. Le cas06 était incapable de s'imaginer annoncer à une patiente qu'elle avait un cancer du sein tout en étant toutes deux installées de part et d'autre du bureau brun. Avant l'arrivée de la patiente, le cas06 a donc pris sa chaise à bout de bras et l'a placé autour du bureau afin de n'avoir aucune barrière physique entre elle et la patiente au moment de l'annonce de la mauvaise nouvelle. Elle ne pouvait s'imaginer faire les choses autrement.

*« Again a little diversion, there was a circumstance about 2 weeks ago where I had to tell patient she had breast cancer, at my clinic in (...), and I just couldn't imagine doing that across the desk. So actually before I saw her, I picked up this very heavy chair and I had to like put it over my head to put it around the desk so that I could situate it, so that I'd eliminate that physical space to tell her the bad news. I just couldn't imagine doing it otherwise. »*

Ceci dit, aux yeux du cas06, les décisions les plus difficiles sont celles où il y a une incertitude diagnostique. Il s'agit alors de prendre une décision à savoir si le patient devrait être référé vers des services diagnostiques ou médicaux spécialisés ou encore, si le diagnostic est établi, quel traitement utilisé. Elle prend en considération les inconvénients possibles pour le patient dans son processus décisionnel. Ce sont d'ailleurs probablement les principales considérations pour le cas06 par rapport aux informations que les services spécialisés pourraient fournir. Celle-ci affirme n'être certainement pas le genre de médecin qui envoie beaucoup et rapidement les individus vers des services diagnostiques ou médicaux spécialisés. Elle va d'abord considérer la situation clinique attentivement. Le cas06 est donc plutôt économe, en quelque sorte, au niveau de l'utilisation de ce type de ressources de santé. Celle-ci ajoute que si elle avait une tendance à faire une erreur dans une décision diagnostique, cette erreur se situerait davantage du côté de ne pas en avoir fait assez, plutôt

que du côté d'en avoir fait trop. Elle est consciente de cette tendance et, de ce fait, demeure prudente.

*« Again, most of my difficult decisions that I can think of, are mostly when I'm uncertain diagnostically. So the decisions are should I send the person for this test or should I send the person to this specialist. Or if I do know the diagnosis, should I start the patient on this treatment. My decisions for whether to send someone to a specialist or for a particular test, I do take into consideration just like my decision about sending a patient to the emergency room, about the inconvenience to the patients. I think that's probably the major considerations for me versus how much information it would actually yield. (...). So I'm certainly not someone who sends people for a lot of tests or sends people to a lot of specialists quickly, I actually consider that carefully and possibly I am to frugal that way. Like I think if I err in a diagnostic clinical decision, I think I probably have a tendency to err from the side of not doing enough. I hope I don't make mistakes, although everybody makes mistakes, but if I had a tendency to make a mistake it's not going to be the mistake of over investigating, it's going to be the mistake of under... so I try to be careful with myself because I know that's my tendency. »*

Le cas06 parle de ses relations professionnelles avec les confrères médecins et les autres professionnels de la santé, traditionnels ou non. D'entrée de jeu, elle rapporte avoir des interactions sociales personnelles avec des anciens collègues ou confrères médecins spécialistes. En fait, elle dit avoir bien peu d'amis qui ne sont pas médecins. Le conjoint du cas06 est médecin spécialiste. Ils ont plusieurs amis médecins spécialistes autour d'eux.

Le cas06 reconnaît, en toute franchise, son angoisse face à la perception et au jugement des collègues médecins de famille et médecins spécialistes. La mention d'inquiétudes ou de craintes d'être mal perçue ou mal jugée, particulièrement par les médecins spécialistes, revient à quelques reprises au cours de l'entrevue que ce soit, entre autres choses, lorsqu'elle parle de suivre les recommandations des GPC, de la qualité de ses requêtes de services en provenance des cliniques sans rendez-vous ou encore, de suggérer aux patients d'aller aux services hospitaliers d'urgence.

*« I have to be frank, my own angst about being perceived as silly, as being one of those family doctors that send patients to the emergency room for "nothing", quote-unquote. (...) But I suppose there's always the issue of... I know the emergency room doctors at the (...) sometimes thought the CLSC physicians are too quick to send patients over there. So there is my angst coming out again... »*

Le cas06 confie n'avoir que très peu d'interactions sociales personnelles avec des collègues médecins de famille. Elle a surtout des interactions professionnelles avec les collègues au CLSC-GMF. En outre, elle a reçu sa formation postdoctorale en médecine familiale à l'unité d'enseignement et de formation du CLSC-GMF. Celle-ci avoue avoir beaucoup de respect envers



les médecins de famille qui l'ont formé et se dit heureuse de pouvoir être maintenant une de leurs collègues. Le cas06 considère que ces médecins sont d'excellents cliniciens ainsi que d'excellents modèles pour elle. Ils sont ouverts aux idées nouvelles ce qui leur a permis d'offrir un support enthousiaste au cas06 pour son projet de mettre sur pied une clinique dans son champ d'intérêt particulier.

*« So the reason why I wanted to be here at the CLSC, this is where I did my family medicine training. I respect the people that I work with a lot. I find that they're excellent clinicians as well as excellent role models to me. So I'm very happy to be able to be their colleague now that I finished my training. (...) And also, it's a center that's really opened to new ideas from their staff, so I've been able to get a lot of support to start this (...) clinic that I have. There's very enthusiastic support from my colleagues as well as the powers that lead here, so... »*

D'autre part, le cas06 confie n'avoir que très peu d'interactions professionnelles avec les collègues médecins de famille à la clinique médicale privée de groupe où elle pratique à temps partiel. Par exemple, elle explique que bien que les collègues médecins de famille soient amicaux, les aléas de la pratique médicale quotidienne font en sorte qu'ils n'ont pas le temps de socialiser ou de développer des relations professionnelles au courant de la journée de travail. En fait, elle confie interagir davantage avec les secrétaires. Ceci étant dit, le cas06 donne l'exemple d'une situation où elle avait demandé à une collègue de voir son patient et de lui donner une opinion, mais ajoute que ce type d'interaction n'arrive que très peu souvent.

*« How many physicians work there... probably 8, but I don't actually see them very often, like there's just not the time, you come in, you do your clinic, they're doing their clinic, everybody is very busy, so you're kind of working in parallel, I interact more with the secretaries than I do with the other physicians, who are friendly, but we don't... there's just not the time to socialize. Once I had a clinical question, so I knocked on one of the other physicians' door and asked her to look at a patient for me, give me her opinion, but that doesn't happen very often. »*

Le cas06 rapporte avoir très très peu d'interactions professionnelles quotidiennes avec des collègues médecins spécialistes. Elle ajoute que ceci découle du fait qu'elle pratique dans la communauté plutôt que dans un CH. Comme elle est au tout début de sa pratique au moment de l'entrevue, le cas06 soutient ne pas avoir encore un bon réseau de médecins spécialistes vers qui référer ses patients. Elle est toutefois consciente que, graduellement, elle aura de plus en plus de bons contacts afin de référer ses patients vers un médecin spécialiste spécifique aux besoins des patients. Par exemple, celle-ci souhaite éventuellement avoir un médecin ressource en ophtalmologie, un médecin ressource en oto-rhino-laryngologie et ainsi de suite.

*« At this point, because I'm not in a hospital, I don't have a lot of... very minimal day to day interactions with specialists. So it's absent for the most part. I think over time I will gradually have the ENT person, and the ophthalmology person that I'd refer my patients to. »*

Le cas06 soutient ne pas avoir un bon retour de consultation de la part des médecins spécialistes. En général, ces derniers lui envoient rarement une lettre pour l'informer du suivi en médecine spécialisée, de l'hospitalisation d'un de ses patients ou encore, des changements à la médication de ses patients et des raisons qui ont motivé ces changements.

*« There's very few letters that come back to communicate to the family doctors what the specialist has decided, like my patient could be in the emergency room or be admitted and I won't know unless the patient tells me. I won't know what medications have been changed or why. »*

Cela dit, le cas06 affirme qu'elle appréciait les allers et retours des discussions de cas qu'elle avait avec les collègues médecins spécialistes lorsqu'elle travaillait dans un CH au cours de ses années de résidence en médecine spécialisée. Elle s'ennuie de ce type de relations professionnelles. Ainsi donc, elle aimerait des fois avoir davantage de discussions de vive voix, d'échanges verbaux avec des médecins spécialistes portant sur des patients et ce, particulièrement pour sa pratique dans son champ d'intérêt particulier.

*« I would love to have more of a verbal communication sometimes with specialists, particularly for my (...) clinic where I need to identify some specialist with the particular interest with these patients with complex medical problems, so to actually be able to have that... get on the phone and talk to doctor So-and-So to ask what he or she thought about my patient and so we could have a dialog back and forth. I do miss that a little bit. When I was working in the hospital, I did enjoy the back and forth talking about patients, which I'm separated from now that I'm in the community. »*

Néanmoins, le cas06 rapporte avoir plusieurs interactions sociales et personnelles avec des collègues médecins spécialistes. Elle a développé certains liens d'amitié avec plusieurs collègues médecins spécialistes au cours de ses années de résidence en médecine spécialisée. Certains de ceux-ci lui ont référé des patients et elle suppose qu'elle peut elle aussi leur référer des patients. Elle peut également appeler certains pour discuter de patients et poser des questions et ce, surtout parce qu'ils sont des amis davantage que de pures relations professionnelles. Le cas06 soutient que c'est le genre de relation professionnelle qu'elle aimerait bien avoir avec les médecins spécialistes. En fait, elle souhaite une relation entre les médecins de famille et les médecins spécialistes d'égal à égal, tout en reconnaissant les rôles très différents de chacun. Elle prétend avoir ce genre de relations avec des collègues médecins spécialistes surtout dans le réseau de l'université McGill puisque c'est là qu'elle a été formée.

*« So in the profession, the specialists I normally see are the ones I trained with. There's a few that have referred me patients and so I guess I can refer them patients, so that would be the relationship that I would like to have, more of... where we're considered two equal colleagues but with very different jobs. And I have some people that I can call up mostly because they're friends as opposed to just professional colleagues, if I have a question if I have a patient and I'm not sure what to do. So that's the relationship I'd like to have, to a certain extent I have that in some spheres, more on the (...) side probably because I spend most of my time in a (...) hospital. »*

Le cas06 semble apprécier de travailler en multidisciplinarité, en complémentarité avec d'autres professionnels dans un dossier. Elle préfère travailler avec les expériences d'autres professionnels et accorde une importance aux différents rôles de chacun. Celle-ci considère que ces divers rôles et expériences sont tout aussi importants que son rôle de médecin traitant et ses propres expériences professionnelles. Le cas06 se dit consciente qu'étant le médecin traitant elle seule prend la décision finale et porte la responsabilité. Elle est heureuse d'assumer cette responsabilité. Celle-ci préfère quand même prendre des décisions fondées sur l'apport de tout le monde.

*« I prefer to work with other people's experiences, and I'm the physician but they have another roles, they're just as important as mine, and to a certain extent at the end of the day... to a certain extent the buck stops with the doctor often, and I'm happy to assume that responsibility. In the end, if the nurse expresses an opinion and I make a different judgement, either in par with what he or she, the nurses said. If something goes wrong, I'm willing to accept what happens because I sort of think my role is the final decider, but I don't make that decision... I prefer to make the decision based on the input from everybody else. »*

Le cas06 rapporte avoir de bonnes relations interprofessionnelles avec d'autres professionnels de la santé au CLSC-GMF. Selon ses dires, il est plus facile de développer de telles relations, voir même des relations amicales, à cette organisation puisque des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des infirmières, des diététiciennes ainsi que d'autres professionnels de la santé y travaillent également. Il lui est donc possible de référer ses patients vers les services d'autres professionnels disponibles et accessibles à l'intérieur même de l'organisation. La situation est tout à fait différente lorsque le cas06 pratique à la clinique médicale de groupe. Elle réalise qu'elle ne possède pas un réseau ou une liste spécifique d'autres professionnels de la santé vers qui référer ses patients. En fait, celle-ci semble peu connaître la disponibilité de ce type de services dans la communauté ou sur le territoire ni savoir où ils sont situés. Elle commente et déplore d'autre part le fait qu'un apprentissage quant à la mobilisation des ressources de la communauté ne soit pas partie intégrante de la formation postdoctorale en médecine familiale.

*« So here, because we're on the same site with nurses and social workers and dieticians, etc., it's easy because we're here, and we have friendships, and it's... I'm struggling in my*

*other site to actually know where to find these people, to access the availability of physios and occupational therapists that are covered by Medicare if a patient has insurance they can pay but I struggle a lot trying to access those services, and I haven't been able to find the networks or even where the services are available sometimes. So that's just being new I think. I thing through time you figure theses things out, but you don't really learn that in your residency, how to mobilize community resources. Here at the CLSC, it was easy because you just refer within the CLSC, so you really didn't need to learn that there were these resources, but it's very easy to access them. You don't learn how to find them when it's outside of the CLSC. »*

Le cas06 confie avoir beaucoup de respect pour la profession de pharmacien. Celle-ci semble apprécier et valoriser le rôle du pharmacien. Néanmoins, elle ne rapporte pas de relations interprofessionnelles avec les pharmaciens de la communauté. Son respect de la profession vient en très grande partie d'expériences acquises au cours de ses études médicales dans une autre province canadienne. Les pharmaciens d'hôpital y jouaient un rôle particulièrement important. Elle affirme qu'ils étaient de très bonnes ressources. Malheureusement, le cas06 évoque une expérience moins positive avec les pharmaciens d'hôpital dans le CH québécois où elle faisait sa formation postdoctorale

*« There, there was much more like pharmacists in the hospitals were like gods, and they're part of the team on our clinical rounds, we learned from them, they learned from us, they were such a good resource, and when I came to (...), and I called up the pharmacist at the hospital to ask a question about this drug, because I would have had this great answer from the pharmacist in (...) and I know they just looked it up in the CPS, it was like... thank you... (laugh) like it was very frustrating, like the way the partnership was with the pharmacists in (...), at least in my experience in a teaching hospital, so a very specific site. It was so different than my experience with the pharmacists here. »*

Le cas06 semble avoir peu, sinon aucune connaissance de la profession d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Elle précise avoir très peu d'expérience avec la profession d'infirmière spécialisée. Elle semble cependant connaître et valoriser le rôle de la profession d'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie exerçant dans un CH. En fait, celle-ci a acquis un peu d'expérience auprès d'infirmières praticiennes en cardiologie pratiquant à l'unité de soins intensifs du CH où elle faisait sa résidence en médecine spécialisée. Le cas06 soutient avoir posé beaucoup de questions à ces professionnelles et valorisé leurs opinions au même titre que celles formulées par les médecins membres du personnel.

*« Nurse practitioners, I didn't have a lot of experience; I had some here actually because at (...) in Montreal, they have nurse practitioners who work in the intensive care settings, and there they fonction on par with doctors, definitely. And as a resident, I'd definitely ask them*

*lots of questions and valued what they had to say just as much as my physician staff person... Yes. That's the only experience I've had. »*

Le cas06 poursuit ses propos en parlant de ses interactions interpersonnelles avec les infirmières (spécialisées ou non). Elle précise que ses meilleures relations interprofessionnelles avec les infirmières sont fondées sur un respect mutuel des connaissances et des compétences. Ce n'est pas toujours le cas malheureusement puisque le cas06 est d'avis que plusieurs infirmières sont très réticentes à partager leur opinion avec le médecin, voire même méprisantes envers ce dernier s'il ose demander.

*« And I prefer... my best relations with nurses are when it's a respect for each other's knowledge. I respect them but I also want respect back. And it's not always the case. I think a lot of nurses, for whatever reason, whatever experiences have made them that way, don't... I don't know... you try to ask them what their judgement is, "what do you think? I would actually value your opinion on what you think about this case" and they kind of look at you scornfully "well you're the doctor" and they stomp off. Woe! But maybe they've been abused in... »*

Le cas06 n'a qu'une expérience limitée avec les sages-femmes. Cette expérience s'est avérée positive dans la plupart des cas.

*« Midwives, I've had limited experience with them, mostly positive; not always, but mostly. »*

Le cas06 semble n'avoir aucune, sinon très peu de relations avec des professionnels offrant des services de santé non traditionnels. En fait, elle avoue avoir peu de connaissances des professions non traditionnelles telles que, entre autres choses, naturopathe, ostéopathe et acupuncteur. Cela dit, celle-ci soutient n'avoir aucune objection à référer ses patients vers des services de santé non traditionnels lorsque ces derniers sont intéressés par ce type de services et en font la demande. En outre, le cas06 prétend être intéressée par l'ostéopathie mais son manque de connaissances fait en sorte qu'elle ne sait pas quand elle devrait référer ses patients vers des services d'ostéopathie plutôt que vers des services de physiothérapie ou de chiropractie. Elle confie par ailleurs avoir plus tendance à référer ses patients vers des services de physiothérapie; des services qu'elle comprend un peu plus et qui reflètent davantage le monde dans lequel elle a été formée. De plus, bien qu'elle tente de ne pas porter un jugement sur l'utilisation de services chiropratiques par ses patients, la pratique de la chiropractie semble bien mystérieuse à ses yeux. Quant aux services d'acupuncture, le cas06 n'aurait aucune objection à référer ses patients vers ce type de services dans l'éventualité où elle ne serait pas capable de soulager les problèmes de douleur. Elle ajoute que c'est sur sa liste de « ça ne fait pas de mal de l'essayer ». Le cas06 semble

ne pas posséder un réseau ou une liste spécifique de professionnels non traditionnels vers qui référer ses patients. En fait, celle-ci semble peu connaître la disponibilité de ce type de services dans la communauté ou sur le territoire ni savoir où ils sont situés.

*« I do, but more when patients ask me to. I don't... I'm interested in osteopathy but I don't really know what it is except at the most superficial level, so I don't know why I would refer someone to an osteopath versus a chiropractor versus a physiotherapist. Like physiotherapists is more in the world that I trained, so I'd more likely refer to a physio because I understand that a little bit more. I don't... when a patient tells me they went to their chiropractor, I try not to judge that, but... if they're helped by that, that's great, but it seems a bit mysterious to me what they do and... midwife, I don't refer to them because actually I don't know where they are, but if they wanted to do that, that would be fine with me. If the patient is interested, that's fine. If I have come to the end of my rope where I can't figure out how to treat their pain my way, then I'll be happy to suggest acupuncture, I don't have anything against acupuncture, I don't really understand it very well and I don't really know if it works, I see the studies that come around that show both ways for various medical conditions, but it's on my list of "doesn't hurt to try". So sure... »*

Le cas06 aborde quelques circonstances du champ de la médecine (en général) et qui peuvent exercer une certaine influence sur la pratique médicale. D'emblée, il semble intéressant de rappeler, que tout au long de l'entrevue, le cas06 fait allusion assez souvent aux comportements des médecins spécialistes face aux médecins de famille, à la hiérarchie professionnelle ainsi qu'à la difficulté d'avoir des réponses adéquates de la part des médecins spécialistes à la suite d'une demande de consultation. Elle a d'ailleurs mentionné la crainte d'être jugée par les médecins spécialistes lorsqu'elle réfère ses patients à ceux-ci, particulièrement si les patients ne sont pas traités selon les GPC.

Le cas06 fût témoin de comportements de médecins qu'elle considère peu professionnels durant ses années de résidence en médecine spécialisée. Elle fait ici particulièrement référence au fait que les médecins résidents sont constamment exposés durant leur formation postdoctorale à des situations dans lesquelles les médecins formateurs critiquent ouvertement le travail des autres professionnels médicaux. En guise d'exemple, les médecins spécialistes urgentologues vont critiquer le travail des autres médecins spécialisés dans d'autres domaines médicaux. Tout le monde critique tout le monde. Bien entendu, le travail des médecins de famille est également critiqué ouvertement.

*« In residency, yes, sometimes I would... well, because when you go through your training, you hear a lot of criticism of other medical professionals, so if you pass through emergency medicine, they're always criticising other doctors, if you... in other specialties, they're always criticising the emergency physicians, like... I think it's pretty unprofessional*

*actually, but you're constantly hearing other physicians and specialists criticising everybody else. So yes, I also heard criticisms against family doctors. »*

Point fort intéressant, il y aurait une dévalorisation du rôle de médecin de famille par certaines facultés de médecine. En outre, et tel que rapporté un peu plus tôt, le cas06 pense que l'Université McGill n'a pas la réputation de respecter le rôle des médecins de premier recours. Il s'agit plutôt d'un sentiment palpable voulant que les médecins de famille ne soient pas d'aussi bons médecins que les médecins spécialistes.

*« But I think McGill doesn't have a history of respecting the role of primary physicians. (...), but it really is a palpable sense that family physicians are not as good physicians as specialists. »*

Le cas06 relate une situation dont elle a été témoin au cours de sa formation complémentaire (« *fellowship* »). En fait, sa participation à une réunion lui avait permis d'être témoin d'une attitude défavorable envers les médecins de famille de la part d'un des dirigeants de la faculté de médecine à cette époque (ce dirigeant n'est plus à McGill au moment de l'entrevue). L'individu en question s'opposait de manière dogmatique et vigoureuse à la proposition voulant que des médecins de famille participent à l'enseignement médical au niveau des études prédoctorales. Celui-ci avait alors émis le commentaire qu'il ne pensait pas que l'école de médecine devrait être nivelée vers le bas de la sorte.

*« I did an (...) fellowship at the end of my residency training and there was an (...) of (...) who was there, and they were proposing to introduce into the medical school curriculum, into one of the... (...) So this is just a proposal to have a family doctor also share time and space with a super sub-specialist for the topic of (...) for the medical students at McGill. The (...) of (...) said very dogmatically that he vigorously opposes such an idea, he doesn't think that medical school should be dumbed down in that way. To imply that was that what family doctors had to offer was not as valuable... like I just... I actually couldn't say anything, for many reasons and on many levels, but that's the attitude that the medical school has right now. »*

Cela étant dit, le cas06 souligne néanmoins que les façons de faire changent à l'Université McGill puisque certains médecins de famille sont maintenant invités à venir enseigner dans certains cours du curriculum médical. Il semble y avoir maintenant une reconnaissance de ce que les médecins de famille peuvent enseigner aux étudiants en médecine. Elle considère qu'il s'agit là d'une révolution.

*« It is changing, (...) been asked as a family doctor with an expertise in (...) to teach a piece of the (...) curriculum at McGill. So there is being a recognition of what family doctors can teach medical students. But this is a revolution. »*

Le cas06 ajoute qu'elle pense que ça dépend de la façon de voir spécifique au Québec. En effet, elle dit qu'il existe un manque de respect tacite envers le rôle des médecins de famille. En guise d'exemple, elle rapporte qu'il n'est pas rare qu'elle réfère un patient à un médecin spécialiste et que ce dernier réfère à son tour le patient vers un autre médecin spécialiste et ceci, sans en informer le cas06. Celle-ci est d'avis qu'ils croient peut-être rendre service au patient mais, à ses yeux, ils lui manquent de respect puisqu'elle est le médecin traitant du patient. Ces derniers ne prennent pas en considération la possibilité que le médecin de famille l'ait déjà pensé ou encore fait.

*« I think also it's just the setup here in Quebec, it's just... it's an unspoken disrespect to family doctors in that it's not uncommon for me to send a patient of mine to a specialist, and the specialist will refer my patient to another specialist. And they think they're doing the patient a favour but to me, I'm their primary physician. I mean it's not the way it should be, so it should come back to me, because they don't know that maybe I actually thought of that already, or I've done that already, so they don't... »*

Enfin, le cas06 soutient ne pas avoir un bon retour de consultation de la part des médecins spécialistes. En général, ces derniers lui envoient rarement une lettre pour l'informer du suivi en médecine spécialisée. De même, elle reçoit rarement une lettre l'informant de l'hospitalisation d'un de ses patients. Celle-ci soutient même qu'à moins que le patient l'informe de son hospitalisation et bien, elle n'en sera rien et ne saura pas quelles médicaments a été changés ni les raisons qui ont motivé ces changements. Or, le cas06 rapporte qu'il en était tout autrement dans la province où elle a fait ses études médicales, du moins aux CH affiliés à la faculté de médecine. Il était impératif d'informer le médecin de famille de chaque patient hospitalisé. Selon ses propos, il y avait une compréhension générale positionnant le médecin de famille au cœur du système de santé; une telle conception du rôle du médecin de famille n'existe pas au Québec.

*« There's very few letters that come back to communicate to the family doctors what the specialist has decided, like my patient could be in the emergency room or be admitted and I won't know unless the patient tells me. I won't know what medications have been changed or why. Whereas again in (...), when you admit a patient to your list of orders, it was "admit patient, diagnosis: blablabla, inform family doctor". Like it was just inherent to... because it was understood that the family doctor was what held the system together and there's no such concept here. »*

Cette réflexion du cas06 pourrait peut-être s'expliquée par le fait qu'elle utilise probablement plus le réseau universitaire de santé de l'Université McGill puisqu'il lui est plus familier de part ses presque sept années de résidence passées dans ce milieu universitaire. Au cours de l'entrevue, elle a mentionné penser que l'Université McGill a la réputation de ne pas respecter le rôle du médecin de famille. Or il est fort probable que cette vision dévalorisante du rôle du médecin de famille soit dans la culture de la faculté de médecine et, de ce fait, dans celle de ses professeurs, de ses



cliniciens, de ses formateurs, des médecins formés à cette université et ainsi de suite.

Ceci pourrait expliquer le comportement des médecins spécialistes quant au peu de retour de consultation et à la demande de référence vers un autre médecin spécialiste réalisée à l'insu du médecin de famille. Ainsi donc, il est probable que le problème ne dépende pas seulement de la façon de voir au Québec, mais aussi de la façon de voir à l'Université McGill.

En fait, le cas06 souhaiterait qu'il soit plus facile pour les médecins spécialistes de trouver et d'identifier les connaissances, les compétences et l'expertise propres à la pratique de la médecine familiale. Elle souhaiterait que les médecins spécialistes reconnaissent que la médecine familiale est vraiment une spécialité médicale avec un corpus de connaissances et de pratiques spécifiques. Les problèmes de santé, les types de patients et les jugements cliniques peuvent tous être différents. Qu'à cela ne tienne, tout est d'importance et tout a une place, selon les dires du cas06.

*« I guess I just wish that the things that we know, the things that we see, the things that we become comfortable with and specialists of, that that was somehow better to find so that other specialists could also understand that there is a specialty there, so there really is a volume of knowledge that truly is unique to their world, even though we're still dealing with the hypertension as they are, and COPD as the respirologists are, like... That's why I think they often don't understand that we still all have the same amount of knowledge in our brain, it's just different, but it's still valuable. It's hard to articulate, so... You see different things, you see different types of patients, you have to make different clinical judgements, and it's all just as important, it all has its place. »*

Point fort intéressant, le cas06 est d'avis qu'une durée plus longue de formation postdoctorale en médecine familiale, voire même d'une durée équivalente à celle de la formation postdoctorale en médecine spécialisée, pourrait permettre d'augmenter la crédibilité des médecins de famille auprès des médecins spécialistes. Elle opine que les médecins spécialistes ont une formation postdoctorale d'une durée de cinq années portant sur un champ de pratique médicale limité, tandis que les médecins de famille ont une formation postdoctorale beaucoup plus courte pour un champ de pratique médicale et des responsabilités beaucoup plus larges.

*« But 2 years is so short! (...) I don't know, should the residency be longer? I'm a bit sympathetic to that... I'm sympathetic to that. (...) And I think that would also increase the credibility to the specialists who put in that same amount of time for their little piece, you know, like family doctors spend much less time for much broader... amount of responsibility. »*

À la lecture de ce passage, on peut entrevoir que la durée de la formation postdoctorale représente un type de ressources culturelles institutionnalisées de la profession médicale. Cette ressource accorde du prestige aux médecins. Plus les médecins accumulent des années de formation

postdoctorale, plus grand est le prestige qu'on leur accorde. Ainsi donc, la durée de la formation postdoctorale devient une ressource symbolique dans le champ de la médecine.

Le cas06 discute quelque peu de leaders et de circonstances du champ de la médecine familiale et qui peuvent exercer une certaine influence sur la pratique médicale. Lorsque l'intervieweuse demande au cas06 de penser à des leaders dans le champ de la médecine familiale au Québec et de donner les caractéristiques qui, à ses yeux, en font des leaders, celle-ci répond d'emblée que pour elle il s'agit d'un médecin qui est connaissant et bien informée (au minimum connaît les GPC, en théorie), qui a un bon jugement clinique ainsi qu'une pratique intégrant l'approche philosophique avec leurs patients. Ceci rejoint certains commentaires émis par le cas06 en début d'entrevue dans lesquels elle rapporte que les individus qui se sont démarqués, qui l'ont impressionné le plus au cours de ses études à la maîtrise et de l'ensemble de sa formation en médecine sont ceux avec une droiture au niveau social.

*« I think I may have touched that at the beginning. So someone who I think knows he's knowledgeable, so is well read, at least knows the guidelines – in theory – who has what I deem to be good judgement, and that's a very subjective thing, but... and who has philosophical approach to their patients. I guess those three things are important to me. »*

Le cas06 poursuit ses propos en disant avoir quelques médecins modèles en tête. Elle ajoute en riant qu'ils sont néanmoins peu nombreux et pratiquent, pour la plupart, au même CLSC-GMF qu'elle. Point intéressant, le cas06 se dit incapable de nommer deux leaders dans le champ de la médecine familiale au Québec ou au Canada, faute d'en avoir en tête. Elle se justifie en faisant mention de son choix plutôt tardif de la médecine familiale et de son peu d'expérience dans ce champ de pratique médical. Celle-ci affirme que tout ce qu'elle valorise chez les médecins de famille, elle le valorise également chez tous types de médecins.

*« And... I think it's tall order, there's not a lot of people that I... I think about the people that I know that rise to the top in my mind, but there's a few and most of them work here. (laugh) But I mean... but on the other hand, I came to family medicine kind of late and to a certain extent I don't really know... even though I think there's a society of family physicians in a way, like a club in a way, and I don't really know this club. Like to a certain extent I still have spent more years as a specialist than I have in family medicine, so I still... I'm not really part of the club (laugh) of family physicians. So the things I would value in a family physician I would also recognize in another type of physician. »*

Point fort intéressant, le cas06 considère la médecine familiale comme étant une spécialité en tant que telle. Un champ de pratique médical qui n'est ni plus ni moins important que les autres champs de pratique. À ses yeux, la médecine familiale devrait être au centre des soins du patient.

Cela dit, elle ajoute en riant que par ses commentaires qu'elle ne désire en rien enlever aux médecins de famille qui ont décidé de limiter considérablement leur pratique à un champ d'intérêt particulier; ceux-ci ne sont pas moins médecin de famille pour ça.

*« I think all medical fields are important, so family medicine not more so than any others, but it has important... it is a specialty in itself. I think to be the core of the patient care is what family medicine should be, but I don't want to take away from the people who decide to go into emergency medicine and family doctors that make very different choices that doesn't diminish their family doctorship. (laugh) »*

Le cas06 fait très rapidement allusion au travail en interdisciplinarité et à la compétition pour les soins primaires par l'arrivée d'un nouveau type de profession de la santé, soit la profession d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Celle-ci ne semble n'avoir que peu, sinon aucune connaissance de la profession d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Elle souligne que la première crainte touche généralement le champ de la pratique de la médecine familiale puisque ce nouveau type de professionnels réalisera probablement des activités jusqu'alors sous la responsabilité des médecins de famille.

*« And I can feel it a bit myself sometimes, and then I... the nurse practitioners, "oh... they'll be taking... oh that's what I do! No, no, that's fine... they should do that." And it's like your first reaction and think about it rationally, no, no, no... it's a good thing. »*

Le cas06 fait brièvement mention d'une chose importante à enseigner, à montrer aux étudiants durant leur formation prédoctorale afin qu'ils considèrent peut-être la médecine familiale comme choix de carrière. En fait, elle émet une opinion intéressante en ce qui concerne l'exposition des étudiants en médecine à des modèles de médecins de famille. D'entrée de jeu, le cas06 avoue penser qu'il est inhabituel d'être enseigné par des médecins de famille à l'Université McGill; les médecins spécialistes étant responsables de la transmission des fondements des connaissances. Si elle avait l'opportunité de développer un programme de formation prédoctorale en médecine, et bien alors, l'enseignement des études médicales prédoctorales serait donné en majorité par des médecins de famille, tandis que les médecins spécialistes viendraient plutôt épauler cet enseignement en apportant un éclairage sur ce qui est nécessaire à éclairer. En fait, le cas06 est d'avis que les médecins de famille offrent une vision très pragmatique de la médecine. Ce côté pragmatique est parfois perdu lorsque la vision de la médecine est transmise par des médecins spécialistes. Enfin, elle pense qu'il y a une plus grande appréciation du rôle des médecins de famille, de ce qu'ils savent et de leur vision de la médecine lorsque l'enseignement est donné par

des médecins de famille. D'où le besoin que les étudiants en médecine soient exposés tôt à des modèles de médecin de famille.

*« Well I think at McGill, it's unusual to be taught by family doctors. Your knowledge base is transmitted by specialists, and I think if I were to design an educational programme for medical students, it would be predominantly from family doctors that would elicit specialists to illuminate what was needed to be illuminated. Because I think family doctors offer a very pragmatic view of medicine that is sometimes lost when it's transmitted by specialists. And I think if people are taught by family doctors, I think there's a greater appreciation for what they do, for what they know, for how they see medicine. »*

Le cas06 fait également mention de certaines choses importantes à inculquer, à montrer aux résidents durant leur formation postdoctorale en médecine familiale pour que ceux-ci deviennent de bons médecins de famille. D'entrée de jeu, elle estime que la durée de deux années de la formation postdoctorale en médecine familiale est bien courte pour acquérir une si grande quantité de connaissances. Celle-ci dit d'ailleurs ne pas savoir comment elle aurait pu réussir à acquérir toutes les connaissances nécessaires si elle n'avait eu que deux années de formation postdoctorale médicale. Elle semble faire ici implicitement allusion à ses années de formation en médecine spécialisée. Le cas06 juge qu'il est important que les résidents en médecine familiale acquièrent les connaissances générales élaborées nécessaires à la pratique médicale générale. Ceux-ci doivent apprendre, dans la mesure du possible, les causes de chaque problème de santé qui peut potentiellement se présenter en soins de santé de première ligne. De toutes les causes, ils doivent porter une attention toute particulière à connaître qu'elle est la cause la plus probable et qu'elle est la cause la plus dangereuse.

*« It's a very short period of time to know a very vast amount of information. And I don't know how I would have done it if I had only had 2 years. It's short. And there's a lot. I think to break it down, you have to learn what for every potential problem that can walk through your door, what's the most likely cause and what's the most dangerous cause, and hopefully a couple in between. And you have to focus on what's most common, but you have to know what is most dangerous. »*

Le cas06 poursuit ses propos en ajoutant qu'il est important que les résidents en médecine familiale apprennent à naviguer le système de santé. Il est tout aussi important qu'ils apprennent à gérer l'aspect médico-administratif de la pratique médicale. Celle-ci fait spécifiquement référence à la gestion de la pratique. Selon elle, les résidents en médecine familiale reçoivent présentement que très peu de formation sur cet aspect.

*« But you have to know how to access the system which I didn't learn so well. Practice management should be a piece which tends not to be, we tend to figure that out when we get there. »*

Enfin, le cas06 réitère à nouveau, mais cette fois-ci en s'exclamant, que la durée de deux années de la formation postdoctorale en médecine familiale est bien courte. En outre, elle sympathise avec l'idée voulant que la durée de cette formation soit plus longue, voire même d'une durée équivalente à celle de la médecine spécialisée. Par exemple, le cas06 pense que les résidents en médecine familiale devraient passer deux années en pédiatrie et en médecine adulte ainsi qu'une certaine période de temps en obstétrique-gynécologie.

*« But 2 years is so short! (...) I don't know, should the residency be longer? I'm a bit sympathetic to that... I'm sympathetic to that. I think if I would rework it that the family doctors should spend 2 years in paediatrics, and 2 years into adult medicine, and I guess a certain amount of time in obstetrics. »*

Le cas06 parle de quelques modalités organisationnelles du système de santé qui peuvent exercer une certaine influence sur la pratique médicale. D'entrée de jeu, elle semble faire allusion à un aspect hospitalo-centré du système de santé québécois. Elle se dit intriguée par l'idée populaire au Québec voulant que les médecins se doivent de travailler en CH. Celle-ci rapporte que les individus semblent toujours surpris d'apprendre qu'elle ne pratique pas en CH. Le cas06 se demande bien ce qui, dans le système de santé québécois, incite la population à penser de la sorte.

*« Well... again I'm just going to free think... I'm always puzzled a little bit when patients and social contacts, they ask me "what I do" and I say "I'm a family doctor" and the next question is "which hospital do you work in." So that always intrigues me because I don't work in a hospital actually, and they just look at me with this funny expression on their face: how can you be a doctor and not work in a hospital? So I don't know what it is about the Québec system that people think that doctors have to work at hospitals. So that's my first reaction. »*

Le cas06 poursuit ses propos en disant avoir fait le choix spécifique et explicite de ne pas pratiquer en CH et ce, malgré qu'elle ait toujours pris pour acquis durant sa formation médicale qu'elle travaillerait éventuellement dans ce type d'organisation. Or, durant ses longues années de formation, le cas06 a ressenti le poids qu'un poste hospitalier comme étouffant et oppressif. Elle était bien contente par ailleurs de quitter ce milieu pour venir pratiquer dans la communauté où elle sent avoir réellement beaucoup plus de liberté professionnelle.

*« So again, I'm trying to answer your question but I made a specific choice not to work in a hospital, even though I'd always assumed I would work in a hospital during my training. I always assumed I would but I explicitly chose not to, because I really feel I have more freedom, without the hospitals, having a hospital position is actually quite stifling and quite oppressive and it was very nice to leave that and to be in the community. »*

Le cas06 évoque l'ampleur et la complexité de la structure du système de santé du Québec. Elle trouve que cette structure est si compliquée qu'il est bien difficile de savoir quelle est notre place dans la structure, de le naviguer, de le négocier et de référer les patients à l'intérieur de celui-ci.

*« The system, medical system in Québec is such a complicated structure, it's hard to navigate it, it's hard to really know where you are placed in it, it's hard to negotiate and refer within it. »*

D'autre part, le cas06 confie éprouver également des problèmes du même genre avec la structure de facturation de la RAMQ. Elle qualifie par ailleurs cette structure de bizarre et injuste. En ce qui concerne la quantité de travail, le paiement à tarif horaire semble être un mode de rémunération plus juste aux yeux du cas06 et ce, malgré que le montant du tarif horaire puisse ne pas sembler juste. Cela dit, elle soutient éprouver un certain ressentiment à l'idée d'exécuter des tâches de nature clinique ou administrative sans être rémunérée ou d'être inadéquatement rémunérée lorsqu'elle travaille sous le mode de rémunération à l'acte. Qui plus est, le cas06 se dit inconfortable de demander aux patients un montant d'argent pour le remplissage de formulaires. Enfin, lorsqu'elle prend en considération la charge et le nombre d'heures de travail à la clinique médicale privée de groupe où elle est rémunéré à l'acte, le cas06 en vient à la conclusion que le salaire est probablement le même qu'au CLSC-GMF.

*« I certainly prefer being paid tarif horaire, I find that in terms of the work put in, it feels more fair, even though what I get per hour may not feel fair, but the idea of tarif horaire feels better than to think that I don't get paid at all to vaccinate a patient when it takes me about 10 minutes to do that. Like the billing structure is just so bizarre, it's so unjust I think, it sometimes... it creates some resentment sometimes to see that I only get 10\$ to do that or 15\$ to do this, or 60\$ to do that, and like it doesn't always make sense whereas... and nothing to do a lot. Whereas on the other side, at least filling out that form It's time and it's something I actually don't like to do, but at least I'm paid to do it, so ok it's not so bad; whereas over there I could bill the patient and sometimes I do, but... for his forms, I'm allowed to charge patients for things, but I feel guilty doing that, and if I really resent the form, I certainly expect the payment for it, but for other things it's like... I know I wouldn't be billing them if I saw them at the CLSC, because that's not just the culture at the CLSC to bill for forms, so I often don't, but... well. I probably make more technically in a half day over at other clinic than I do at the CLSC, but then as I said, if I actually count into that the hours I spend after I see the patients, I probably make about the same. »*

D'autre part, le cas06 trouve que le système de facturation est obtus et difficile à comprendre. Elle n'est pas tellement certaine de ce qu'elle a à faire pour facturer un certain code, par exemple, tandis qu'il y a de la place pour l'interprétation. D'autres codes donnent une rémunération irréaliste compte tenu des aléas de la pratique en cabinet privé. Elle essaie donc de trouver un certain

équilibre entre ce qu'elle pense que la RAMQ veut qu'elle fasse en échange de la rémunération à l'acte, par rapport à ce qu'elle sait que tous les autres collègues font et ce qu'elle juge raisonnable pour le temps passé et la rémunération vraiment gagnée.

*« I find the system is a bit obtuse for billing, like a lot of my vulnerable patients on the other side have not been registered properly so this would be the 7, 8 et 9\$ per patient per visit that I won't get because you know, I've seen them many times and I would have got 9\$ each time I'd seen them, but because I didn't understand that they were being registered because I didn't understand that the secretaries weren't doing it and I didn't understand that it needed to be done anyway so that there's a lot of retrospect "oh... how could I miss out on that", but on the other hand I probably over-billed occasionally because I didn't really understand the billing either, so there was a couple times I probably billed for things I probably shouldn't have but, I think it all evens out in the end. It's okay I guess, but I find that whoever decided you get a certain amount for certain acts, like it was a bizarre negotiation, and I'm really not clear by what you have to do to bill for that code and there's lots of room for interpretation and some of what they say you have to do is unreasonable, like to get your 30\$ for counselling, they want you to counsel for 30 minutes, like are they serious! 30... I know nobody does that, I know that's not what other doctors do, so what do I... (laugh) But I'm trying to make the balance between what I think the RAMQ wants me to do, for what they pay me for, versus what I know everybody else is doing, versus what feels right for what I think I have actually spent and truly earned. »*

Cela étant dit, et point intéressant, le cas06 semble être plus ou moins influencée par l'aspect financier de la pratique. Ceci est apparent à deux moments au cours de l'entrevue. En premier lieu, il semble que ce soit particulièrement le cas lorsque les montants sont peu importants. Par exemple, elle trouve que le montant du forfait annuel de suivi et de prise en charge du patient GMF accordé par la RAMQ pour chacun des patients inscrits auprès d'elle est si minime qu'il ne fait aucune différence à ses yeux.

*« I know I get 6\$ or 9\$ extra if I register a patient under my name because it's part of the GMF, but to me, that's such a little amount of money I don't even see that it matters. And actually I don't even know if that's specific to the GMF because my (...) clinic I think I get the same amount if I register them under my name over there before... it hasn't officially become a GMF yet, so I'm watching that place transition into it. »*

En deuxième lieu, il semble que ce soit également le cas lorsqu'elle est sous l'impression d'être censée prendre le temps nécessaire pour la réalisation de tâches cliniques ou administratives en lien avec la prise en charge et le suivi des patients, telles qu'une rédaction méticuleuse et détaillée des notes de consultation, et ce, même si elle ne reçoit aucune rémunération pour ce type d'activités selon le mode de rémunération à l'acte.

*« Whereas for me the last patient done, and I'm still there for 2 or 3 hours to do my notes or filling out my Framingham for the cardiac risk. Like I don't get paid for any of that over there, but I still feel like I'm supposed to be doing it, so... »*

Le cas06 invoque les avantages du nouveau modèle d'organisation de l'offre des services médicaux de première ligne, soit le GMF. Elle souligne le support des services infirmiers. En outre, les infirmières GMF peuvent faire de l'enseignement auprès des patients diabétiques ou hypertendus, par exemple.

*« We have lots of nursing support, which contrasts with my other site. So we have two nurses that are specifically GMF nurses, so they can do diabetic teaching, hypertension teaching, things like that. »*

Le cas06 parle des avantages et des inconvénients de certains programmes gouvernementaux, tels que les PREM en omnipratique. Elle a des sentiments mixtes à ce sujet. Le système d'attribution des PREM lui semble opaque et peu évident. Ceci dit, le cas06 comprend la position du gouvernement. Il y a effectivement un besoin réel de répartir les effectifs médicaux généraux afin de pourvoir à toutes les régions du Québec, et non seulement aux régions urbaines. Mais encore, elle voit beaucoup de besoins non desservis dans la région de Montréal

*« So I got one, so I... I have mixed feelings about the PREMs. I don't know why I got one and my colleagues didn't, so it's a bit opaque, the whole system of who gets what and why, I certainly understand the government's position in feeling that they need to service in all areas and not only the urban areas. I understand that, I get that, but... I certainly see a lot of need in Montreal, that isn't being served, so I... »*

Les PREM ont également des effets pervers. En guise d'exemple, le cas06 évoque la difficulté, voire l'impossibilité, qu'elle aurait de trouver un médecin qui pourrait la remplacer si elle serait malade. Elle ne trouverait jamais un médecin qui a un PREM et un numéro de facturation pour travailler à la même organisation qu'elle. Encore une fois, le cas06 invoque l'ampleur et la complexité de la structure du système de santé. Les modalités organisationnelles imposent des contraintes sur la pratique médicale. Les médecins ne peuvent seulement travailler où ils le veulent.

*« I'm thinking for me, like the days that I'm sick it would be nice to have a shadow, someone I could call and say "oh could you cover my patients, my clinic for me that day", but that will never happen, because you will never find someone who also has a PREM, who also has a billing number for your site, it's just... it's very hard, you can't just work where you want, it's a big complex structure, being able to work in certain places and... so when you're on the ground, you think "oh this would make so much sense if we could organize it this way." But it's never so easy as that. »*

Enfin, le cas06 n'est donc pas certaine que l'idée des PREM soit si bonne que cela. Point intéressant, elle est d'avis que les PREM sont responsables de la pénurie de médecins de famille à certains endroits. Elle rapporte que, parmi les résidents en médecine familiale formés à l'Université McGill, il y en aurait plusieurs qui manifesteraient peut-être le désir de débiter leur pratique à



Montréal mais qui décident plutôt de s'installer à l'extérieur de la province. Les contraintes imposées par les modalités organisationnelles du système de santé québécois, incluant les PREM, le rendent beaucoup plus difficile à naviguer que les autres systèmes de santé ailleurs au pays ou aux États-Unis. Selon elle, il ne s'agit pas seulement de croire que la pelouse est plus verte ailleurs; c'est actuellement vrai.

*« So PREMs, yes I got one, so I guess I'm not signing too many petitions, I'm not (inaudible) about the idea of PREMs, but I'm not sure it's a good idea, and I do see a lot of the classic graduates from Québec going elsewhere, because I think the system is harder to negotiate in Québec than it is elsewhere. I don't think it's just the grass is greener on the other side, I think it's actually true. »*

Les tracasseries et lourdeurs de nature administrative ou clinique sont parmi les choses qui lui déplaisent le plus dans sa pratique. En fait, lorsque l'intervieweuse lui demande ce qu'elle trouve le plus difficile dans sa pratique, le cas06 répond d'emblée la paperasserie.

*« The paperwork. I hate clinic notes. And I hate disability forms and I hate off-work forms. »*

Lorsque l'intervieweuse lui demande qu'est-ce qu'il lui faudrait pour être le médecin que vous rêvez d'être, le cas06 répond qu'idéalement ce serait d'avoir une meilleure collaboration, des échanges plus faciles et des relations plus fluides entre les médecins de famille et les médecins spécialistes. En outre, elle aborde son monde idéal dans lequel le médecin de famille serait considéré être le médecin de premier recours; et par là le cas06 entend le principal médecin traitant du patient. Le médecin de famille assurerait la coordination complète des soins du patient, tandis que les médecins spécialistes offriraient des soins pointus sur une base ponctuelle selon les besoins du patient et à la demande du médecin de famille.

*« Certainly better collaboration with specialists. The world would be the family physician is considered the primary physician. And by primary, the center, the main physician. And then everything comes and goes through that person and the specialists on their side don't need to be burdened with feeling responsible for other patients' complaints that are outside of their domains, so that they always refer back to the family physician with things they're not comfortable dealing with themselves. And that family physicians refer well to specialists and specialists communicate well to family doctors whether that's in the hospital or outside. »*

Le cas 06 développe davantage sa pensée en ajoutant qu'idéalement il faudrait une meilleure utilisation des services médicaux spécialisés. Elle est toujours surprise, et parfois choquée, de voir que plusieurs femmes québécoises croient qu'elles ont besoin des services qu'un médecin gynécologue pour leur test de Papanicolaou (frottis cervico-vaginal), alors qu'elles pourraient

utiliser les services d'un médecin de famille. En outre, cette utilisation inappropriée de services médicaux spécialisés fait en sorte que le cas06 a de la difficulté à référer ses patientes ayant un besoin réel de services qu'un médecin gynécologue. Elle émet les mêmes commentaires du côté de l'utilisation des services de médecins cardiologues dans la prise en charge et le suivi de l'hypertension primaire. Le cas06 est d'avis qu'il faudrait réserver l'utilisation des services des médecins spécialistes pour des problèmes de santé nécessitant des services médicaux spécialisés.

*« I do grapple with if I were to make a system what would it look like, but... more family physicians, better use of the specialists. It drives me crazy in Québec, how women think they need a gynaecologist to do Pap tests, it's so hard for me to refer a patient for a gynaecology consult when they really do need a gynaecologist, they don't need a gynaecologist to do a Pap test. Family doctors should do that and reserve the specialists for specialist things. Same thing for the cardiologist; you don't need a cardiologist to treat (inaudible) hypertension. And I can't even refer a patient to the (...) cardiology, they're not accepting patients. I mean how many patients that could be followed by family doctors are they seeing? Like it's just crazy. »*

Le cas06 croit qu'idéalement il faudrait qu'il y ait un nombre suffisant de médecins de famille offrant des services de soins pour l'ensemble de la population. De façon plus précise, elle pense que chaque individu devrait avoir un médecin de famille afin qu'il y ait un accès juste et équitable aux services médicaux généraux.

*« That... I guess ideally everyone should be able to have a family physician, for it to be just and fair. »*

D'autre part, l'accès aux services de santé de la population semble être une préoccupation du cas06. Elle souhaite que l'ensemble de la population puisse avoir accès à des services de soins de santé en fonction des besoins. Il faudrait idéalement s'assurer que les individus les plus malades aient un accès prioritaire aux services médicaux généraux et spécialisés. En effet, le cas06 est parfois sous l'impression que ce sont les individus les plus instruits et les plus sécurés au niveau financier qui ont plus facilement accès aux services des médecins de famille et spécialistes.

*« And somehow the sickest should have the first dibs to family doctors and other specialists instead of... the other way around, sometimes it feels like it's the well educated, financially secure people that have access to physicians most easily, and that doesn't quite seem right. »*

Le cas06 poursuit ses propos en disant que la population, et tout particulièrement les patients, devrait idéalement acquérir une meilleure compréhension des limites de la médecine et de ce qu'elle peut offrir. Elle pense que certains patients ont des attentes irréalistes vis-à-vis tant les examens médicaux que la médecine.

*« I guess a better understanding on the patients' part of the limitations of medicine as well as what it can offer. I think patients don't always understand the limitations of medical tests, like their expectation on medicine is unrealistic sometimes and I'm not sure who's fault that is, if it's physicians' fault who foster that misunderstanding, but... »*

Dans son monde idéal, il y aurait un accès facile aux dossiers médicaux des patients. Le cas06 est d'avis qu'il est présentement beaucoup trop difficile d'avoir un accès rapide et complet au dossier médical ainsi qu'à l'histoire complète du patient.

*« I think it's too hard to get medical records on patients. It's too... all this concern about patient confidentiality is valid, but it's just too hard to get records on patients. I think patients die because we don't know enough about their medical histories. »*

Enfin, il y aurait peut-être lieu de modifier le principal mode de rémunération (à l'acte) des médecins de famille. Personnellement, le cas06 préfère le mode de rémunération à tarif horaire puisqu'avec celui-ci elle n'éprouve aucun ressentiment à l'idée d'exécuter des tâches de nature clinique ou administrative sans être rémunérée ou d'être inadéquatement rémunérée, tel que dans le mode de rémunération à l'acte. Cela dit, elle est consciente que si l'ensemble des médecins de famille seraient rémunérés à tarif horaire, il y aurait le risque que ceux-ci travaillent moins fort en voyant moins de patients.

*« I would I be paid, I don't know. I certainly prefer tarif horaire. Because then I don't resent filling out the forms and dealing with paper and the phone calls and... as much as I do at my other clinic. But on the other hand, I know that physicians wouldn't see as many patients if it was that way, like I see that in my own practice, where I see... I'm only 2 half-days a week at that other clinic but I see many more patients in a week over there than I do over here. »*

## **Place et rôle de l'évaluation économique dans la pratique clinique**

Le cas06 connaît un peu l'évaluation économique. Bien qu'incertaine, elle pense avoir déjà entendu parler de ce type de connaissances, probablement au cours de sa résidence en médecine familiale, bien que non de manière spécifique. Il est probable que le cas06 en ait entendu parler lors de sa participation à des clubs de lecture (« *journals clubs* »). Il est également probable qu'elle se soit un peu familiarisé à l'évaluation économique à travers les GPC puisqu'elle est d'avis que plusieurs, ou du moins certains, GPC fondés sur les données probantes comportent un volet économique.

*« Yes... I guess during my training... yes, it's never been a specific... I mean a lot of the evidence-based so called guidelines also have an economic piece to it. Well some of them do anyway. So I don't know, you just kind of pick it up as you go along, I don't know... »*

*probably in residency... I don't know... yes probably in residency, journal clubs, that kind of context. »*

Le cas06 a toutefois été attentive et a écouté avec intérêt l'explication de l'évaluation économique faite par l'intervieweuse.

Suite à cette explication, elle rapporte que les informations issues d'évaluations économiques n'influencent pas sa prise de décision clinique puisque qu'elle ignore comment ce type d'informations s'applique à sa pratique. Toutefois, celle-ci ajoute que ce type d'informations pourrait jouer un rôle si elle connaissait les points cliniques à lesquels les informations issues d'évaluations économiques s'appliquent.

*« It would, I think, but it hasn't because I don't... like I know that such a thing happens, but I don't know how it applies to my practice at this moment. Like I'm not sure what clinical points those studies are applicable. But if I knew that there was such a thing, it probably would play a piece. »*

Le cas06 croit qu'il pourrait y avoir une place pour l'enseignement de l'évaluation économique et de l'économie de la santé dans la formation en médecine. Toutefois, il serait important de tenir compte des coûts dans le sens le plus large possible et ce, tout en gardant en tête que la responsabilité du médecin est à son patient. L'allégeance du médecin est à son patient seulement; il s'agit là d'un principe éthique fondamental de la pratique de la médecine. Les intérêts du patient se doivent donc de passer au devant des considérations d'ordre économique dans le processus décisionnel du médecin C'est comme ça que les médecins ont été formés et c'est ce à quoi les patients s'attendent d'eux. Qui plus est, les avocats fonderaient leur jugement de la pratique sur ce principe dans l'éventualité d'une poursuite judiciaire.

*« Yes... if what it means is truly what you spoke of, how you defined it, globally, cost in a biggest possible sense... and at the end of the day my responsibility is still to my patient. That's how I was trained, that's how I see it that's how I would be judged legally if ever I am sued, that's how... so I would still make my judgement based on that. That's what patients expect of me and that's what lawyers will expect of me too, so... you know? So as long as it's taught in that as being the overlying principle. »*

Dans ce passage, le cas06 fait allusion aux avocats et aux juges dans l'éventualité d'une poursuite judiciaire. Les avocats et les juges sont des « joueurs » dans le champ qui reviennent à quelques occasions au cours de l'entrevue et dont le cas06 utilise comme stratégie pour justifier sa pratique.

## Place et rôle de l'information et des connaissances dans la pratique clinique

Le cas06 soutient que les connaissances issues des données probantes (études scientifiques, GPC) influencent sa pratique. Pour elle, une bonne information de qualité se caractérise comme étant une information probante disponible sur Up-to-Date qui est une source documentaire électronique dédiée à la pratique de la MFDP et accessible sur Internet. Point intéressant, elle confie malgré tout connaître très peu Up-do-Date et qui sont les individus responsables de la rédaction des informations disponibles sur le site Web. Cette situation lui semble assez terrible, d'autant plus qu'elle compte beaucoup sur Up-to-Date comme source d'informations et de connaissances. De plus, le cas06 pense qu'une bonne information de qualité se caractérise par un minimum de biais ainsi que par des preuves prenant appui sur plusieurs expériences pragmatiques. Elle croît qu'il ne faut pas se limiter aux données issues de la recherche mais plutôt coupler ce type d'informations et l'expérience.

*« Up to Date. Some body asked me "what is Up to Date?" And I was like... "I don't know." Who are those people that write that? I don't know. Because everybody read Up to Date, you hope that that's because it's valid, it's good, well I actually don't know. It kind of shocked me that I've been relying so heavily on a source I knew so little about. It struck me as quite terrible. Oh... unbiased, I suppose pharmaceutical companies can bias things a lot, so relatively unbiased, based on a lot of pragmatic experience, not just new research, I think you have to couple experience with research. I think those three things mostly. »*

Le cas06 parle de son attitude vis-à-vis des GPC. Elle adopte définitivement les GPC qui l'aident surtout dans la structuration de sa pratique quotidienne. Fait intéressant, elle les compare aux règles de grammaire. Selon elle, dans les deux cas, il faut d'abord connaître les règles pour pouvoir les transgresser en toute connaissance de cause.

*« I embrace clinical guidelines, a lot, it's a structure, it's like learning grammar, so to me you can break the rules, but you have to know the rules. So to me your clinical guidelines, you have to know them, but you should feel free to break them or to... but you have to know them first. So that is my attitude. So I can break grammatical errors, but if I know I'm breaking them and I have a reason for changing a word... you know, that's my attitude. »*

Le cas06 essaie de connaître et de suivre les recommandations des GPC, mais jusqu'à un certain point puisqu'elle doit également tenir compte des particularités de chaque patient. De ce fait, les recommandations ne s'appliquent pas à tous les patients. Cela dit, elle rapporte toutefois vouloir suivre les recommandations de type d'informations pour deux raisons bien particulières. En premier lieu, le cas06 pense que celles-ci représentent peut-être les bonnes pratiques cliniques. En deuxième

lieu, et ceci est un point fort intéressant, elle désire suivre les recommandations des GPC en partie par crainte d'être jugée par les médecins spécialistes. Aux yeux de celle-ci, et à défaut de savoir pourquoi, il semble exister un trait de personnalité fondamentalement différent entre les médecins de famille et certains médecins spécialistes. En fait, elle sait que ces derniers connaissent et considèrent beaucoup plus sérieusement les données probantes issues d'études de qualité et les GPC que les médecins de famille. Le cas06 explique ses propos en prenant pour exemple les cardiologues et les endocrinologues qui sont à l'affût de toutes les études cliniques et qui s'en tiennent dogmatiquement à celles-ci. Elle opine que ces médecins spécialistes peuvent être très critiques si la prise en charge des patients ne suit pas les plus récentes recommandations des GPC. Cela étant dit, elle termine ses propos en ajoutant que, selon elle, les médecins de famille connaissent généralement les GPC.

*« Like I try to know them, and I try to follow them, but... to a certain extent. I want to follow them a) because maybe they are true, like maybe they are the best practice, but part of it is also because if specialists ever see my patient, I know they take them much more seriously than sometimes family doctors do. I don't know why, it seems to be a fundamental personality difference between some specialists and family doctors, but... the cardiologists are amazing, they can quote every study on every drug trial and they hold to these so dogmatically, endocrinologists seem to be similar and... and they can be very judgemental if I send a patient to cardiology and they have coronary disease and they're not on those high dose statins and they're not on aspirin and they're not on a beta-blocker, like I feel like I'm going to be judged, but... so I try to get my patients to be on those cocktails and I know that's the current management, but... on the other hand I also know that how much risk reduction for my patient is it really for being on a high dose statin and really... even if the trial showed a 60% reduction, that's not an absolute reduction for my patient, you know, so I don't agonize too much if they refuse to be on a statin. Well what will the cardiologist think of me, or the glycosylated hemoglobin for my diabetic patient is 9, and they're going to think she's a bad family doctor, but they don't know that I tried to get them on the cocktail of medications, they just refuse, or they can't or whatever. I know that a lot of... I still have that insecurity about family physicians, it comes up several times... And I think many family doctors know the guidelines. But if the patients don't reflect what those guidelines are, it's not necessarily the family doctor's fault; it's not necessarily that the family doctor didn't know it, it's just you can't necessarily apply it to everybody. Nor should you... but whatever. »*

On peut voir dans ce passage que la crainte d'être jugée par les médecins spécialistes exerce une influence sur la décision de prendre en considération et de suivre, dans la mesure du possible, les recommandations des GPC. La crainte du jugement des médecins spécialistes revient à quelques reprises tout au long de l'entrevue. Cette crainte peut peut-être s'expliquer de trois façons. Premièrement, il s'agit peut-être d'un trait de caractère du cas06; sentiment d'infériorité ou d'anxiété. Deuxièmement, cette crainte peut prendre origine dans les années de formation en

médecine spécialisée du cas06 où elle a côtoyé et travaillé avec des médecins spécialistes dans différents domaines médicaux. Elle a peut-être été témoin de certains comportements ou attitudes défavorables envers ceux qui ne suivent pas les recommandations des GPC à la lettre ou, de manière implicite, envers les médecins de famille en général. Enfin, le conjoint et les amis du couple sont médecins spécialistes. Encore une fois, ceci joue peut-être sur l'idée que le cas06 se fait du comportement et des attitudes des médecins spécialistes.

Il y a présence de reconnaissance et de scepticisme face au mouvement de la pratique de la MFDP dans le discours du cas06. Cette dernière reconnaît l'importance de la pratique de la MFDP mais admet éprouve un scepticisme face à cette approche. Elle porte attention aux données probantes, maintient le plus possible ses connaissances à jour et suit ce que les autres médecins font par rapport aux données probantes. Ceci dit, celle-ci sait aussi qu'il ne faut pas prendre l'approche de la pratique de la MFDP trop au sérieux. En effet, bien qu'elle ne pratique que depuis six mois (au moment de l'entrevue), le cas06 a été témoin à plusieurs reprises des allers et des retours du balancier pour plusieurs thérapies médicamenteuses et lignes directrices depuis le début de ses études en médecine au milieu des années 1990. Elle cite comme exemple l'hormonothérapie de remplacement chez les femmes ménopausées faire l'objet d'un dogme médical et puis ne plus l'être pour finalement, après un certain temps, avoir un retour du balancier.

*« It's important, but there's scepticism attached, because even though on one hand I've been in practice for 6 months, I was in medical school when hormone replacement therapy must be given to every woman who is menopausal to protect their heart, and protect their brain and protect their bones, etc., and yet I've now seen what was dogma just completely... well no, it's not completely rejected, we're now swinging back again, but I've seen the pendulum swing several times and several main evidence-based issues, so it is important to me, I do pay attention, I do try to keep as up to date as possible, and to do what other people are doing with respect to the evidence, but I also know that it's not to be taken too seriously either, because I've witnessed the pendulum swing back and forth... »*

Dans les faits, son attitude de scepticisme face à l'approche de la MFDP prend sa source tant dans ses connaissances et ses expériences dans le domaine des sciences et de la recherche que dans sa personnalité et sa philosophie de vie. Dans un premier temps, le cas06 éprouve des doutes quant à la qualité des études épidémiologiques. Ses connaissances de ce type d'études et des difficultés inhérentes à leur réalisation l'amènent d'ailleurs à croire que les études épidémiologiques sont imparfaites puisqu'elles ont toujours des défauts.

*« I know these studies, it's difficult to do epidemiological studies, they're flawed, they are always flawed. So it is important, but you know... »*

Elle a acquis une certaine compréhension des notions de statistiques et d'épidémiologie dans le cadre de ses formations de premier et de deuxième cycles en sciences et de son expérience en recherche.

*« It may be part of it. I mean just knowing the difference between relative and absolute risk reduction, like to that extent yes, and I have had some experience in research to various degrees, I know how hard... »*

Dans un deuxième temps, le cas06 se dit sceptique à toute forme de dogmatisme, à toute forme de vérité absolue. C'est une question de personnalité et de philosophie. À ses yeux, la vérité n'est jamais dans les extrêmes, mais plutôt à quelque part dans le milieu. Elle prétend avoir toujours une attitude sceptique ou critique envers les extrêmes. Elle pense que c'est en quelque sorte la philosophie qu'elle applique à la plupart des choses dans sa vie, incluant la médecine. Ceci découle non seulement de ses expériences professionnelles, mais encore de sa perspective de la vie et de ses expériences personnelles vécues. Le cas06 voit un parallèle entre la science et la religion; on fait parfois preuve de tout autant de dogmatisme en science qu'en religion.

*« I think it's a philosophical and personality thing too. I think I just... dogmas... the truth is never at an extreme. It's always somewhere in the middle. I think that's sort of the philosophy I apply to most things in life, so same in medicine. So when I hear someone stand up and say "this is the way", that never turns out to be true. It doesn't prove the test of time, so a few things that proved the test of time, very, very few; exercising, wearing your seat belt, those proved the test of time, but when you're on an ACE inhibitor at this dose... So I think it's an experience in science, in research, but also just... the way I see life, life experience too. Other people have different life... same life experience, not the same attitude towards life, but... I'm always suspicious of extremes, wherever the extremes come from. And I find sometimes in science, they're just as dogmatic as in religion, so... I see the parallels. »*

Le cas06 semble être d'opinion que certains médecins ont une attitude dogmatique face aux données probantes issues des études scientifiques de qualité et des GPC.

Le cas06 fait appel à différentes sources pour obtenir des informations ou des connaissances. Ces sources lui sont utiles autant pour maintenir ses connaissances que pour en acquérir de nouvelles. Elle utilise principalement des sources écrites, bien que les sources orales lui soient également utiles. Pour le cas06, il ne s'agit pas de prendre connaissance des données probantes et des recommandations de GPC et de suivre aveuglément ces types d'informations. Il s'agit toujours d'un équilibre entre ce que les études montrent et l'expérience du médecin. Il existe parfois un fossé entre ces deux perspectives. De ce fait, l'approche du cas06 quant à l'acquisition et le maintien de ses connaissances repose définitivement sur la triangulation des sources. Celle-ci



rapporte que sa pratique est fondée sur un ensemble de connaissances acquises par ses lectures, par sa formation, par son expérience professionnelle et par les connaissances expérientielles de ses collègues. Selon elle, il y a un travail d'intégration qui se fait d'une certaine façon et à son insu.

*« It's always a balance between what you personally experience, and what the studies show, like there's sometimes a disconnect between the two. I sort of try to balance all of those inputs and apply it to a particular context. It's always different, but my inputs of knowledge are my training, the people I respected what they told me, sometimes when you actually look it up, it's not so true, but (laugh), what I actually read myself and what I have personally observed, it all kind of gets integrated somehow. »*

Ses lectures sont une source importante. Elle lit surtout les informations disponibles sur le site Web Up-to-Date et se réfère également à des livres de références.

*« It's primarily mostly Up to Date because that's the fastest, and most accessible and I do have some textbook that again are "evidence- based", quote-unquote, that I like and that I trust, mostly why I trust one source over another it's complicated too and partly based on experience when you've seen things you sort of triangulate. »*

Le cas06 est abonnée à la liste de diffusion de différentes organisations médicales ou autres lui permettant de recevoir par courriel des mises à jour portant sur différents sujets. Bien qu'elle avoue ne pas toujours faire une lecture approfondie de ce type d'informations, ça lui permet quand même d'avoir une certaine idée de ce qui se passe et de l'évolution des choses.

*« I get a lot of emails from different medical organizations or updates about this and that, so I don't always read them in depth, but I at least read the headlines, so you sort of get a sense of what's going on, how things are changing. »*

Bien entendu, la pratique du cas06 demeure fondée en partie sur les connaissances acquises au cours de ses formations médicales (résidences en médecine spécialisée et en médecine familiale). Elle acquiert et maintient ses connaissances à travers sa participation à des activités de formation et d'enseignement. Entre autres, elle est fréquemment invitée à donner des formations et des présentations portant sur son champ d'intérêt particulier. Celle-ci assiste généralement à l'ensemble de l'activité de DPC à laquelle elle est invitée à titre de conférencière ce qui lui permet d'acquérir et de maintenir des connaissances. En plus, son lieu principal de pratique étant un CLSC affilié universitaire en tant qu'unité d'enseignement et de formation, le cas06 ressent l'obligation de maintenir ses connaissances à jour suivant sa responsabilité face aux étudiants en médecine et aux médecins résidents en formation postdoctorale en médecine familiale. Les collègues chargés de l'enseignement clinique se font des présentations entre eux et bien sûr, font des présentations aux

étudiants en médecine et aux médecins résidents. Les étudiants et les médecins résidents sont également appelés à faire des présentations aux médecins de famille chargés de l'enseignement clinique. Tout ceci représente fort probablement une source importante d'informations et de connaissances.

*« Actually right now I'm invited to speak a fair amount, so I tend to sit in during the entire conference if I'm invited to be a lecturer at one. We're teaching, because it's a resident training (...), so that actually forces me to stay fairly current, it's good actually, because you can't get too comfortable with your own knowledge today because you have to keep current, you have a responsibility to your trainees. So we lecture ourselves, we lecture the residents, the residents lecture us, so that's probably an important source. »*

Il lui arrive à l'occasion de consulter des collègues qu'elle respecte, particulièrement lorsqu'elle fait face à un besoin ponctuel d'information pour des situations ou des cas dont il serait difficile d'avoir accès à l'information autrement. Aux yeux du cas06, une des parties amusantes de travailler dans un groupe est d'utiliser les intérêts et les expériences de différents collègues et d'en tirer des apprentissages.

*« Sometimes if I'm not... for clinical judgement I have some questions, like "I have this patient who's presenting with this, I think this is what's going on, what do you think?" Sometimes there's medications that are kind of off label, like "I think I can use this drug for this indication, what do you think about doing that?" So that kind of question. If I can look it up myself I usually do, but if it's something that you can't look up, then I like to use other people's experience. And I certainly get asked questions a lot, because of my (...) experience. So that's part of the fun part of working in a group, it's to use different people's experience and interests and learn from it. »*

Le cas06 mentionne que l'industrie pharmaceutique et ses représentants lui sont une source d'informations et de connaissances. Elle se dit ambivalente quant aux interactions avec l'industrie pharmaceutique et ses représentants. Le cas06 confie être probablement la personne la plus amicale avec les représentants pharmaceutiques au CLSC-GMF et ce, contrairement à ses collègues médecins de famille qui sont, pour la plupart, « anti-industrie pharmaceutique ». Le cas06 reçoit occasionnellement la visite de représentants pharmaceutiques, mais ajoute ne pas faire de la publicité sur le fait qu'elle les voit. Celle-ci va même jusqu'à ajouter en riant qu'elle est désolée pour eux. Elle se sent mal de les voir se promener dans les corridors du CLSC-GMF en attendant qu'un médecin accepte de signer un formulaire. Elle accepte donc de partager un peu de son temps avec eux. Ceci dit, le cas06 prétend être peu influencée par l'industrie pharmaceutique et ses représentants puisqu'elle réalise qu'il s'agit d'un secteur d'activités commerciales et qu'il est

important de considérer les informations fournies en gardant cette perspective en tête. Celle-ci prend donc ces informations avec un certain scepticisme.

*« I have actually nothing against pharmaceutical agents... well, I think I'm probably the most pharmaceutical friendly person at the CLSC, I actually feel sorry for them a little. (laugh) They have a hard job. Yes... I like getting samples, even if don't always use them, but I like getting them. And I always feel bad to see people hanging around in the hall waiting for a physician to sign a paper, so I'll give them the time of my day. And occasionally, not often, but I'll occasionally go to a dinner if it's an interesting journal club on a particular... if it's pharmaceutical sponsored I'm usually ambivalent about pharmaceutical involvement in day to day clinical practice. I'm not... I don't know, pharmaceutical is a business, I know that the things they tell me are going to be biased towards their medication, it's the understanding and I'm sure they understand that I'm going to be listening to them with that ear of scepticism and... »*

Entre autres, celle-ci aime bien recevoir des échantillons de médicaments qu'elle utilise surtout comme cadeau au bénéfice de ses patients lorsque le médicament en question est aussi bon qu'un médicament disponible à la pharmacie. Le cas06 va également prendre en considération les informations présentées lors de soupers conférences ou de journals clubs, ou encore incluses dans les matériels éducatifs commandités par l'industrie pharmaceutique. Elle apprécie par ailleurs les brochures et autres matériels éducatifs qu'elle juge intéressants, faciles à lire et informatifs.

*« But it's true if I have in my cupboard a sample of a particular drug that I can give to a patient that I think is just as good as a medication that I don't have in my cupboard, I'll probably give him that one from my cupboard, but again more because I want to give the patient a freebie than anything else. So yes, I see them; I don't advertise the fact that I see them, but... And I do like their pamphlets, they have some interesting educational material that they have, easy to read, and informative in their own way, as long as you know that they're trying to sell their products, so of course you're going to slant everything from that perspective, but usually I've kind of decided, think I've decided whether I like that particular medication or not. »*

Le cas06 fait allusion aux connaissances tacites acquises par l'expérience, telles que les connaissances de l'histoire du patient et de la famille. La relation médecin-patient qui se développe à travers le suivi à long terme permet de nouer une relation sur laquelle il est possible de construire et qui est aidante pour la santé du patient. Il va y avoir une connaissance de l'histoire et de l'évolution du patient. Selon elle, ce type de relations fait en sorte qu'il est plus probable que le médecin de famille fasse un diagnostic compliqué puisque qu'il peut voir l'émergence de certaines choses dans le temps.

*« (...), only because you see them over the long term, and your impression of a patient on the first visit can be very different from on the fifth and you're more likely to make a complicated diagnosis, I hope, if you're sensitive to making diagnoses, if you actually see things as they emerge over time. »*

Lorsque l'intervieweuse lui demande si l'intuition a une place dans sa pratique, le cas06 répond d'emblée qu'elle considère l'intuition comme le jugement clinique. Celle-ci avoue que le jugement clinique joue un rôle important dans sa pratique. Elle croit d'ailleurs que le jugement clinique et les connaissances sont tous deux nécessaires pour être un bon clinicien; un ne va pas sans l'autre.

*« To me it's judgement, like clinical judgement. I think in general my judgement is good. I'm not sure why I say that. (laugh) I think you need both clinical judgement and knowledge to be the best clinician, you can just have the judgement if you don't have knowledge, but you can have lots of knowledge and not have judgement. »*

Ceci dit, le cas06 développe davantage sa pensée en notant que, selon elle, le jugement clinique est la chose la plus importante dans la pratique de la médecine. En fait, à défaut d'avoir un bon jugement clinique, il est peut-être possible pour un clinicien d'appliquer les lignes directrices sans discernement. Cependant, elle croit que la présence de toute intuition (« *insight* », pour employé le terme utilisé par le cas06) voulant que les lignes directrices ne s'appliquent souvent pas amène alors le clinicien a constamment essayé d'agir dans le meilleur intérêt de son patient.

*« Like to me one of the most important things... like it's... if I didn't have good judgement I don't... if I didn't think I had good judgement, I really don't know what I'd be doing. In medicine I mean. I would have to find another job, because it's... we're using our judgement all the time. Because there is no... like there are algorithms but I guess if you have no judgement, you can just rely... try to apply the algorithms, but... and if you have any insight that so often the algorithms don't apply, then you're constantly trying to do right for your patient. »*

Lorsque l'intervieweuse lui demande qu'elle est la place de l'« art de la médecine » dans sa pratique et ce qu'elle définit comme « art », le cas 06 répond d'emblée que c'est une question intéressante. Pour celle-ci, l'art de la médecine apparaît à chaque fois que le médecin ne considère pas les soins aux patients comme des recettes ou comme de la mécanique automobile. La médecine est faite de beaucoup de décisions sous incertitude, de beaucoup de zones grises et ce, même au niveau de l'interprétation des résultats d'examen ou de la situation clinique des patients. Le cas06 est d'avis que l'art se situe à ce niveau en quelque sorte. Il est impossible d'appliquer les recommandations des guides de pratique clinique à tous les patients puisque ces derniers seront toujours différents des participants aux études de toute façon.

*« It's an interesting question, what that is... I think anytime you're not just treating patient care like a recipe, or like a mechanic, that's the art. ... There's too much uncertainty in medicine, or maybe, I don't know anything about being a car mechanic, maybe there's a lot of uncertainty in car mechanics too, but there's so much uncertainty in medicine, even how*

*to interpret test results, how to interpret what's going on with your patients, there's so much grey area, that to me that's where the art to a certain extent is. I mean if you could just take a guideline and tell your patient to do this, but that never... like it's impossible to happen. Your patient is never going to be like the patients in the study anyway and like there's... so the art is there. »*

Mais plus encore, l'art se trouve dans la relation avec le patient, dans la façon de lui faire l'annonce d'une mauvaise nouvelle, par exemple. Pour elle, l'art fait référence à l'esprit de finesse en médecine.

*« The art is in the rapport with your patient and the way you tell someone she has breast cancer, as an example. So I guess to me that's the finesse. »*

D'autre part, celle-ci espère un jour être capable de voir autant de patients que ses collègues au cours d'une clinique très occupée mais ce, tout en étant en mesure de faire sentir aux patients qu'elle leur a accordé beaucoup de temps, indépendamment de la durée réelle de la visite médicale. Aux yeux du cas06, il s'agit là d'un art extraordinaire, dont elle est encore en processus d'acquisition.

*« To me also, one day I strive to be able to see as many patients as other physicians see in a busy clinic but still make patients feel like I spent a lot of time with them, even though it was only 10 minutes or whatever. To me that's a tremendous art, which I'm still acquiring. »*

Ces cinq derniers passages parlent de l'intuition et de l'art de la médecine. Dans un premier temps, ils abordent la relation entre le jugement clinique et les connaissances propositionnelles (données probantes, GPC, etc.) dans la pratique médicale. Dans un deuxième temps, ils abordent le côté humain de la pratique et le besoin d'interprétation des connaissances propositionnelles en fonction des circonstances des patients. La pratique de la médecine n'est pas une activité technique et l'application des résultats d'études ou des recommandations des GPC ne doit pas être considérée comme la mise en œuvre d'une recette. Ils abordent l'attention aux personnes, que ce soit fait consciemment ou non. On peut y entrevoir l'importance des aptitudes humaines et relationnelles lorsque le cas06 parle de l'esprit de finesse en médecine. Cette attention aux personnes, à ce qu'elles vivent, à ce qu'elles disent ou non, pourrait être vu comme un sens clinique. Tout ceci semble correspondre à ce que Bourdieu appelle le sens du jeu (ou le sens pratique) dans lequel sont impliqués les acteurs sociaux. La bonne intuition ou le bon art dans la pratique de la médecine est le résultat de la mise en œuvre de dispositions innées et de dispositions acquises tout au long de la formation et de la pratique médicales.

## Place et rôle du médecin de famille dans l'utilisation des ressources de santé

En première réaction, le cas06 se dit en accord avec la double considération de la responsabilité face au patient et de la responsabilité face à la société dans la pratique de la médecine familiale. C'est toutefois un équilibre difficile à atteindre. En seconde réaction, elle pense que sa responsabilité face au patient prévaut sur la responsabilité face à la société dans les situations où il y a conflit entre les deux. Néanmoins, celle-ci précise qu'habituellement les deux responsabilités ne sont pas en conflit.

*« I agree. It's a hard balance to do. Do I agree... now let me see. My first reaction is yes I agree, my second reaction is I think my responsibility to my patient outweighs my responsibility to society, if ever they are in conflict. Usually they're not. »*

Cela dit, le cas06 développe davantage sa pensée en parlant alors de poursuites intentées contre des médecins n'ayant pas utilisé un service coûteux chez un patient pour des raisons fondées en partie sur le coût élevé du service en question. Ce type d'argument s'est toujours avéré sans succès devant les tribunaux. De ce fait, elle dit que la formulation de ce que doit être un médecin ainsi que les influences exercées par les poursuites judiciaires avec succès viennent toutes deux renforcer la responsabilité du médecin de famille face au patient, en tout et pour tout. La responsabilité face à la société demeure en arrière-plan.

*« But I certainly know that anytime a law suit had been raised where the physician did not do an expensive test on a patient and part of the rationale is because it was an expensive test, that argument has never worked in court. So in your formulation d'être médecin as well as the influences you get for successful law suits, you're always reinforced your responsibility to the patient first and last. In the background there's a responsibility to society. »*

Dans ce passage, le cas06 fait une fois de plus allusion aux avocats et aux juges dans l'éventualité d'une poursuite judiciaire. D'un côté, il y a la responsabilité face au patient (disposition propre au professionnalisme médical) et d'un autre, il y a la responsabilité face à la société (disposition propre à la médecine sociale). Le cas06 reconnaît ses deux rôles de la médecine. On y voit bien comment l'éthique professionnelle et la crainte de poursuites influencent la pratique du cas06, avec pour résultat la domination des dispositions propres au professionnalisme médical sur celles propres à la médecine sociale. Les avocats et les juges sont définitivement des « joueurs » dont le cas06 craint la présence dans le champ de la profession médicale, incluant le champ de la médecine familiale.

De façon tout à fait intéressante, le cas06 développe davantage sa pensée en opinant qu'il faudrait changer la formation et l'éthique des médecins et modifier les objectifs du système de santé si l'on préfère que la responsabilité principale du médecin soit plutôt envers la communauté ou la société. Il doit être clairement indiqué à quel niveau se situe la responsabilité éthique des médecins. L'ensemble de la société doit décider de ceci et se mettre d'accord. Tout le monde devrait alors partager le même point de départ, les mêmes objectifs, le même point de vue. Pour l'instant, le cas06 avoue ne pas connaître le point de départ du gouvernement.

*« I mean if you want to change the overlying principle, that's another matter. Like if you want to change it all and it's not the patient, that truly this physician doesn't have the responsibility of the patient, it is the community at large, well ok, but where is the responsibility of the physician? We have to decide that, agree on it, and yes, I want to know the cost, but I think we need to have the same starting point, but I don't know what the starting point is of the Government. »*

Enfin, le cas06 termine sa pensée sur ce sujet en disant ne pas savoir vers où regarder ne connaissant pas ce point de départ. Le gouvernement envoie des messages ambigus. Tout le monde semble toutefois avoir des idées et des perspectives mixtes par rapport à ce sujet. Il lui semble que les gouvernements essaient souvent de s'en prendre à de petits problèmes, de s'attaquer à des genres de « bêtes noires » et de mettre en œuvre des petits projets avec l'objectif de trouver des solutions faciles. D'autre part, le cas06 est d'avis que si l'on veut vraiment changer les choses et bien, il est primordial que tous et toutes jettent un regard lucide sur leurs propres hypothèses de départ; qu'ils s'agissent des médecins, des infirmières, des gouvernements, etc. Nous savons tous ce que nous voulons pour nous-mêmes et pour le système de santé. Elle juge donc que le problème est gros; plus gros qu'elle, du reste.

*« So I don't know... and I don't know if they know. Like I think we're all kind of have mixed ideas, and mixed personalities about this. And I've heard at hearsay that... I hear that the people in Quebec City, they don't want to have more doctors, because more doctors are more expensive, because for every family doctor we'd use so many more consultants and so many more prescriptions and yes, ok... I guess that's true but is that a good thing or a bad thing? I don't know, like I don't know where we're looking at, because of the starting point. I find governments often try to make the easy solution, pick at little things, they have little pet peeves, little pet projects, but if you're really wanting to change something we have to take a hard look at our assumptions; all of us; doctors and nurses and governments and... we all have our personal... what we want for ourselves as well as for the system at large, so it's a bigger problem than me. (...) I mean people are just trying to make a living at the end of the day, too. Some of us have ideals, some of us don't, sometimes I have bigger ideals than others. I don't know what it'll be like in 20 years, like I don't know if I'll be completely (inaudible) and just want go get home to my family. I don't know what I'll be. So we're just trying to get by, for the most part; patients and doctors, and nurses, and... powers that be in Québec City, probably pretty good people just trying to do our thing, but we all see the*

*problem from different sides and none of us have time to actually meet and sit down and talk about it, and people get so territorial and are very sensitive about their salaries too and nobody wants to give an inch, and if you do you're considered weak and... »*

L'indication médicale est aussi un des critères d'influence important sur la prise de décision clinique. L'important c'est de savoir si ça va aider le patient. Le critère de la pertinence du service s'applique autant aux médicaments et autres technologies qu'aux examens diagnostiques et requêtes de services professionnelles. De plus, elle dit faire face à un questionnement entre le bien fondé de l'utilisation des informations issues d'examens diagnostiques ou de requêtes professionnelles sur la prise en charge clinique des patients et ce, indépendamment des coûts engendrés par les services.

*« But so if I think a patient has a particular thing, and I want to confirm it, and I'm trying to decide between one test and another test... the woman that I was wondering about... I'll order the MRI if my question involves a demyelinating lesion like if that question is only answered satisfactorily by an MRI. If a demyelinating lesion is not on my differential and the question is is it a mass? I'll order the CT. I know it's cheaper and it'll answer my question just as well, so I'll order that cheaper test. But I'm not going to order a skull X-Ray to answer the same question just because it's cheap, because it won't answer my question. So I try to formulate my question as precisely as possible, so that I can choose whatever test will answer it the best. And if it's the expensive test, so be it. But I'm not going to order an MRI brain on everybody who I want to do an imaging on if I think it could be answered by a less expensive test like a CT. ... But it's also when I refer to a specialist, I try not to just refer just because I don't know. I try to have a very precise question that I'm asking the specialist, that they can answer back. Like I don't just want to send them some... just anything, because I'm uncomfortable, like I try to have at least formulated it in my mind so that you know, I get the best answer back. »*

Le même raisonnement s'applique pour les médicaments.

*« The same thing for medications. If my patient with hypertension has diabetes, we're taught, evidence-based, for what the evidence is worth, ACE inhibitor and angiotensin receptor blocker first, that's more expensive than hydrochlorothiazide but you're prescribing it not just for lowering blood pressure but also to protect the kidneys so I will prescribe the more expensive medication if there's a reason, but I actually will not start an ACE inhibitor or an ARB if the patient does not have diabetes or heart disease, so there's no specific reason why I'd be prescribing an ACE or an ARB. I actually tend to prescribe what I know is less expensive. So I try to tailor my prescribing as well as my tests that I order as precisely as possible. »*

Le cas06 semble avoir intériorisé, du moins d'une certaine façon, les contraintes budgétaires du système de santé. En premier lieu, elle avoue éprouver le plus de difficultés à trouver une balance entre les deux responsabilités dans les situations où elle n'est pas certaine du besoin du patient pour un service de santé et donc, de la dépense des ressources. C'est dans ses situations où



elle affirme penser le plus aux coûts. Elle croit d'ailleurs que ceci découle en grande partie de sa responsabilité face à la société. Bien qu'elle avoue ne pas connaître de façon précise le coût des services (tests sanguins, imagerie médicale, médicaments, etc.), le cas06 dit prendre en considération les coûts, particulièrement pour les services dispendieux tels que certains examens diagnostiques. Celle-ci fait alors face à un questionnement concernant le besoin du patient, la prise en charge clinique des patients et les coûts engendrés par le service. À titre d'exemple, celle-ci dit parfois refuser d'acquiescer à la demande des patients d'accès à des services, voire même d'avoir parfois à discuter avec les patients afin d'expliquer la non nécessité des services demandés. Elle avoue cependant ne pas porter une aussi grande attention aux services peu coûteux, tels que les tests sanguins et les rayons X.

*« I'm trying to think of one I've been in conflict. I guess I'm finding myself balance between the two the most when I'm not sure how much the patient needs the test, and therefore the expense. And that's where I actually think about the cost the most. And then you go through this complicated... how likely is it that they have a serious illness, how likely is it that that would be found on this test, how likely will the result you get from the test actually change your management. I do ask that question a lot. I don't think I order tests (inaudible) and I'm sure a lot of the reason is the cost and the responsibility to society; I'm sure. So I always ask myself the question, for an expensive test, what answer will it give me and will it change my practice. I saw a patient with acute back pain yesterday, and they wanted an MRI and they've been told that maybe they should have one. And my argument to them was well if you want it, just answer the question, do you have a herniated disk; maybe, but I'm not sure it will change my management of you in a short term, so I'm not sure there's a reason to order this test at this time. If it were an X-Ray, I wouldn't... it costs I don't know how much, 10\$, whatever. And I spent the time to maybe convince them that they didn't necessarily... not convince them, but challenge the necessity of this test if it were cheap, versus if it was expensive. I don't think I'd go through that same angst when I'm ordering blood tests so much, even though I know... maybe I'll order a liver enzymes. When do I really need to know the liver enzymes? We tend to order them often. Because you never know what you're going to find in an ordinary patient, maybe I'll order a drug down the road and it's metabolized with the liver, I'll need to know what the liver enzymes are... So I don't go through the same angst if it's inexpensive, but if it's expensive I do. »*

En deuxième lieu, le cas06 est consciente des coûts importants à la société de certains services de santé. Au cours de sa formation en médecine spécialisée, elle dit s'être questionnée sur le bien fondé de l'utilisation des informations issues de certains examens diagnostiques coûteux sur la prise en charge clinique des patients et ce, dans un contexte de rareté des ressources.

*« I was in a field where I was ordering very expensive things, so diagnostic tests which were thousands\$, that I was having trouble justifying the cost for what the benefit was to the patient as well as to the society at large. So some tests that had to be sent to Germany for example, because that's the only place where they did this test and the Québec Government was actually quite generous in paying for these tests to be done and if I stopped and asked myself the question what knowing, confirming this diagnosis, would it*

*truly make a difference to the clinical care applied to this patient, would it truly make a difference to that patient, not just knowing but would it make a difference either in terms of their (...) decisions or in terms of their management. And often, after doing that analysis in my head, the answer is: no. I really didn't think or just... for the sake of knowing, so that was probably one of many factors that disillusioned me from that field. In general, I was having trouble justifying the expense for what the benefit was to patients in the context that resources are not... available. And I was taking things... but I mean that argument goes far and deep. »*

Enfin, le cas06 se dit pas inconfortable de prendre en considération les coûts en autant que la prise de décision clinique demeure centrée sur le patient. Elle parle alors de mettre en relation le bénéfice attendu pour le patient et les coûts suite à l'utilisation d'un service de santé. Dans les situations où les bénéfices attendus sont minimes et les coûts élevés, le cas06 se doit d'informer le patient qu'elle juge que l'utilisation du service ne serait pas dans le meilleur intérêt de ce dernier. Mais il en revient au patient de faire la balance des choses et d'accepter ou non la recommandation du cas06. Celle-ci se dit plutôt inconfortable de dire à un patient qu'elle ne désire pas lui donner accès à un service puisque celui-ci est trop dispendieux.

*« I'm not uncomfortable if it's still patient-centered. Like if it's still about the patient. So if it's for the benefit of the patient, I think that's what we're here for, and if the cost to the patient is in that global sense what you described : better, cheaper, less costly for an option than the other, I don't see why I would be uncomfortable with that. I am uncomfortable telling the patient in simple terms « well that's a very expensive test », I don't know if I'd want to do that, like that's offensive to patients and I'm not sure how comfortable I am with that, so I don't phrase things that way but I do phrase things in terms of what benefit will the patient have for this test, and if the benefit is poor and the cost is high it's not in the patient's best – I don't think it's in the patient's best interest to have this test « what do you think, patient? » and let them kind of do the balance. But you get a very bad reaction from patients if you say « well, it's a very expensive test ». So I'm not sure we should do that and they don't take kindly to that; you have to finesse... »*

Ce passage est très intéressant! Il donne un bel exemple de la relation possible entre la responsabilité du médecin face à son patient (disposition propre au professionnalisme médical) et la place de l'évaluation économique dans le processus décisionnel. Il y aurait la possibilité de prendre en compte les considérations d'ordre économique (informations issues d'évaluations économiques, coûts ou autres concepts en économie) dans la pratique clinique tant et aussi longtemps que l'objectif principal demeure le bénéfice du patient et non le bénéfice de la société. Les coûts seraient mis en relation avec les résultats escomptés pour le patient en face du médecin de famille, au moment de la décision. Ce passage pourrait peut-être démontrer que l'analyse coûts-conséquences pourrait être un type d'informations utile à la pratique.

Quant aux médicaments, toutes choses étant égales, le cas06 opérerait volontiers pour l'option la moins dispendieuse, mais ajoute qu'il lui est difficile de trouver l'information quant aux coûts. Elle rapporte surtout fonder ses choix de médicaments sur son expérience et ses pratiques de prescription ou encore, sur les informations disponibles sur le site Web Up-to-Date. D'autant plus que les informations portant sur les coûts des médicaments (ou autres services) ne lui étaient pas toujours accessibles au cours de sa formation médicale. Elle a donc acquis et développé son expérience et ses pratiques de prescription sans prendre en compte de manière explicite les considérations économiques. Le cas06 pense que ces informations lui auraient été utiles et auraient changé ses pratiques.

*« For drugs... for drugs my problem is I would be happy to order the lesser expensive one. I just find it difficult to find out the relative costs. There's that website on the RAMQ site that can provide that information, but one that... that website wasn't available to me when I was a resident. So while I'm actively learning these medications, there was no way for me to know how much they cost at the same time. So early in my formative years, when I was starting to prescribe things and starting my prescribing practice, I didn't always have the information of relative cost and it would have been helpful and it would have changed. Now I just order what I order, and if I happen to know how much it costs, then all things being equal, I certainly would choose the less expensive one, like the one I know is covered by the RAMQ, but I find that information not easy to obtain. Half the time when I do actually take the time out of my busy clinic to figure out how much it costs, half the time the site doesn't work, so I can't even get on to the site to find the information, so it's like forget it. I just prescribe what I would normally prescribe, or what comes up on Up to Date first. I don't always know when generics are available. (...) So my bias would always be to... all things being equal, to use the less expensive one, but I don't always have the time or the resource, quick resource to know what the cheaper one is. That time I told you I went downstairs to get the medication for that patient, I was shocked! How much Levaquin was. Seven to ten day course of Levaquin it was like... 150\$, no it was more than that! I couldn't believe it. »*

Point intéressant, elle est d'avis que les résidents en médecine devraient faire une rotation en pharmacie afin de se familiariser non seulement avec les coûts des médicaments mais encore, avec les caractéristiques physiques de ces derniers, tels que le goût et la grosseur des comprimés.

*« I think residents should actually have to rotate through the pharmacy, I think we should know what the pills look like so we don't prescribe these huge medications, the ones that taste bad, the ones that are hundreds of dollars, like... I had no clue! I'm sure most other people don't either. You sort of pick up things as you are in practice longer, but I always feel bad for my patients that have to pay for my inexperience, and my ignorance. »*

Le cas06 se dit confortable à l'essai des nouveaux médicaments. Puisqu'elle ne pratique que depuis six mois (au moment de l'entrevue), elle rapporte ne pas être pleinement confortable avec beaucoup de médicaments pour le moment. Cela étant dit, celle-ci précise qu'elle est quand même sceptique face aux nouveaux médicaments puisque, seulement depuis le début des années 2000, elle

a été témoin de plusieurs médicaments et guides de pratique clinique être « la saveur du jour » pour finalement ne plus l'être après un certain temps.

*« I think I'm sceptical about new things mainly because even in my – I don't know if it's short or long experience – because I graduated from medical school in 2000, so you could say in a way I've been in practice for 8 years, but in a way I've only been in practice for 6 months. But I've seen so many medications as well as clinical guidelines come and go out of favour, and so I... I have a fairly sceptical attitude towards the new great discovery. »*

Le cas06 va prendre en considération les informations disponibles sur les médicaments dans ses lectures afin d'approfondir ses connaissances. Cependant, elle ajoute que l'apport de la contribution novatrice des nouveaux médicaments joue aussi sur sa décision de les adopter plus rapidement. Cependant, elle avoue que l'intensité de la pratique médicale fait en sorte qu'elle n'a pas toujours le temps de s'informer sur les nouveaux médicaments. Elle aura donc tendance à utiliser les médicaments avec lesquels elle a pu se familiariser au cours de sa formation médicale ou qu'elle a prescrit dans le passé. Enfin, toutes choses étant égales, celle-ci continue d'utiliser les médicaments plus âgés qui sont bien connus, utiles et moins dispendieux.

*« If I... for whatever reason read about a particular medication and I think it's a good idea for my particular patient for whatever reason, I'll prescribe, I'll try it. Whether it's new or whether it's old. But I certainly am not someone who thinks just because it's new it's necessarily better, so if there's something about that medication that is supposedly going to help my particular patient for whatever reason more than what's out there already, I might try it. But on the other hand, I must say in my (...) practice, it is true that things are fast, and so I have to make my judgement, so what I want to use to treat it quickly, so if I actually have to look into a new medication because I've literally never prescribed it before, and barely even remember the name of it, then I might be more inclined to fall back on something that I learned about in medical school or prescribed before. But I must say in hypertension in an elderly person, I would start the hydrochlorothiazide before I'd start an... ARBs are more expensive, ARBs... unless they have diabetes or some particular reason to start an ACE or an ARB, but if it's just simple blood pressure lowering in an elderly patient who's overall low risk, then why would I start a new or a more expensive drug, so I don't... I'd start with the cheaper more experienced drug all other things being equal. »*

Elle se dit heureuse de prescrire des médicaments génériques mais avoue ne pas toujours savoir quels médicaments sont génériques et lesquels ne le sont pas..

*« I'm happy to prescribe a generic if I knew which ones are generic. I don't always know that. »*

Selon le cas06, la problématique de la répartition des ressources de santé est vaste et ne se limite pas uniquement à la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des services ou encore, à la rémunération des médecins. C'est à tous les niveaux du système de santé. Elle se dit troublée par le

peu de ressources consacrées à la prévention en comparaison aux ressources importantes consacrées aux soins de fin de vie ainsi qu'aux soins intensifs pour des individus qui vont quand même mourir.

*« Putting so many resources into end of life care and ICUs, for people who will die anyway, versus putting... I struggle with that; I struggle with why aren't more resources being put in prevention, and they are into very specialized treatment that shows very minimal benefit; benefit, but minimal. Whereas maybe you can have maximum benefit if you put those resources into prevention. »*

Il semble que la société soit de plus en plus empreinte d'une culture axée sur les connaissances spécialisées, l'expertise et les technologies (incluant les médicaments). Le cas06 est d'ailleurs d'opinion que le système de santé est très axé sur les technologies et dépendant de celles-ci. Cependant, les meilleurs moyens pour vivre longtemps et en santé sont souvent moins spectaculaires et reviennent, entre autres, à l'abandon du tabagisme, l'exercice, l'usage de la crème solaire et le port de la ceinture de sécurité. Selon elle, les résultats de santé pourraient être meilleurs. Malheureusement, elle ajoute en riant qu'elle n'a aucune solution à proposer, à part peut-être tout mettre au rebus et recommencer à neuf, mais encore...

*« And our system is so technology driven now, and dependent now, but really in the end, best health is maintained by stopping smoking, and exercising, and wearing sunscreen and wearing your seatbelt. Like it's still what your mother told you. That's how you live long and well. So I... and there's no money for those things or very little, so I think the whole structure is en l'air and to start now to pick at the MRI or the CT I think... although those are valid things to pick at, I think it's our entire system that is inversed and is problematic, and I think there will be a lot of resentment if you pick at doctors' salaries or you pick at... availability of MRIs to solve us a problem that is so much bigger than that. I have no solution except to scrap it all and to start again, but... (laugh) »*

Le cas06 identifie trois principaux conflits de valeurs entre la société et le médecin de famille. Elle déplore les contraintes d'accès aux services. À titre d'exemple, elle mentionne le manque d'accès à certains services publics, tels que les services de physiothérapie et d'ergothérapie. La plupart de ses patients ne bénéficient de ces services que s'ils participent à un régime privé d'assurances. Celle-ci pense que c'est rendre un mauvais service à la population. Le cas06 précise que l'utilisation des services se devrait d'être couverte par le régime public d'assurances lorsqu'elle est indiquée sur le plan médical.

*« I mean I wish I had more access to physiotherapy and occupational therapy, most of my patients are only receiving the benefit of those if they have insurance. So I think that's disservice. That's what I said before about medically indicated tests, where I passionately think that it's indicated, I really don't think our system should require people to pay for those. But I know we're heading that way. »*

Elle ajoute cependant qu'elle n'a pas d'objection à ce que les gens paient pour des services qu'elle juge non indiquée sur le plan médical.

*« I try not to have people pay. That is my bias in terms of... I don't... if it's something I don't really think is medically particularly indicated, then I don't mind if they pay for it. But if I think something is medically indicated... »*

Néanmoins, le cas06 avoue que si elle avait un doute quant à son propre état de santé, elle préférerait avoir accès à l'examen diagnostique dans les plus brefs délais et serait même prête à défrayer les coûts du service si nécessaire. D'un autre côté, elle dit que plusieurs individus ont accès à des services simplement parce qu'ils le veulent, sans que cet accès soit nécessairement justifié sur le plan médical. Le cas06 se demande alors si, dans ce type de situations, les individus en question ne devraient pas défrayer les coûts encourus suite à l'utilisation des services. Mais l'accès au service se devrait d'être plus rapide et l'utilisation couverte par le régime public d'assurances dans les situations où le jugement clinique du médecin indique que les services sont nécessaires.

*« On the other hand, if it were me and I had a breast mass, and I knew that I could get that ultrasound if I paid for it tomorrow I'd do it. I'd probably would, because I'd just want to get the matter settled, so I guess I would want that option for myself. So if I'd want that option for myself, I'd have to allow it for other people in order to be fair, but I wish it weren't necessary. But on the other hand, there's a lot of patients who want tests done because they want tests done, and you could make a case for the imaging but I wouldn't necessarily order it myself based on my own clinical judgement, but they want it anyway, and so I almost feel that they should be the ones that would pay for it. But the ones where physicians honestly think that it must be done, I wish that it weren't necessary to tell them well, you can wait for 4 months to see if you have a brain tumour at the hospital or you could pay 1 200\$ and have it done next week. »*

Par ailleurs, le cas06 précise que les problèmes liés à l'accès aux services, tels que les temps d'attente, font en sorte qu'elle prend parfois l'initiative d'appeler elle-même (et même de se rendre en personne au cours de sa résidence) le département concerné afin d'expliquer la situation et de demander un accès rapide au service nécessaire. Celle-ci agit alors en tant que défenseur des intérêts de ses patients. Elle obtient généralement une réponse favorable et un délai d'accès raisonnable.

*« But I'm the type of person that when I'm in a situation with a patient right now and it just offends me that... rule out brain mass it can't be done within a week. But on the other hand, and this is a patient that when I'm at the clinic next, I will call, and I will advocate to have it done on the public side sooner, and in my experience so far, when I've actually called with this explicit concern, for that particular patient, I have had the test done in a reasonable amount of time. So to me, the system is still flexible enough that as a doctor, the test must be done sooner in my opinion so far, I've been able to work the system, people have been receptive to that, but I don't know if that will continue to be the case, I don't know if that's just... luck. When I was a resident, there were a few times I actually walked physically to speak face to face, even in a different building to advocate for a particular... I*

*can't do that now, I don't have time to walk to another institution to make a  
plead for a patient, but I can use the phone... »*

Ces passages sont intéressants. On pourrait dire que pour le cas06 a une conception des ressources de santé en tant que biens sociaux (« *social goods* ») lorsque leur utilisation est justifiée sur le plan médical et, de ce fait, l'utilisation de ces ressources devrait être gratuite, à la charge de la société. D'un autre côté, elle semble avoir une conception des ressources de santé en tant que biens (« *commodities* ») lorsque leur utilisation n'est pas justifiée sur le plan médical et, de ce fait, l'utilisation de ces ressources devrait être à la charge des patients. On pourrait dire que l'indication médicale (une disposition propre au professionnalisme médical) est utilisée pour juger de la pertinence et de la nécessité de l'utilisation des ressources. Alors que par la suite, les dispositions propres à la médecine sociale (ressources en tant que biens sociaux) et celles propres au côté entreprise ou affaires de la médecine (ressources en tant que biens) viennent justifier les stratégies à prendre pour décider à qui revient le paiement de l'utilisation des ressources. En fait, la question en arrière-plan serait à se demander si les individus qui perçoivent les ressources de santé comme des biens de consommation et qui désirent utiliser les ressources même lorsqu'il n'y a pas d'indication et de justification à le faire et bien, si ceux-ci ne devraient pas assumer les coûts des services. Quant aux individus qui ont vraiment besoin d'un accès plus rapide aux services de santé, elle n'hésite pas à agir en tant que défenseur de leurs intérêts (disposition propre au professionnalisme médical) lorsque les délais d'attente sont trop longs.

Le second conflit de valeurs entre la société et les médecins de famille se situe au niveau de l'utilisation des services afin de diminuer l'anxiété d'individus en santé; ce qu'elle surnomme des « *walking well* ». Selon elle, ce type d'individus utilise beaucoup les services pour des symptômes médicaux passablement banals et bénins. Celle-ci dit éprouver des problèmes lorsqu'elle fait face à un patient très inquiet pour sa santé mais pour qui elle ne s'inquiète pas. Cette situation lui amène alors le dilemme entre donner accès à ce patient à des services (tels que examen diagnostique et médecin spécialiste) ou, donner la priorité à l'accès et à l'utilisation des services aux individus ayant vraiment besoin des services. Le cas06 se dit dérangée à l'idée que des individus sont malades mais qu'ils ne reçoivent pas les services nécessaires. D'un autre côté, celle-ci mentionne que ses patients « *walking well* » sont inquiets et qu'ils sont ses patients et qu'en tant que tel, son rôle est de prendre soin de leur bien-être, incluant l'anxiété. Cela étant dit, elle discute quant même avec ses patients de la non-nécessité des services. Cependant, sa responsabilité étant face au patient, elle ne sait pas comment elle pourrait ne pas tenir compte des inquiétudes de ses patients et ne pas donner

l'accès aux services. Elle se dit néanmoins consciente des coûts à la société que cette pratique impose. Celle-ci suppose que ce sont les situations où elle se sent le pire au sujet de son obligation face à la société et au système de santé.

*« I do see a lot of "walking well", I've heard that term and I've subsequently adopted that term for people who use the system a lot for fairly benign and banal medical complaints and I do have trouble when I know a patient who I'm not that worried about, but who is very worried himself, and the dilemma between ordering a test or sending to a specialist, or using the resources for something that I really, in the priorities of things and patients that I know are sick and are not getting those tests done, it does bother me, but on the other hand, they're worried and they are my patients, and I do think part of my role, maybe I'll change my mind later, but is to try to help someone's overall wellbeing and part of that is relieving anxiety if they have... I do try to explore with these types of patients a little bit if they really think ordering this test or having the specialist see them will really relieve their anxiety or it won't, so I do have that discussion, but there's certainly a fair number of consults or tests that I order that I'm not... I'm ordering it more for them, than I am for my own clinical judgement and concern, and I am sensitive to the fact that I have charged the system money for that. But on the other hand I don't know how I couldn't if my responsibility is to the patient, like... I guess those are the situations I feel the worst about, it's my obligation to society and the system at large. But I don't know what else I'm supposed to do. I could say no, but have a very unhappy patient too, and you rely a lot on your relationship and the rapport with your patients, so sometimes I say no, or I try to negotiate, "well why don't we try this first, before we order a specialist opinion or order that expensive test." Like I try, but it's... you can't always... »*

Dans ce passage, le cas06 fait mention d'un conflit de valeurs entre sa pratique et la société. On peut voir qu'elle réalise qu'en utilisant les ressources de santé pour certains de ses patients qui n'en n'auraient pas nécessairement besoin, ces ressources ne sont pas disponibles pour ses patients malades qui eux en auraient vraiment besoin. Elle fait donc allusion ici au coût d'opportunité (concept en économie). Elle se dit sensible aux coûts à la société des utilisations non-nécessaires des ressources. On voit ici des dispositions propres à la médecine sociale. Qu'à cela ne tienne, elle utilise sa responsabilité envers le patient et l'importance de maintenir la relation médecin-patient (ressource culturelle de la pratique médicale) pour justifier l'utilisation des ressources dans ses situations. »

Le troisième conflit de valeurs entre la société et les médecins de famille se situe au niveau de l'utilisation des services dans les cliniques sans rendez-vous. Elle est d'opinion que l'utilisation des services y ait de moindre qualité. Le cas06 fait un lien entre l'existence de ce type de clinique et la pénurie de médecins de famille. En effet, elle est sous l'impression que lorsqu'elle travaillait dans une clinique sans rendez-vous ses requêtes de services (diagnostiques ou professionnelles) étaient grandement influencées par le fait qu'elle ne reverrait probablement jamais les patients. Ses



recommandations étaient alors différentes de celles qu'elle aurait faites à ses propres patients. Ceci était particulièrement vrai dans les situations où les patients du sans rendez-vous n'avaient pas un médecin de famille pour faire le suivi. Selon le cas06, l'absence de la relation médecin-patient y jouait pour beaucoup. Elle se demande par ailleurs jusqu'à quel point la qualité des requêtes de services en provenance des cliniques sans rendez-vous blase la perception qu'on les spécialistes des médecins de famille. Enfin, le cas06 souhaite que les cliniques sans rendez-vous ne soient pas autant nécessaires et mentionne le besoin d'un plus grand nombre de médecins de famille.

*« I worked in a walk-in clinic, there's time... the patients that I would never see again and know they had like a little thing on their arm, their skin and I didn't really know what it was, if they were my patients and I'd see them again, I'd say "try this cream and come back to me in 2 weeks and if it isn't gone away then, we'll order this test or then we'll refer you to the dermatologist", but if I'm never going to see this patient again, I was finding myself... I'd say "well try this, but here's a consult if it doesn't work", like order poor quality consult and poor quality tests, but because I would never see this patient again and they had no family doctor to follow up. So I found the worst medicine... the worst use of medical resources for me personally was in that context, where I had no relationship with the patient, except "try this". So I wish these walk-in clinics weren't as necessary as they are because there would be more family doctors. And I wonder if these walk-in clinics too, how much the perception from the specialists of family doctors is jaded by the consults they get from the walk-in clinics. Like I said I try to generally formulate good questions and send good quality consults, but over there they were crap, like really bad! My name was attached to those consults, like it almost offended me, what they would think of me, and just family doctors in general from sending knee pain to an orthop, this was ridiculous, but... I did not know what else to do, patients would be lost otherwise. So... So yes, I guess we need more family doctors. »*

L'impact du contexte de pénurie de médecins de famille sur l'utilisation des ressources est évident dans ce passage. Il semble y avoir un genre de cercle vicieux : comme il y a une rareté des services médicaux généraux, les individus vont consulter un médecin de famille pratiquant en clinique sans rendez-vous. Comme ce médecin de famille n'est pas le médecin traitant du patient devant lui, il n'a donc pas de relation médecin-patient. Donc, le médecin de famille du sans rendez-vous réalise que l'individu en question a peut-être un problème de santé, mais il sait qu'il ne le reverra pas. Donc souvent, il va lui donner une prescription ou une requête de services diagnostiques ou de services médicaux spécialisés au cas où la situation du patient ne s'améliorerait pas dans les jours suivants. Donc de là, une utilisation des ressources qui pourrait être évitée s'il y avait plus de médecins de famille avec une relation établie avec les patients.

## Histoire de vie du cas07

### Histoire de vie personnelle et trajectoire professionnelle<sup>20,21,22</sup>

Le cas07 est né et a grandi dans la région de Montréal. Son père est originaire de la région de Montréal, tandis que sa mère est originaire d'une des régions du nord-est du Québec. Ils ont fondé une famille de deux enfants. Les deux enfants ont une formation universitaire professionnelle dans le domaine de la santé, mais seule le cas07 est en médecine. Les parents du cas07 n'exercent pas la profession de médecin. Son père possède une formation de métier. Le cas07 mentionne que sa mère a fait des études mais ne précise pas le type de formation. Ses parents travaillent tous deux dans le domaine de l'enseignement post-secondaire.

*« My parents are still alive. My father was born in Montreal, he's lived his life in Montreal, he is a tradesman, a (...) by trade, and he went on to be a (...), a (...) and then a (...), and he teaches at (...) in (...). He's done that for ever, he's still working there. My mother was born in (...), and she came down to Montreal to do her studies, met my father here. And she works as a (...) in the (...) program, in the (...) system, different (...), but (...) program. »*

Le cas07 parle très brièvement de sa propre vie de famille. Celui-ci a fait la rencontre de sa conjointe il y a de cela quelques années lors d'une activité à leur église. Sa conjointe est originaire d'une autre province canadienne et suit présentement une formation universitaire de troisième cycle dans une des universités montréalaises (au moment de l'entrevue). Ils sont mariés depuis environ deux ans et nouveaux parents depuis quelques mois au moment de l'entrevue. Le couple fait face à de l'incertitude puisqu'il est possible que la petite famille ait à déménager dans une autre ville du Québec ou du reste du Canada lorsque la conjointe du cas07 aura terminé sa formation.

Le cas07 est impliqué socialement dans certaines activités en lien avec son église. Lorsque l'intervieweuse (en l'occurrence la chercheuse principale) lui demande quels sont ses loisirs en dehors de son travail, le cas07 mentionne d'emblée que lui et sa conjointe sortent souper à

<sup>20</sup> Le cas07 comprend, parle et lit le français, mais se dit plus à l'aise de répondre aux questions de l'entrevue en anglais. Elle a brièvement répondu en français à deux ou trois occasions, tout au plus.

<sup>21</sup> L'entrevue a eu lieu au centre de soins secondaires (deuxième ligne) dédié à un type particulier de clientèle au prise avec une problématique de santé spécifique (champ d'intérêt particulier du cas07), qui est le deuxième lieu de pratique du cas07. Il n'a donc pas été possible pour la chercheuse principale (intervieweuse) de visiter le CLSC-GMF qui est son lieu principal de pratique ainsi que la communauté où celui-ci se situe. Une visite de la communauté où se situe le CLSC-GMF fut effectuée le lendemain de la journée de l'entrevue.

<sup>22</sup> Pour les besoins du projet de recherche, seul le lieu principal de pratique du cas07 au moment de l'entrevue, ainsi que le quartier, la communauté (ville, municipalité ou arrondissement) et le territoire de RLS où se situe le lieu principal de pratique, sont décrits de façon plus ou moins détaillée.

l'occasion. Il développe davantage sa réponse par la suite en disant participer aux activités organisées par son église et prendre du temps pour la vie de famille.

*« Basically we go out and have dinner sometimes. What do I do for fun outside of work... I'm involved in church activities, I'm involved at work and in home life. That's it. »*

En outre, il se dit impliqué dans son église et y faire des présentations.

*« Last week I was speaking at our church with regards to (...) in youth, (...). »*

Le cas07 parle peu de ses relations sociales personnelles. En fait, il rapporte avoir peu de relations sociales personnelles avec des amis médecins ou non. Selon ses dires, le problème est que beaucoup de ses amis ont déménagé à l'extérieur du Québec. En outre, celui-ci affirme avoir développée quelques amitiés au cours de sa formation médicale. Ses amis se sont mariés et ont éventuellement déménagé dans la région métropolitaine de Toronto en Ontario.

*« The problem is that a lot of my friends actually have moved away. I had a few friends and they all moved to Toronto. They got married and moved to Toronto. »*

Le cas07 ne se souvient plus très bien quand lui est venue l'idée d'une carrière en médecine. Il est toutefois certain que l'idée ne s'est pas révélée à lui telle une épiphanie. En fait, l'idée d'une carrière en médecine a plutôt toujours été derrière son esprit en quelque sorte. Il a toujours eu un certain intérêt pour les champs de la médecine et des soins de santé. Le cas07 ne s'était pas vu offrir une admission en médecine à la fin de ses études collégiales. En outre, il était intéressé par la chimie et la biologie. Il a donc fait des études en baccalauréat, désirant plutôt à ce moment-là s'orienter vers une carrière en recherche fondamentale. Le cas07 est titulaire d'un baccalauréat ès sciences d'une université québécoise. Au cours de ses études, il a cependant réalisé que la recherche n'était pas vraiment son truc et qu'il voulait devenir médecin. Celui-ci a alors à nouveau présenté des demandes d'admission en médecine avec succès.

*« Honnêtement, j'ai aucune idée. J'ai aucune idée. On va changer en anglais.... I guess I've always sort of been interested in the medical field, in the healthcare field. I'm from Montreal, I'm from Quebec, I studied in high school and cegep and when I finished cegep I was interested in biology and chemistry. I applied to med school, I didn't get in and I said "now what?". So I did an undergrad in (...). And I was sort of interested in the research aspect and the (...) aspect, but it wasn't really my thing and so then I applied to med school and got into med school and I'm a doctor. I wouldn't necessarily say that I woke up one day and had an epiphany and say "oh now I'm going to be a doctor." That never really happened, it was always kind of in the back of my mind and I was thinking "yes, maybe medicine". But nothing more than that. »*

Le choix de son lieu de formation prédoctorale en médecine s'est fait, bien entendu, en fonction des offres d'admission qu'il a reçues. Le cas07 avait présenté des demandes d'admission en médecine aux facultés de médecine du Québec ainsi qu'à d'autres universités situées à l'extérieur de la province du Québec et aux États-Unis. Il s'est vu offrir une admission à l'Université McGill, qui était son premier choix.

*« Pour le doctorat... yes, I applied in Quebec... I might have applied to UdeM. I honestly don't remember. I certainly applied to other med schools in Canada and a few med schools in the States as well. »*

Le cas07 est détenteur d'un doctorat en médecine de l'Université McGill et a complété deux années de résidence en médecine familiale à la même université. Le cas07 a fait le choix de la médecine familiale pour diverses raisons. D'entrée de jeu, il prétend être le genre de personne qui apprécie avoir beaucoup de connaissances sur plusieurs choses différentes. Le cas07 désire être l'équivalent médical de l'homme à tout faire capable de puiser dans plusieurs domaines différents de la médecine et ce, tout en ne perdant pas le point de vue du patient lui-même. Du côté médical, la médecine familiale répond à ces critères. Celui-ci semble ainsi faire implicitement allusion au domaine de pratique limité de la médecine spécialisée. Du côté personnel, le cas07 apprécie le fait que ce type de pratique médicale lui offre une autonomie et une flexibilité professionnelles dans les décisions concernant, entre autres choses, ce qu'il veut faire, la structure de sa pratique ainsi que ses lieux (région, communauté, organisation) de pratique. Il peut même avoir une pratique de dépannage en région isolée ou éloignée. Tout ceci fait en sorte que la profession de médecin de famille est quelque chose d'assez amusant.

*« I am a person who likes to know a lot about a lot of different things, and who likes to be sort of... it is the medical equivalent of a handyman, to be able to tap into many different areas of medicine, while at the same time not losing perspective of the patient himself or herself. And family medicine seems to have, from a medical side, family medicine meets those criteria. From a personal side, it allows for more flexibility, it allows for... I can choose what I want to do, I can sort of structure my practice, where I want to go, because I didn't really didn't know where I wanted to go before. And from time to time... I can even go up north and do dépannage. So it's kind of fun. »*

Le cas07 parle de trois événements marquants de sa formation en médecine. En premier lieu, il rapporte qu'il n'avait aucun intérêt de devenir médecin de famille au début de ses études médicales. Il désirait d'abord devenir chirurgien mais un bref stage en chirurgie durant le cours d'introduction à la médecine clinique lui a fait réaliser que ce n'était pas son truc. Il s'était alors tourné vers la médecine interne pour laquelle il se croyait intéressé. Encore une fois, la participation

à un stage en médecine interne l'en a dissuadé. En fait, le cas07 avoue avoir considéré plusieurs spécialités à tour de rôle, si l'on veut, mais en ignorant toujours la médecine familiale. Ceci jusqu'au jour où il a participé à un stage en médecine familiale où là il s'est senti confortable. Tout à coup, tout lui semblait être à la bonne place, que ce soit l'interaction entre le médecin de famille et l'étudiant en médecine, le sentiment d'être à l'aise avec les patients ainsi que les environnements d'apprentissage, de travail et de style de vie. La médecine familiale lui semblait un choix de carrière intéressant pour la première fois.

*« So in med school, I started off in med school saying I want to be a surgeon. I don't know if I want to do anything else, but I don't want to be a family doctor. So I started, sort of did a small brief part of the ICM program in surgery and I said it's not really my thing, it's not really talking to me. And internal medicine really interests me, so I'll do internal medicine. Or I don't know maybe obstetrics, gynaecology, maybe paediatrics but... not family medicine, I won't do family medicine. So I did internal medicine. And I did internal medicine rotation, and I said... no, internal medicine is not my thing, so I was scratching my head and had no idea of what I'm going to go into. And I'd done my psychiatry rotation, and I personally said "I'm definitely not going into psychiatry." And it's funny because the other people who were in the rotation with me are like "(...) you're actually... this is like your thing, like... this is your area here." I said "no, it's not me." And then I did my family medicine rotation, I found that there was a good contact with the physicians that I was working with, there was a good doctor/student interaction, I felt comfortable dealing with the patients, I felt that the learning environment, that the working environment, that the lifestyle environment, that everything... it was like all of a sudden everything just sort of clicked into place and I said "wow, family medicine, ok, it is not as bad as I thought, in fact, it's actually really good." »*

Le cas07 poursuit ses propos en racontant que plus tard au cours de sa formation prédoctorale, il avait fait un stage en oto-rhino-laryngologie qu'il avait apprécié au point tel que ceci avait semé le doute et l'hésitation dans son choix de programme de formation postdoctorale. Selon ses dires, il s'agissait d'un pile ou face entre le programme de résidence en médecine familiale et le programme de résidence en oto-rhino-laryngologie. Un commentaire fait au pied levé par un médecin résident en oto-rhino-laryngologie a éventuellement fait toute la différence. Le cas07 raconte un événement survenu au cours de son stage en oto-rhino-laryngologie où il avait admis une patiente pour une chirurgie oro-faciale. Celui-ci avait pris note d'un ulcère important à la jambe lors de l'examen de la patiente. Le médecin résident lui avait alors clairement montré son peu d'intérêt pour tout ce qui est extérieur à l'oto-rhino-laryngologie. Il ne voulait tout simplement pas entendre parler de l'ulcère à la jambe de la patiente. Le cas07 se dit conscient qu'il ne s'agit que d'un cas, mais il était inconfortable à l'idée que l'oto-rhino-laryngologie est un domaine sur-spécialisé de soins médicaux et qu'il ne faut prendre en considération qu'un certain type particulier de problèmes de santé et ce, jusqu'à parfois perdre la trace, le point de vue du patient. Encore une fois, il semble ici faire

implicitement allusion au domaine de pratique limité de la médecine spécialisée. Ainsi donc, tout ceci explique ce qui a fait que le cas07 a préféré choisir la profession de médecin de famille.

*« And later on I did a rotation in ears nose throat and I said "maybe I want to do ENT", so it was a toss up between family medicine and ENT. And this was just an off the cuff comment that an ENT resident made to me, so I've admitted this patient in ENT for some oral-facial surgery, and I'm doing the case presentation to the resident, and I made some comment that this patient had an ulcer on her leg. He stops me and says "no, we are ears, nose, throat; a leg is far away from the ears, nose, throat; I don't want to hear about that! Just talk to me about ears, nose, throat." So I said "ok." So I went on and finished the history of the ENT and whatever and the patient got admitted and all that, so it was funny because about 4 days later, the patient's in the hospital now, I don't know if the patient was still pre-op or post-op, but the nurse came to me and the resident, fortunately to the resident who I was presenting to, and she says "you've got this patient and she's got this awful ulcer on her leg!" To which I said "yes, I spoke to the resident about it." And the resident sheepishly kind of said "euh... consult internal... or something, we're ENT, whatever." And I thought woe... come on you're supposed to treat the patient, you admitted the patient, you're expected to know everything about the patient, and... that sort of put a sour taste in my mouth, that ENT was a very... and I grant it this was one person, but the idea that this was a very super-specialized area and that we would only deal with these particular problems, and to the extent that sometimes you lose track of the actual patient. And I think that that was sort of one of the minus points between ENT and family medicine. And so those are sort of the events that stand out in my mind. »*

Enfin, parmi les événements marquants de sa formation postdoctorale, le cas07 fait mention de sa participation à un stage de quatre semaines en région isolée qui a eu lieu dans une communauté du Grand Nord du Québec. Il avait beaucoup apprécié cette expérience. Celui-ci croit d'ailleurs que cette expérience formatrice positive l'a fort probablement encouragée à développer une pratique de dépannage dès le début de sa pratique médicale.

*« And the other thing was, again when I went up, I did one month in (...) as part of the residency program, and I really liked it and that probably also encouraged me to... it was another pushing force to say hey let's do some dépannage up north later on at the end of my training. »*

Cela dit, le cas07 se souvient d'un moment décisif, d'un moment déterminant de sa formation médicale. Il relate une expérience académique survenue au courant de la première semaine de ses études en médecine. Il a réalisé quelques années plus tard que cette expérience représente un moment déterminant de sa formation. Un professeur avait dit aux étudiants qu'ils avaient choisi la médecine parce qu'ils étaient tous des « voyeurs ». Ils étaient tous de nature curieuse, désirant tout voir et tout connaître du patient, que ce soit à l'intérieur ou sur son corps, que ce soit les contextes personnel, social ou familiale. Le cas07 sait maintenant comment les

commentaires du professeur étaient vrais de bien des façons. Il réalise pleinement l'importance de la curiosité dans la pratique de la médecine.

*« The very first small group in med school I was in, if there was any defining moment, this was a defining moment. I didn't know it was a defining moment until like years later. It was either in the first day or at least within the first week of med school. I'm sitting in this small group and our prof is like nutty as a fruit cake. And he says "you're all here because you're all voyeurs." (rire) So I was looking around... saying what? Am I in the wrong group? Well, ok... He said "you're all curious, you all want to see, you are curious. You want to dig, you want to see what's inside the patient. You want to see physically what's underneath the clothes, what's inside the brain, what's inside the body, what's under the skin. You want to dig deeper, you want to know what's in their family, in their society, in their life, and you have to be able to dig." And it was a very jarring statement to be made. And it came to me many years later...yes actually, in many ways. »*

Le cas07 pratique la médecine familiale principalement en CLSC-GMF depuis plus de quatre ans au moment de l'entrevue. Il détient la certification en médecine familiale du CMFC. Le CSSS (et de ce fait le CLSC) est désigné centre affilié universitaire, ce qui lui confère une mission complémentaire d'enseignement et de recherche. Le CLSC-GMF est donc affilié au département de médecine familiale d'une université en tant qu'unité d'enseignement et de formation. Le cas07 est lui-même affilié à une université en tant que chargé d'enseignement clinique (« *lecturer* ») au département de médecine familiale. Il pratique aussi la médecine dans un domaine médical particulier (champ d'intérêt) dans un centre de soins secondaires (deuxième ligne) dédié à un type de clientèle au prise avec une problématique de santé spécifique. Le centre est désigné institut universitaire, ce qui lui confère une mission complémentaire d'enseignement et de recherche. Ce champ d'intérêt particulier occupe d'ailleurs une place très importante dans la pratique du cas07 depuis le tout début de sa carrière. Bien que ce dernier avoue qu'il n'avait aucune connaissance dans ce domaine à la fin de sa formation, il a lu, suivi des formations et participé à des conférences afin d'acquérir des connaissances. Celui-ci est maintenant un médecin examinateur certifié auprès d'organismes œuvrant dans ce domaine médical particulier. Le cas07 détient la certification du (...) *Certification Council* ainsi que la certification de l'*American Society of* (...) (certifications spécifiques à son champ d'intérêt particulier). Il est également membre de la *Canadian Society of* (...) (société médicale canadienne spécifique à son champ d'intérêt particulier).

*« J'ai commencé ici in May, I met the physician who was working here, he's on vacation now, I met the physician who was here, he said "(...), this is a good handbook, buy it, read it, understand it, learn it because it's the basis of what you're going to be doing here when you start off." I said "ok". He said "don't worry, when you show up, you'll be shadowing me and it'll be all cool." So I show up on August 1<sup>st</sup>, first day, starting to work and it'll great, where's Dr (...)? Ah he's on vacation for a month, you're now the new physician here. And*

*that was my training. Donc c'est commencé assez rock n' roll. Mais depuis ce temps, j'ai fait des formations, I went to see some conferences, Canadian Society of (...), American Society of (...) conferences. I'm certified in (...). I'm a medical review officer in (...) and I'm in the process of becoming certified in the Canadian Society of (...). So even when I started off, I didn't have any, I had zero training, I'm building up my training as I'm moving along. »*

Le cas07 pratique également la médecine familiale dans une clinique médicale privée de groupe multidisciplinaire. Enfin, il a une pratique de dépannage en médecine familiale. Il lui arrive de faire de l'hospitalisation à l'occasion, mais uniquement lorsque qu'il fait du dépannage en région isolée. Celui-ci apprécie d'ailleurs faire de l'hospitalisation en région isolée.

*« Sometimes when I'm on either (...) or (...), I either do clinic work or I do hospitalization work. I tend to like the hospitalization work up there. »*

La famille a exercé une influence déterminante sur le choix de la région de pratique du cas07. En fait, son enracinement familial et régional y joue pour beaucoup.

*« It's my home, it's where I'm from. I know Montreal. »*

Plusieurs choses ont exercé une influence sur les choix des communautés et des organisations de pratique du cas07. D'entrée de jeu, il laisse entendre que le mode de rémunération a joué sur ses choix au début de sa pratique médicale. En effet, il préférerait ne pas travailler dans une organisation où le mode de rémunération à l'acte domine puisqu'il avait plutôt un rythme lent de pratique.

*« So as I was finishing my residency, I said "I have no idea where I want to practice. I understand that if I practice on a by-act basis that I'm going to have to practice very fast and I know I'm a slow physician, so I'm going to get in trouble here. »*

Le programme de résidence en médecine familiale a, quant à lui, exercé une influence déterminante sur le choix de la principale organisation de pratique du cas07 et du coup, le choix de la communauté de pratique. En effet, ce dernier a choisi de pratiquer à la même organisation (et donc dans la même communauté) où il a suivi sa résidence, soit le CLSC-GMF où elle pratique actuellement. Le support de collègues médecins de famille qui le connaissent bien et un environnement favorisant les possibilités d'apprentissage sont les deux facteurs ayant également exercé une influence particulière sur le choix de l'organisation principale de pratique clinique.

*« And it would be really nice to practice in a place where I can actually have access to other physicians who know me, who can maybe support me in an environment that can help me learn as well." So I did my residency in the CLSC (...) and they liked me and I liked them, so I said "hey why don't I keep working at the CLSC (...)." So that's sort of my home base, CLSC (...). »*



Les mesures de répartition des effectifs médicaux du gouvernement du Québec, telles que les AMP, ont exercé une influence déterminante sur le choix de la deuxième communauté et organisation de pratique du cas07. Sa pratique de dépannage est considérée pour le cumul des AMP mais elle n'est pas suffisante. Le cas07 avait donc trouvé une petite annonce dans la revue Actualité Médicale informant les lecteurs d'une ouverture de poste au centre de soins secondaires dédié à un type particulier de clientèle au prise avec une problématique de santé spécifique où il pratique actuellement. Celui-ci avoue que, bien qu'il ne connaissait pas le centre en question à cette époque, il avait quand même soumis sa candidature puisque des AMP étaient disponibles.

*« At the same time the government was passing rules that I had to work in an underserved... les AMP, and so I was scratching my head saying how am I going to get my AMPs so well maybe I can do dépannage, but that's a lot of dépannage I'm going to have to do to make up all my AMPs. And there was an ad that I just happened to fall upon in L'Actualité Médicale for le (...), that was looking for a physician. I knew nothing about the center I didn't even know where it was and I said well... but they said AMPs available, so I sent in my application. »*

Le cas07 a également débuté sa pratique médicale dans un CHSLD (« nursing home ») et y a travaillé pendant ses deux premières années de pratique. Le réseau social a exercé une influence sur le choix de cette troisième communauté et organisation de pratique du cas07. Un ami qu'il fréquentait à son église l'avait mis en contact avec un individu qui était à la recherche d'un médecin de famille pour un CHSLD.

*« And at the same time I had a friend from the church that I go to, who said that he had a contact who was looking for a doctor to work in a nursing home. So I said "well, old people, (...), (...), sure what the hell," so I started working in the nursing home for a little while, and that was sort of how I started off. For about 2 years I was working in these 3 places. »*

Enfin, le cas07 a éventuellement jugé qu'il avait acquis une expérience clinique et un rythme de pratique suffisants pour aller pratiquer dans une clinique médicale privée de groupe. Cependant, il trouvait difficile de partager sa charge de travail entre quatre organisations de pratique. C'est ce qui explique qu'il ait arrêté de pratiquer au CHSLD après deux ans.

*« And then I kind of said "well, I'm driving myself nuts working in these 3 places", I was starting working in a 4<sup>th</sup> place on (...) Clinic, it's fee for service base, so I'm working faster now that I have more experience and I can't handle working in four places, you know, this is overload, so I ended up dropping the nursing home and then I started working here at (...) more, and (...) and CLSC. »*

En terminant, il est important de souligner certains traits de personnalité que le cas07 mentionne explicitement au cours de l'entrevue. Celui-ci confie être de nature curieuse. Il s'intéresse à pour tout ce qui existe dans le monde

*« I'm curious, I just want to know what's out there in the world. »*

Il est le genre d'individu qui apprécie avoir beaucoup de connaissances sur plusieurs choses différentes.

*« I am a person who likes to know a lot about a lot of different things, (...). »*

Il semble être une personne très religieuse. Il semble qu'une bonne partie de ses activités de loisirs soient en lien avec son église. Il y a même fait la rencontre de sa conjointe. Il fait d'ailleurs mention de son église à quatre reprises au cours de l'entrevue.

*« I'm involved in church activities, (...). »*

De façon tout à fait intéressante, même si le cas07 ne démontre aucun intérêt particulier pour l'argent (c'est-à-dire ses propres intérêts financiers quant à la rémunération ou autre), il s'avère être probablement conservateur, voire peut-être même économe avec sa propre argent. Le cas07 avoue que c'est dans sa nature de toujours faire le poids et le contrepoids (« *checks and balances* »). Cette manière de penser et d'agir (un genre de calcul mental) découle en grande partie de ses parents. Tout en riant, il cite en exemple l'achat à rabais de papiers hygiéniques en rouleaux en grandes quantités par chacun des membres de la famille. Le cas07 ferait donc attention à ses dépenses et à toujours en avoir pour son argent (ne pas trop utiliser d'argent pour la même qualité, etc.) mais tout ceci sans avoir des aspirations à devenir riche. Par exemple, au moment de son choix de spécialisation, il s'avérait important pour lui d'aimer et d'être bien dans sa profession même s'il était pleinement conscient qu'il gagnerait presque trois fois plus d'argent en étant un médecin spécialiste.

*« It's always the checks and balances. So my parents were. When you stand in line at Steinberg's and the 4 of you are standing in line because there was maximum 4 per customer, and all 4 of you are standing there because you're all holding 4 rolls of toilet paper, you learn, ok, mental calculus. You do your things. (rire) »*

## **Pratique professionnelle actuelle**

Le cas07 pratique maintenant dans trois types d'organisation. Son lieu principal de pratique est un CLSC-GMF à vocation universitaire où il y travaille l'équivalent de deux jours par semaine, soit

à raison de quatre demi-journées. Il fait habituellement deux demi-journées de clinique avec rendez-vous et une demi-journée de clinique sans rendez-vous. Son poste de chargé d'enseignement clinique l'amène à consacrer une demi-journée pour des activités d'enseignement (supervision) auprès d'étudiants en médecine et de résidents en médecine familiale.

*« C'est 2 jours de travail. (...) In general, what I do is I do mostly... maybe one half-day sans rendez-vous, one half-day supervision, 2 half-days of clinic. That's sort of my average schedule. »*

Le cas07 travaille également à raison de jours par semaine dans un centre de soins de deuxième ligne à vocation universitaire et dédié au domaine médical de son champ d'intérêt particulier. Seuls des médecins omnipraticiens travaillent à ce centre; trois médecins y offrent des services cliniques à temps partiel (au moment de l'entrevue). Le centre offre des services internes d'hébergement et externes à un type particulier de clientèle au prise avec une problématique de santé spécifique.

*« Nous sommes un centre de 2<sup>e</sup> ligne. Nous sommes un des seuls centres de 2<sup>e</sup> ligne qui travaille avec les omnipraticiens. »*

Enfin, le cas07 pratique dans une clinique médicale privée de groupe multidisciplinaire à raison d'un jour par semaine où il offre uniquement des services cliniques avec rendez-vous. Il précise y être médecin locataire. Il paie un loyer mensuel pour soutenir les frais de bureau.

*« C'est un loyer fixe. So I pay my rent and then I can start working there. »*

Selon lui, près d'une quinzaine de médecins omnipraticiens et spécialistes travaillent à la clinique médicale, dont peut-être seulement trois ou quatre médecins omnipraticiens. Un psychologue a un bureau dans la clinique. La clinique est située sur le même territoire de RSL que le CLSC-GMF. Qui plus est, le cas07 fait occasionnellement du dépannage en région isolée ou éloignée d'une durée d'une semaine, à raison de trois à quatre fois par année.

Le paiement à l'acte, le paiement à tarif horaire (c'est-à-dire à salaire) et le forfait sont les trois modes de rémunération du cas07. Il est à tarif horaire au CLSC-GMF ainsi qu'au centre de soins secondaires, tandis qu'il reçoit un paiement à l'acte lorsqu'il pratique à la clinique médicale multidisciplinaire. Celui-ci précise qu'il reçoit un montant forfaitaire de 1000 \$ par jour (per diem) lorsqu'il fait du dépannage.

Le cas07 aborde ses responsabilités face à ses organisations et à leur équipe. Il parle de la pratique d'équipe au CLSC-GMF pour le partage de la supervision, des gardes et de la couverture des heures défavorables. Il fait allusion à ses responsabilités d'offrir des services cliniques avec

rendez-vous et des services cliniques sans rendez-vous ainsi que de participer à des activités de supervision. Il participe également à diverses réunions telles que, par exemple, des réunions de formation. Bien entendu, il a aussi des responsabilités face à son université d'affiliation. Ses activités cliniques au cours de ses demi-journées de travail vont selon les besoins de l'organisation. Le cas07 confie qu'il n'a pas de préférence entre faire ces trois types d'activités puisqu'il les apprécie toutes, qu'elles lui demandent le même effort et qu'il est payé le même salaire.

*« Le cadre de travail au CLSC est divisé en demi-journées, donc c'est 4 demi-journées, qui comprennent ou bien les cliniques rendez-vous, les cliniques sans rendez-vous, ou la supervision. Il y a certains médecins qui sont très... very specific and say "I want to do it here and not like that." I really don't care because I like it all and I'll do it all and I get paid the same and it's the same effort for me, so if the CLSC needs a supervisor Wednesday morning, hey, I'll supervise Wednesday morning. (...) But is sort of moves around a little bit depending on the needs of the CLSC. »*

En plus, celui-ci fait implicitement allusion à ses responsabilités de faire du sans rendez-vous en soirée ou en fin de semaine suivant la mission du CLSC-GMF.

*« And sometimes I work evenings and sometimes I work weekends. »*

Bien entendu, il a aussi des responsabilités face à son université d'affiliation. Il a des responsabilités d'enseignement en petits groupes pour une formation portant sur un sujet particulier ainsi que des responsabilités de supervision auprès d'étudiants en médecine et de résidents en médecine familiale suivant son affiliation universitaire. Qui plus est, il offre également une mini-formation dans le domaine médical spécifique à son champ d'intérêt particulier. En effet, le cas07 reçoit en supervision pendant une journée des étudiants en médecine en provenance de diverses organisations de formation clinique affiliées à son université d'attache. Ceux-ci viennent le voir pratiquer pendant une journée au centre de soins secondaires dédié à un type de clientèle au prise avec une problématique de santé spécifique. Il y a même la possibilité qu'il reçoive éventuellement des étudiants en médecine d'une autre université, mais ce n'est toujours pas certain.

*« Sauf que quand j'ai commencé ici, j'ai dit "c'est drôle que... c'est dommage que je n'aie pas eu de formation en (...)." Et il y a des étudiants au CLSC (...), il n'y a pas assez de superviseurs et on a besoin de donner un peu plus de formation. J'ai dit "écoute, je vais prendre les étudiants pour un jour dans leur 4 semaines et on va faire un jour ici à (...), comme ça ils auront une mini-formation sur c'est quoi la (...)." Et depuis ce temps, j'ai reçu d'autres étudiants des autres (...), du CLSC (...), de la clinique (...), et nous sommes aussi maintenant branchés à l'Université (...), on n'a pas encore reçu les étudiants de l'Université (...), mais c'est quelque chose que dans les prochains quelques mois, est-ce que ça va se développer, peut-être, on n'est pas sûrs. »*

On peut voir dans ces trois passages que le cas07 semble faire allusion à des responsabilités face à son lieu principal de pratique, soit le CLSC-GMF, suivant ses missions GMF et universitaire, ainsi

qu'à des responsabilités face à son université d'attache. Il pourrait peut-être s'agir d'une adhésion, à proprement parler, à la mission et aux valeurs de ces organisations. Cela dit, il n'est quand même pas clair s'il ne fait pas plutôt davantage allusion à des responsabilités face à l'équipe médicale du CLSC-GMF pour le partage des tâches cliniques et de supervision. Si c'est le cas, cet intérêt ou cette obligation serait davantage situé au niveau des relations sociales professionnelles.

Le CSSS (et de ce fait le CLSC) est désigné centre affilié universitaire, ce qui lui confère une mission complémentaire d'enseignement et de recherche. Le CLSC est affilié au département de médecine familiale d'une université en tant qu'unité d'enseignement et de formation. Celui-ci a été parmi les premiers CLSC à recevoir l'accréditation GMF par le MSSS. Plusieurs médecins de famille ou omnipraticiens y travaillent. Le CLSC offre des services cliniques avec rendez-vous ou sans rendez-vous, de soins de maintien à domicile, en santé mentale, de santé au travail, de pratique sage-femme ainsi que plusieurs programmes de santé et de services sociaux. De plus, l'organisation offre des services infirmiers, psychosociaux, d'éducation spécialisée, de physiothérapie, d'ergothérapie, de psychothérapie, de nutrition, d'hygiène dentaire, de travailleurs communautaires et de consultation en pédopsychiatrie, pour ne nommer que ceux-ci. Elle offre également des services de santé et de services sociaux spécifiques pour certains types d'individus avec des statuts particuliers. Enfin, le CLSC a facilement recours à des interprètes professionnels; un service essentiel suivant le contexte socioculturelle du territoire. Il loge très fréquemment des demandes d'interprétariat à la Banque d'interprètes de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (disponible à tous les établissements de la région). Deux technologies sont disponibles dans les locaux de l'organisation, soit un électrocardiogramme et un spiromètre. Les médecins ont accès au dossier informatisé des patients à partir d'un poste informatique disponible dans chaque bureau de consultation médicale. Ceci leur permet un accès rapide aux résultats des examens diagnostiques, dont les résultats des analyses de laboratoire. Ils disposent également d'une connexion Internet aux bureaux de consultation médicale ainsi qu'à leur bureau personnel au CLSC-GMF qui leur permet d'accéder rapidement à des informations. Le CLSC-GMF est ouvert tous les soirs de la semaine ainsi que les samedis jusqu'en fin d'après-midi. Il est fermé le dimanche.

Le CLSC occupe plusieurs étages d'un immeuble poly-fonctionnel comprenant des bureaux, des services et des commerces. Il est situé dans un des arrondissements pas trop loin du

centre-ville de la métropole. Le secteur de l'arrondissement où se trouve le CLSC fait parti d'un territoire de RLS. La population du territoire représente plus de 10 % de la population régionale totale. Celle-ci se démarque, à bien des égards, du portrait de la population montréalaise. Tout d'abord, il existe sur le territoire une très grande diversité linguistique, culturelle et ethnique. Près de quatre résidants sur dix du territoire affirment appartenir à une minorité visible. En outre, proche de un cinquième de la population est âgée entre 20 et 29 ans. De plus, une forte proportion de la population territoriale est hautement scolarisée. Une forte proportion des habitants de certains secteurs du territoire sont très favorisés sur le plan matériel et social, tandis qu'il y a une des plus fortes concentrations de la défavorisation du territoire dans le secteur où se trouve le CLSC-GMF. Selon les données sociodémographiques du recensement 2006, un peu plus de 21 % de la population du territoire est âgée de moins de 18 ans, environ 64 % a entre 18 et 64 ans tandis que 15 % a 65 ans et plus. De plus, plus de quatre ménages sur dix du territoire compte une seule personne. Les données socioculturelles du recensement 2006 indiquent que le français est la langue maternelle pour environ trois résidants sur dix. Les immigrants et les résidents permanents comptent pour un peu plus de la moitié de la population résidente. Les données socioéconomiques du recensement 2006 indiquent, quant à elles, qu'un peu moins de 15 % des habitants âgés de 15 ans et plus ne détiennent aucun diplôme, certificat ou grade. Il s'agit là d'individus faiblement scolarisés. Par contre, un peu plus de 48 % des habitants âgés de 25 ans et plus sont fortement scolarisé, détenant un diplôme, certificat ou grade universitaire. Le revenu moyen après impôt de la population de 15 ans et plus était de 32 853 \$. Le territoire enregistrait un taux de chômage de 11 % pour la semaine ayant précédé le jour du recensement (16 mai 2006). Enfin, un peu plus de 30 % de la population âgée de 12 ans et plus rapportaient, en 2005, ne pas avoir de médecin de famille.

Le bâtiment où se trouve le CLSC est situé à l'intersection de deux rues importantes de l'arrondissement. Le quartier où se trouve la clinique est commercial et résidentiel, avec des zones résidentielles dans les rues derrière les artères commerciales. Il y a plusieurs commerces et services, dont une université, un cégep, des écoles, des restaurants, des bars. De plus en plus de maisons, bien que vieilles, ont été rénovées et sont généralement bien entretenues. D'autre part, certaines sont peu entretenues. Il y a très peu de développements domiciliaires plus ou moins récents. Parmi les ressources de soins de santé disponibles tout près dans le quartier où se situe CLSC-GMF, on retrouve, entre autres choses, quelques cliniques médicales (dont certaines sont un GMF accrédité), trois CH à vocation universitaire, des pharmacies à large surface et des

pharmacies-cliniques (dont l'une dans le même bâtiment où se trouve le CLSC-GMF) et quelques cliniques dentaires. Parmi les ressources de soins de santé et de services sociaux du territoire, on retrouve le CSSS qui est un établissement qui regroupe trois CLSC (quatre installations; dont le CLSC-GMF du cas07). Sur l'ensemble du territoire du CSSS, on retrouve cinq CH à vocation universitaire. Il y a deux CHU. Bien qu'ils offrent des soins de santé généraux à la clientèle située sur le territoire, ils sont d'abord et avant tout des CHU offrant des services spécialisés et sur-spécialisés à une clientèle régionale et suprarégionale. On compte aussi un CH pour une clientèle particulière atteintes de problèmes de santé spécifiques ainsi que deux autres CH, tous deux possédant une UMF qui est accréditée GMF. Il y a également sur le territoire plusieurs cliniques médicales privées offrant des services médicaux généraux (plus d'une vingtaine, dont deux sont des sites affiliés au même GMF et quatre sont CR accréditées) ou spécialisés, des CH de réadaptation ou de soins de longue durée, des centres de réadaptation (déficience physique, déficience intellectuelle), un centre jeunesse, plusieurs pharmacies (grande, moyenne ou petite superficie), plusieurs bureaux de professionnels de la santé (dentistes, audiologistes, orthophonistes, psychologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, optométristes, etc.) ainsi que plusieurs organismes communautaires dont les activités sont liées à la santé et aux services sociaux (santé mentale, toxicomanie, déficience physique, déficience intellectuelle, jeunesse, perte d'autonomie liée au vieillissement, etc.). Il y a également des cliniques de médecine privée (hors RAMQ) offrant des services diagnostiques et/ou médicaux. Enfin, certains professionnels de la santé non traditionnels offrent des services (naturopathes, homéopathes, massothérapeutes, chiropraticiens, ostéopathes, etc.).

Le cas07 ne prend plus de nouveaux patients et ce, pour trois raisons principales. D'abord, il est parti en congé parental ce qui a occasionné une surcharge de travail et donc de la difficulté à voir ses patients. En second lieu, il demeure incertain de continuer de pratiquer la médecine familiale dans la région de Montréal pendant encore très longtemps. En effet, tel que mentionné précédemment, il est possible que lui et sa petite famille ait à déménager dans une autre ville du Québec, ou du reste du Canada, lorsque sa conjointe aura terminé ses études.

*« Well, that's a good question, in fact I stopped taking patients about 6 months ago, because I was going on paternity leave, and so I had a big chunk where I wasn't seeing patients and my schedule was like overflowing and the patients were being crammed in. If my intentions were to be here in Montreal for another 10-20 years, yes, I could probably start taking new patients. »*

En troisième lieu, le cas07 poursuit par ailleurs ses propos en ajoutant qu'il n'est pas convaincu d'apprécier la pratique en cabinet privé. Celui-ci demeure donc incertain quant à son avenir à la clinique médicale privée de groupe multidisciplinaire. Une réflexion s'impose. En effet, le cas07 juge que ce type de pratique n'offre pas nécessairement beaucoup plus d'avantage sur le plan financier lorsqu'il prend en considération la quantité d'efforts et d'énergies nécessaires ainsi que le peu de support secrétaire et administratif. D'autant plus qu'il considère ne pas avoir été éduqué en médecine et formé en médecine familiale pour prendre en charge des individus en santé et leur dire qu'ils sont en santé. Le cas07 éprouve donc de la difficulté avec ceci et avoue que ce type de modèle de pratique de la médecine familiale n'est peut-être pas pour lui.

*« Do I see myself in the future continuing to work at that clinic, I don't know. There's a lot of thinking that I have to do. Because it's a lot more, it takes a lot more effort and a lot more energy and the returns are not that great. I have much less administrative support than say at the CLSC (...), I have not much more financial gains working at (...) and I trained at med school and residency to treat healthy patients? To tell them that they're healthy? I have trouble with this. And so this is sort of... it's not the family medicine model that works for me. Maybe. I don't know. »*

Le cas07 ne donne pas de détails spécifiques concernant la durée de la consultation à ses trois organisations de pratique. Il est toutefois possible de déduire de ses propos que la durée de la consultation durant les cliniques avec rendez-vous à la clinique « groupe » est d'environ 20 minutes. Il n'est cependant pas possible de déduire une telle information pour ses deux autres organisations de pratique.

La clientèle du cas07 se caractérise par sa diversité. Elle se compose d'une clientèle type de médecine générale allant des bébés à des personnes âgées et compte quelques familles complètes (père, mère, enfants).

*« Plutôt au CLSC. On voit comme husband, wife, child, a few children of the same family. It's not as often as I should, but it happens. »*

Les contextes socio-culturel et socio-économique de la communauté où se trouve le CLSC-GMF fait en sorte qu'une partie importante de la clientèle du cas07 à cet endroit est immigrée (réfugiée, résidente permanente, immigrante légale), multiethnique (allophone) et peu fortunée, voire même souvent défavorisée sur le plan matériel et social. Il s'agit donc d'un type de clientèle d'origines culturelles diverses avec des besoins médicaux particuliers. En outre, son implication dans un certain programme offert au CLSC-GMF l'amène à faire du suivi de clientèle atteinte de maladie mentale, peut-être même un peu plus que le médecin de famille moyen.



*« Le type de clientèle au CLSC, c'est very multicultural. (...) I'm also involved in the (...) program at the CLSC (...), which means that maybe I see more (...) patients than the average family doctor. »*

Point fort intéressant, le cas07 qualifie près de la moitié de la clientèle à la clinique médicale privée de groupe multidisciplinaire comme étant un type de clientèle en santé. Il s'agit souvent d'individus âgés dans le milieu de la trentaine qui désire s'assurer qu'ils sont en santé. Ces individus n'ont pas nécessairement besoin de services de soins de santé. Ceci rappelle beaucoup au type de clientèle anxieuse en santé tel que décrit précédemment dans l'histoire de vie du cas06. L'autre moitié de la clientèle est un type de clientèle malade avec divers besoins de soins de santé.

*« I see a lot of 35 year old, healthy men and women who walk in and say "doctor, I just want to make sure that I'm healthy", and after 20 minutes I say "you're healthy". I'd say about maybe about 50% of my patients fall in that category, the other 50% of my patients are genuinely quite sick. Diabetes, hypertension, depression, anxiety, arthritis, whatever have you. »*

Enfin, le cas07 offre aussi des services dans le domaine médical de son champ d'intérêt particulier à un certain type de clientèle au prise avec une problématique de santé spécifique. Ses services de soins spécifiques sont offerts au centre de soins secondaires dédié.

Lorsque l'intervieweuse lui demande si c'est une façon différente de pratiquer la médecine lorsque les individus viennent d'autres cultures, le cas07 répond que non, pas vraiment. Ça demande peut-être un petit peu plus d'efforts de la part du médecin pour trouver la perspective des individus, les comprendre et identifier leurs préoccupations. Cela dit, il ajoute que tout ceci n'est pas bien différent de ce qu'un médecin doit accomplir sur une base régulière avec tous les patients. Bien entendu, il y a la présence d'une barrière linguistique. Celui-ci nécessite le recours de traducteurs ce qui amène différentes difficultés dont des durées de consultation plus longues.

*« It requires a little bit more trying to sort of think about where the patient's coming from and maybe trying to understand what it means to the patient, when the patient says that they feel hot or they feel cold, do you mean that you have a fever, or do you mean something else? And what are the patient's concerns. But if you think about it, that's sort of what you're supposed to do with everyone, so it's not really all that different, I find. (...) It takes a little bit longer to do the interviews when you have a translator and you have to basically say things... everything gets spoken twice or 3 times, depending on the translations. »*

Le cas07 rapporte que certains de ses patients ont recours à quelques sources d'information en matière de santé : Internet et les médias (télévision, radio, journaux, revues et autres).

Autant que possible, le cas 07 promeut la participation active ou la collaboration des patients au processus décisionnel. Plus précisément, et de façon tout à fait intéressante, il entretient une relation de partenariat avec les patients leur permettant de participer à la prise de décision, voir de la partager. Celui-ci tente en général de présenter les options disponibles et de les conseiller afin que les patients fassent des choix informés. En effet, le cas07 insiste fortement pour présenter ses préférences et donner son opinion professionnelle. Les patients sont ensuite invités à discuter et à partager leurs points de vue. Aux yeux du cas07, tant l'opinion professionnelle du médecin que l'opinion personnelle du patient ont tous deux une place importante dans le processus décisionnel. La décision est issue d'une négociation. Il est d'avis que les patients ont le droit de refuser les recommandations du médecin. Les patients sont donc également un des facteurs d'influence sur sa pratique. Ainsi donc, le cas07 croit fortement que l'établissement d'une relation médecin-patient fondée sur le partenariat n'enlève pas le droit au médecin d'avoir et d'émettre clairement son raisonnement, son opinion professionnelle, et ses préférences au patient, delà toute l'importance de la négociation dans le processus décisionnel.

*« It's a partnership. It is a partnership. I will say... Ok, I have a depressed patient in front of me. "In my best clinical judgement, for this particular patient, given your clinical situation, I really strongly feel that you should take an antidepressant. And I really strongly feel that you should be taking Effexor." That is my opinion, that is my medical opinion. I have a right to my opinion, that is my opinion. The patient also has the right to refuse. And the patient's going to say "you know what doctor? Screw you with your medications, I don't want to take any pills, and even if you give me that prescription, I'm not going to take them. But gee, I'd really like to see a psychologist." And I'm going to say "you know, given your clinical circumstance I think that a psychologist it maybe second line and medication is first line. I will give you the consultation for the psychologist, because it's second line, but as long as you understand that in my opinion the better choice is taking the medications." So I'm telling the patient what my opinion is. But we're negotiating. And the final treatment is sort of... at the very least an acknowledgement of our disagreement and in the most extreme. And the patient is. I'm not wasting a piece of prescription for nothing. I mean I can give him whatever I want and he'll throw it in the garbage when he walks out. And we'd go (forward) like that. But as a physician, the idea of partnership is not to be confused with the physician doesn't have a right to express his or her own opinion. Because I'm the professional, it is my opinion. It is my expert opinion that you should take the following treatment. And now I'm going to express my reasoning why. You have the right to refuse it and to request alternatives, which might be second best in my opinion. But I still have a right to my opinion. So there's a negotiation in this too, but it doesn't negate my professional opinion. »*

Cela dit, le cas07 poursuit ses propos en ajoutant qu'en pratique, il va y avoir des nuances quant à la mise en œuvre de son modèle de prise de décision en fonction des attentes des patients. Il y a des patients qui s'en remettent entièrement à ses préférences et à son opinion professionnelle pour

prendre une décision. Il y a alors très peu de discussion et de négociation. Le cas07 est confortable avec ça. Il y a d'autres patients qui tiennent à participer au processus décisionnel et à présenter leurs propres points de vue. Il y a alors une discussion et une négociation qui prend parfois un certain temps. Le cas07 est aussi confortable avec ça.

*« I will go to whatever degree they want. If somebody who has the model that the doctor is supposed to take the proper choice, they're comfortable with it. Because I have my opinion, and I'm telling you what my opinion is. And if you don't want to hear anything else, you'll take that opinion and you'll walk out the door. And life is great. If you're the type of person who wants to put up a fight, or if you're the type of person who has your opinion, and you don't agree with me, we'll have a discussion. Either way, I usually say "this is what I want you to do. Do you have any questions? What do you think about this?" If they shake their shoulders and say "sure, sounds good", that's the end of the discussion. If they sit down and talk for 20 minutes, well it's something else. »*

Le contact humain est parmi les choses que le cas07 aime le plus dans sa pratique. En fait, la relation médecin-patient qui se développe à travers les rendez-vous en clinique au cours des années lui permet d'apprendre à les connaître les individus. Il apprécie pouvoir poser des questions aux individus, voire même chercher en profondeur dans toutes les facettes de leur vie, tout en étant en mesure d'arrêter très rapidement selon ce qu'il trouve. Celui-ci trouve ceci particulièrement stimulant sur le plan intellectuel.

*« The fact that I can get to know patients, the fact that I can get to know those people. The fact that I can dig into people's lives and people's personal lives, dig in very deep and at the same time retreat very quickly, depending on what I find, and I find that intellectually stimulating. »*

Le cas07 s'estime être privilégié que les patients lui donnent accès à leurs informations personnelles et confidentielles en matière de santé. Il va y avoir une connaissance de l'histoire du patient. Ceci est aussi parmi les choses que le cas07 aime le plus dans sa pratique. Il trouve ça vraiment bien de côtoyer des patients dans d'autres milieux et d'autres contextes (travail, église, etc.) et d'être le seul à connaître ces informations. En outre, ses commentaires semblent particulièrement pertinents à la pratique dans son champ d'intérêt particulier.

*« And it's a part of... you see a side of people that you don't see otherwise. You see the... in my case you see the (...) side of people and then like next week you see the same people in a completely different context. You see them walking in your church, you see them working as a colleague, you see them working in the environment, all those they don't know anything about the (...) problems. So what I see here in this place is a very tightly guarded secret, that no one on the outside world is, or at least from the patient's perspective, no one in the outside world is at all aware of the fact they're hiding here. And I'm privileged to this information and that's really neat! »*

Le cas07 apprécie également le sentiment d'être utile et de pouvoir aider les individus. Il aime sentir qu'il a peut-être aidé les individus à traverser leur maladie grâce à la prise en charge qu'il leur a offerte.

*« Yes, I can also treat patients and maybe help them through their diseases, that's also kind of nice. »*

Enfin, le cas07 poursuit ses propos en abordant son intérêt pour la curiosité dans la pratique de la médecine familiale. Dans sa pratique médicale, il s'intéresse à tout ce que les individus lui disent. Celui-ci veut savoir ce qui se passe et ce, même si à l'origine ça ne semble pas être pertinent à la situation clinique. Le cas07 tente d'ailleurs de communiquer l'importance de la curiosité aux étudiants en médecine ainsi qu'aux résidents en médecine familiale. En fait, il avoue s'intéresser à tout ce qui existe dans le monde.

*« I find that...it's curious, I'm curious, I want to know what's going on. And I try to communicate that to the medical students and the residents. When they tell me something that sounds bizarre, I stop them and say "what does that mean?" "I don't know"... "What do you mean, you don't know? (laugh) I'm curious! It has nothing to do with the clinical situation, but what do you mean? Go back in and find out." What does it mean when he says he does the job of whatever. How many different jobs that I've seen and I don't know, "what do you do as a profession?" "I'm a controller".... I have no idea what a controller is or what a controller does. A controller, what, you sit there and flip the TV remote? So what is a controller? What do you do? What company do you work for. I'm curious, I just want to know what's out there in the world. And I find that that's interesting. »*

La curiosité (ou être un bon détective) en médecine est définitivement un des thèmes les plus récurrents des propos du cas07. Il fait mention de la curiosité ou d'être un détective curieux à plusieurs reprises et ce, en parlant de différents sujets tels que, entre autres choses, d'un moment marquant de sa formation en médecine, ce qu'il aime le plus de la médecine familiale, les qualités nécessaires pour être un bon médecin de famille et les choses importantes à enseigner aux résidents en médecine familiale.

Le cas07 développe davantage sa pensée en expliquant sa conception du rôle du médecin de famille, et plus particulièrement des valeurs et des compétences de la médecine familiale. Celui-ci mentionne d'emblée les valeurs de franchise, d'honnêteté, de compétences, de connaissances générales élaborées et de coordination des soins.

*« In general a family physician has to be... I would expect would be the values are honesty, openness, competency and general knowledge, being able to coordinate between different specialists. »*

En outre, il dit avoir un certain nombre de patients à la clinique médicale privée de groupe multidisciplinaire pour lesquels il a le sentiment de ne rien faire pour eux. D'un autre côté, il a plusieurs patients pour qui il joue presque le rôle de chef d'orchestre de leurs soins puisque ces derniers sont très malades et utilisent plusieurs services médicaux spécialisés. Le cas07 est alors le seul médecin à avoir une vision d'ensemble et à vraiment savoir ce qui se passe, malgré qu'il ne traite aucun des problèmes de santé de ses patients très malades, son rôle se limitant plutôt à coordonner les soins. Ainsi donc, le médecin de famille se doit être capable de coordonner les soins

*« I have a handful of patients at (...) where on the one hand I feel like I'm doing absolutely nothing for them. On the other hand, I also see myself almost as a conductor in an orchestra, because they're so sick and there are so many specialists going on that no one know what are the others going on and the only person who does know what's going on is me. And even though I'm not treating any of the problems, I'm just coordinating between the different specialists and that's all I'm doing. And on the one hand you could say well that's not the job a family doctor, but on the other hand who's job is it? Well that's the job that I play for that patient. So to be able to sort of coordinate or the be able to conduct the other players. »*

Le cas07 poursuit ses propos en parlant du rôle de défenseur (« *advocate* ») des intérêts du patient. Il est important que le médecin de famille soit capable de faire prévaloir les intérêts de son patient auprès des médecins spécialistes ou des autres professionnels de la santé. À l'occasion, il doit être capable de convaincre ceux-ci du besoin réel de son patient pour leurs services.

*« The values of family physician are openness, honesty, communication with the patient and in between professionals to be able to advocate for the patient. To be able to convince the other person that really my patient needs their service sometimes. To be able to bat for the patient when the patient can't go to bat for himself or herself. »*

Enfin, le cas07 termine en soulignant l'importance des aptitudes humaines et relationnelles. Le médecin de famille doit être capable de développer une relation médecin-patient fondée sur le respect du patient. Il dit en riant que durant la quinzaine de minutes nécessaires à la visite médicale, le médecin de famille se doit d'entrer en relation avec la patient, d'identifier le symptôme ou le problème de santé, d'établir un diagnostic, d'administrer ou de prescrire un traitement approprié et enfin, de faire sortir le patient du bureau. Il s'agit d'une des habiletés du médecin de famille.

*« To treat the patients with respect. I have no idea, I'm going to call my next patient and his name is going to be Bill Smith. I have no idea what's wrong with him. But I'm going to have to be able to deal with him. And in 15 minutes, I got to get a handle on the diagnosis, treat the patient appropriately and get him out of my office. (rire) And that's... that's the skill of a family doctor. »*

Il souligne l'importance de la communication et de l'écoute des patients. Il est important que le médecin de famille soit capable d'expliquer la pathologie, les examens diagnostiques, les

traitements ou autres de façon à ce que le patient puisse comprendre. Celui-ci rapporte avoir eu trop de patients qui sont venus le voir avec un diagnostic établi par un médecin spécialiste mais sans que ceux-ci n'aient reçu aucune explication du diagnostic de la part de ce dernier.

*« To be able to explain the pathology in ways that the patient can understand. Again, I've had a whole number of too many patients who have come into my office and said "my specialist told me that I have this disease, but I have no idea of what Asperger's disease is. I have no idea of what Goodpasture's syndrome is. I don't work in a pasture, what is this disease?! Is it serious? Is it not? They told me that I should just drink more water" ... and to be able to communicate with the patients. »*

D'autre part, le cas07 précise que la médecine familiale se différencie de la médecine spécialisée sur deux points bien particuliers, entre autres choses. Le médecin de famille prend en charge un large éventail de problèmes de santé, tandis que le médecin spécialiste rencontre généralement des problèmes cliniques sélectionnés en fonction d'un système, d'un organe ou d'un domaine médical spécifique à leur spécialisation. En effet, les problèmes cliniques que rencontre le médecin de famille existent souvent à un stade précoce et indifférencié et ne sont pas présélectionnés en fonction d'un système, d'un organe ou d'un domaine médical en particulier. De plus, le médecin de famille garde une connaissance de l'ensemble du patient, une vision du patient dans sa globalité. Il lui est ainsi possible de prendre un certain recul et de considérer la perspective de l'ensemble du patient. De son côté, le médecin spécialiste a plus tendance à se concentrer que sur les aspects propres à son domaine de spécialisation. Celui-ci peut donc perdre la perspective de l'ensemble du patient. Le cas07 donne en exemple une situation où il assurait un suivi conjoint d'un patient avec un médecin spécialiste. Bien que le médecin spécialiste faisait du bon travail, il se concentrait uniquement sur son domaine d'expertise. Or, le patient avait fait mention de certains symptômes au cas07. Ces symptômes indiquaient qu'il pouvait peut-être plutôt s'agir d'un problème dans un domaine médical autre que celui du médecin spécialiste. Selon les dires du cas07, il fût en mesure d'identifier les symptômes et de prendre un certain recul afin de diriger le patient vers des services diagnostiques et des services médicaux appropriés.

*« Well ENT deals with ears, nose and throat. The leg is far away from the ears, nose and throat. The specialty practice tends to deal with that particular specialty, that particular organ or system, or area of specialty. The family doctor should either do follow-up or should be able to take a step back and say wait a second, maybe we're looking at something else. There is a patient who is followed by a psychiatrist, was co-followed with me and a psychiatrist who wasn't doing well and so the psychiatrist was working with the patient appropriately, doing a good job, and the patient started talking to me and giving symptoms that I thought no, doesn't sound like a psychiatry problem; it could be, but it may be... I've got to take a step back here and I ended up sending him for a scan, a CT-scan and I found*

*like this mass of aneurysm that was in his brain that was explaining a lot of the neurological symptoms. And the specialist in this particular case had lost sight, because the specialist was digging too deep trying to solve the problem within his or her domain and missed the fact that wait a second, the problem wasn't in their domain, the problem was beside their domain. So how does the practice differ? The family doctor maybe deals more with undifferentiated problems in any system group, whereas the specialist might deal with a hyper knowledge in that particular area, but loses the perspective of the bigger picture. »*

Point fort intéressant, le cas07 a décrit l'ensemble des valeurs mentionnées dans le passage ci-haut en comparant la médecine familiale à la médecine spécialisée, utilisant d'une certaine manière les ressources culturelles institutionnalisées de la médecine familiale pour la positionner (stratégie de différenciation en quelque sorte) face à la médecine spécialisée.

Lorsque l'intervieweuse demande au cas07 qu'elles sont les qualités nécessaires pour être un bon médecin de famille, celle-ci répond d'emblée d'être curieux. Aux yeux du cas07, un bon médecin de famille a une curiosité développée. Il est capable de faire le travail d'un détective en identifiant les malaises, les symptômes ou les problèmes du patient et en tentant de trouver la solution.

*« To be curious. (...) The job, what makes a family doctor a good family doctor is the ability to be curious, the ability to say "I don't know what the heck's going on. I've never seen Bill Smith before but he's my next patient on my thing and he's coming in with a pain here, with a pain here, and he's got an itch back here. And maybe there are 3 different problems and maybe they are all the same." And you got to start being able to piece these together, so it's detective work. »*

Le cas07 poursuit ses propos en ajoutant que la capacité de développer une relation médecin-patient caractérisée par le respect du patient est également l'une des qualités nécessaires pour être un bon médecin de famille. Enfin, un bon médecin de famille ne perd pas de vue qui il est en tant qu'individu.

*« To be able to have respect for the patient is a very important quality. To be able to communicate the problem in a respectable manner is important. To not lose sight of who you are as an individual is also important. I guess those are the important qualities that are necessary in a family doctor from what I see. »*

Le cas07 porte de l'intérêt à la grande diversité de la pratique de la médecine familiale et le fait que la profession de médecin de famille lui offre la flexibilité professionnelle de choisir. En outre, il n'aurait jamais imaginé qu'un jour il pratiquerait dans son champ d'intérêt particulier ni dans le centre de soins secondaires dédié à ce domaine médical. Sa pratique est dynamique et en

mutation. Le cas07 acquiert des apprentissages au fur et à mesure de l'évolution de sa pratique. À ses yeux, cet aspect de la pratique de la médecine familiale est intéressant et stimulant.

*« I could never have imagined when I started family medicine that I would be working here at (...). I could never have imagined when I started family medicine that I would be doing (...) for (...) drivers in Ontario. I could never have imagined that I would be doing these things, but you know what? Hey! My practice is dynamic and it's in flux, and I'm learning as I go and I'm building it as I go. It's the game of ker-plunk. And that's... to me, I find that interesting and I find that stimulating. »*

Lorsque l'intervieweuse demande au cas07 comment il gère les situations cliniques avec beaucoup d'incertitudes, ce dernier répond d'emblée, et en riant, qu'il s'agit d'une question facile; il réfère et le dit habituellement au patient de manière directe. En effet, il va informer le patient de la présence d'une incertitude et verbaliser son processus de pensée devant lui. Il lui arrive parfois de faire des requêtes pour divers examens. Celui-ci demande alors une consultation en médecine spécialisée dans l'éventualité où il n'est pas capable de résoudre le problème de santé.

*« Well, that one is easy, I refer (rire) and I usually tell that to the patient directly. Usually, if I'm stumped I'll say "listen you know, I don't have a clue." You're asking me what do I think about the following things and then I actually verbalize my thought process and say "listen, I think you might have the following diseases, but it's not typical for any of them and I can reassure you that you don't have these other diseases that are more worrisome, but how would I proceed at this point, I'm paralyzed, I don't know. But because of the following things that I suspect, we'll order these tests maybe and then I'll refer you to this other physician." And that's how I get myself unstuck. »*

Dans les faits, les médecins spécialistes ainsi que les collègues médecins de famille sont les sources d'information du cas07. En outre, il lui arrive à l'occasion de consulter des collègues médecins de famille pratiquant au centre dédié à la pratique de son champ d'intérêt particulier, notamment lorsqu'il fait face à un besoin ponctuel d'information pour des situations ou des cas particuliers. Celui-ci va également s'informer auprès d'autres médecins de famille et médecins spécialistes pratiquant dans le domaine médical spécifique à son champ d'intérêt particulier.

*« I mean once the physician came back... (...), you know I had my whole list of questions, and said "ok now, what do you do with this, what do you do with this, what do you do with this" and more questions in the meantime. (...) And every so often or once in a while, I'll phone up one of the other physicians who's in the domaine de la (...), and say "listen, what do I do with these general patients?" »*

Le cas07 gère les annonces de mauvaises nouvelles en informant d'entrée de jeu le patient, suivi de la gestion des réactions de ce dernier.

*« I will usually just lay it out there on the line. If I have to give out bad news, "we got back your tests and it shows"... whatever, and then we deal with damage control afterwards. »*



Ceci dit, il ajoute que lorsqu'il s'agit de situations difficiles ou de mauvaises nouvelles liées à des problèmes réglementaires et qu'il sait du fond de son cœur qu'il se doit d'en informer les autorités concernées (telles que, par exemple, la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), la Protection de la jeunesse ou le CMQ), le cas07 prend habituellement le temps de réfléchir au profond de son âme afin de s'assurer qu'il est en train de faire une bonne chose. Il prend également le temps de consulter des collègues médecins pour demander conseil.

*« If the patient... if it's a question of regulatory issues, really deep down in my heart I know that I have to call Youth Protection or I have to call the SAAQ, or I have to call the Order of Nurses or the Order of Physicians, that usually requires a little more soul searching to make sure that I'm actually doing the right thing. »*

Le cas07 poursuit ses propos en avouant éprouver également beaucoup de difficultés lorsque les décisions ou les situations ne sont pas en accord avec ses valeurs éthiques ou morales. En fait, il semble s'agir davantage de situations qui le placent dans une position où il se sent coincé sur le plan éthique. En guise d'exemple, le cas07 fait longuement mention de deux situations difficiles qu'il a eu à faire face. Dans un premier cas, il avait des doutes quant à la consommation d'alcool d'un résident en médecine familiale dont il assurait la supervision. Le cas07 avait cru sentir une odeur d'alcool dans l'haleine du résident. Il a réfléchi longuement à ce qu'il devrait faire, conscient que ses agissements pourraient mettre fin prématurément à la carrière médicale du résident. Le cas07 était très inconfortable et ne savait pas comment gérer la situation. Celui-ci a alors demandé conseil auprès d'un collègue médecin de famille ne pratiquant pas dans la même organisation afin de garder confidentielle la situation. Ils ont convenu d'une voie à suivre, que le cas07 a d'ailleurs suivi de façon appropriée. Finalement, il s'agissait d'une situation isolée puisque, après avoir observé le résident pendant une certaine période de temps, le cas07 n'a jamais plus senti une odeur d'alcool dans l'haleine du résident. Il n'y avait pas lieu d'informer les autorités concernées.

*« C'est pas nécessairement un conflit... it's not so much as a conflict as just that I want to verify that I'm not really doing something bad. I know that if I... ok, so there was one situation actually, there was actually a resident at the CLSC who wasn't doing so well, and he came in after lunch and he started seeing patients, and I was supervising him, and so he was coming in between patients and when he was talking to me, he was talking fairly close, and I thought, I could have sworn that I smelled alcohol on his breath. So I said "oh my God"... now he wasn't clinically overtly drunk, but I thought did he just use little alcohol wipes before he walked and that's what I'm smelling? Did he put on some cologne that I'm smelling? Did he put some... rinsed his mouth with Listerine and that's what I'm smelling? But you know, I know he's a non-smoker and I could have sworn that I smelled alcohol on his breath and I know what alcohol smells on people's breath, (...). And I thought... what do I do, here? I know that if I ask the question "what do I do?" I will sink him; I will destroy his career. It will be a career-ending move because this is an individual who is already on thin ice. And if I ask the question to my colleagues at the CLSC, that would be enough to tip*

*the balance, even if I'm not accusing him, I'm only asking the question. They will be extra vigilant and he's already a weak resident and he'll be tipped and it will effectively be a career-ending question, a career-ending move. On the other hand, if he honestly, truly does have alcohol on his breath, it really should be a career-ending move, or it shouldn't be a career-ending move but it has to be addressed. So to resolve this problem, what I did is I spoke to other physicians who weren't at the CLSC. And I said "now listen, this is the situation, this is how I've seen it", and I spoke to the other physician who works here at (...) and basically he gave me a pathway to follow, and I feel comfortable with the pathway, and it was followed appropriately. But until that, I was always sort of a little uneasy with what do I do, how do I resolve this. As it turns out I said nothing to anyone, I watched him a little bit closer, I never smelled anything ever again, never saw any evidence of anything, and I just said forget it. I don't know, that day maybe he had a little bit of cologne, maybe he had a beer at lunch, I don't know. But you know, that was how the situation resolved itself and the fact that I was able to observe, in the following weeks and months, and the situation never reproduced itself, I felt confident in saying whatever it was, if it was a true incident, it was isolated incident, so a false incident, and it's all in my head and who cares. Either way, there's no point in making problems and driving this guy's career into the ground. »*

La deuxième situation particulièrement difficile citée en exemple par le cas07 implique les habitudes de prescription d'un autre médecin. Il éprouvait beaucoup de difficultés, encore une fois sur le plan éthique, à justifier les pratiques de prescription du médecin en question, d'autant plus que cette situation impliquait un des patients du cas07. Les préoccupations en ce qui concerne les pratiques de prescription de ce médecin avaient déjà été identifiées par d'autres médecins et ce, sans jamais que les personnes agissent ou appellent le CMQ. Le cas07 était alors face à un dilemme : Devrait-il oui ou non informer le CMQ ? Encore une fois, il a demandé conseil auprès de quelques collègues médecins. Les conseils variaient grandement, allant d'ignorer la situation en ne faisant rien à appeler tout de suite le CMQ. Le cas07 a finalement pris la décision d'appeler le CMQ et de l'informer de la situation problématique.

*« On the other hand, there was another physician who I had difficulties in justifying his prescription practices, and that implicated one of my patients. This physician had already... this particular patient and the concerns that this... the concerns with regards to the prescription practices of this physician had already gone through the hands of a number of other physicians and of which it became more and more clear that no one was acting on this and nobody had called Le Collège des Médecins, that's why I have to ask myself should I call the Collège des Médecins or not? And then I started asking other physicians "what do I do? I'm paralyzed here, never been in this situation before." And unfortunately I got very wide differences of opinions, from don't go there with a 10-foot pole to here's the phone number, phone. (rire) And again, I found that I had to really sleep on it and really think about it and as it turns out I ended up calling, but was that a good thing or a bad thing? I don't know. The jury is still out. »*

On pourrait dire que ces passages illustrent bien comment l'éthique semble fixer un cadre pour l'action du cas07. Ses intérêts pour l'éthique professionnelle de la médecine ont dominé sur ses

propres intérêts face au réseau professionnel. Il faut sûrement beaucoup d'audace pour porter plainte contre un ou des confrères médecins de famille ou médecins spécialistes.

Le cas07 parle de ses relations professionnelles avec les confrères médecins et les autres professionnels de la santé, traditionnels ou non. Il rapporte n'avoir que très peu d'interactions sociales personnelles avec des collègues médecins. Celui-ci affirme avoir développée quelques amitiés au cours de sa formation médicale mais que tous ses amis médecins habitent maintenant à l'extérieur de la province.

*« I had a few friends and they all moved to Toronto. »*

Ceci dit, le cas07 poursuit ses propos en ajoutant qu'il a surtout des interactions sociales professionnelles. En fait, il a des interactions sociales avec des collègues médecins de famille ou médecins spécialistes lorsqu'il assiste à des activités de DPC ou à des conférences. En outre, il ajoute que, dans son champ d'intérêt particulier, le réseau est particulièrement petit et ce, autant au Canada qu'aux États-Unis.

*« Within the context of continuing medical education I will run into... through conferences, family physicians, in the (...) medicine circuit, from the (...) circuit, I run into (...) and family doctors, often the same ones who are implicated in the treatment of (...) medicine. Be it in Canada or in the States, the network is pretty small. And so we tend to... the faces tend to start becoming more and more common. »*

Celui-ci mentionne également le fait de croiser et d'échanger avec des collègues médecins de famille dans les corridors des trois organisations où il pratique, soit le CLSC-GMF, le centre de soins secondaires dédié à la pratique de son champ d'intérêt particulier et de la clinique médicale privée de groupe multidisciplinaire.

*« So at a very micro level within the CLSC (...), we all bump into each other in the hall. And likewise at (...) and even here, we bump into... we all work in the same place so we talk to each other. »*

Le cas07 prétend avoir un bon réseau de médecins spécialistes vers qui référer ses patients. Son réseau ne se limite pas à un seul CH. Il arrive que les patients préfèrent être référés soit vers le CH où ils sont habitués d'aller ou vers celui le plus proche de leur lieu de résidence. Sinon, si le patient lui laisse le choix, le cas07 dit alors plutôt référer ses patients vers un médecin spécialiste ou le département d'un CH ayant un champ d'intérêt en lien avec les besoins des patients.

*« Yes. Yes I could... yes, I mean I don't necessarily restrict myself to that network, because a lot of patients will say "oh doctor, I go to Hôpital (...)", I don't know anyone who works there. But "ok, I'll send you to a respiratologist at Hôpital (...)." But if the patient says "I'll*

*go to wherever you want me to go", I might tend to pick out one physician or might tend to pick out one department in the hospital, in a specific hospital if I think that that's more... the sort of area of interest of that physician to that patient. »*

Ceci dit, le cas07 aimerait avoir un meilleur retour de consultation de la part des médecins spécialistes. Celui-ci apprécierait recevoir une lettre de consultation à chaque fois qu'il réfère un patient vers les services d'un médecin spécialiste; ce qui n'est pas toujours le cas présentement.

*« If I send a patient to a consultant, to be able to get a letter back, saying "dear Dr D. I saw your patient, this is what I'm doing." That would be nice. »*

Le cas07 prétend avoir de bonnes relations et communications respectueuses avec les autres professionnels de la santé (psychologues, infirmières) et les professionnels des services sociaux (travailleurs sociaux) offrant des services au centre de deuxième ligne dédié à son champ d'intérêt particulier où il pratique. Il existe des canaux ouverts de communication entre l'équipe médicale et les autres professionnels.

*« Pretty good I think. Pretty good. I can't speak for my other fellow physicians but just from what I've heard from even the 2 physicians who left, it seems to have pretty opened channels of communication, people will call me up and say "(...), I have this patient here, what do I do"... or you know, they'll send the consultation. Every so often, there's a little bit of friction, but that's expected. No, overall, I'd say it's pretty good communication. »*

Le cas07 rapporte que le centre possède un mode de fonctionnement qui est comme à l'inverse de celui d'un CH. Dans les faits, ce sont les autres professionnels de la santé et des services sociaux qui prennent en charge les patients. Ils consultent un médecin de l'équipe médicale ou réfèrent un patient en consultation auprès de cette dernière selon les besoins.

*« Ici à (...), c'est comme une pyramide inversée. On a beaucoup d'infirmières, de travailleurs sociaux, de psychologues qui prennent en charge des patients, et quand ils ont un problème médical hop, ils consultent le médecin. Et donc c'est un peu comme l'inverse d'un centre hospitalier. I don't mean that in neither a good way or a bad way, it's just the reality of how the system works. Are we any better or any worse than any other treatment centers I don't know. »*

Le cas07 semble avoir peu, sinon aucune connaissance de la profession d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Il précise avoir très peu d'expérience avec la profession d'infirmière spécialisée. En fait, il semble avoir acquis un peu d'expérience auprès d'une infirmière praticienne spécialisée qui pratiquait au CLSC-GMF mais qui a récemment quitté ses fonctions. Celui-ci souligne qu'il y a quelques infirmières au CLSC-GMF qui fonctionnent comme des infirmières spécialisées dans une équipe interdisciplinaire et qui en offrent des services de suivi.

*« At the CLSC (...), we have... it's not a nurse practitioner, but basically she's functioning as a nurse practitioner. And we had one but she actually just left. And who are functioning as nurse practitioners, they were doing the follow-ups, they were doing a lot of... they were working as... in a multidisciplinary, interdisciplinary team. And that actually works well. (...) So if you ask me of my personal experience with the exception of the work at the CLSC (...), it's very limited, which is why I can't comment any more than I just have (...). »*

Le cas07 semble avoir peu de relations avec des professionnels offrant des services de santé non traditionnels. En fait, il affirme ne référer ses patients vers la médecine alternative que très rarement, qu'il s'agisse, par exemple, de services en ostéopathie, en naturopathie, en chiropractie ou en homéopathie. Cependant, celui-ci ne semble pas totalement fermer à l'idée de la médecine alternative. Il n'éprouve pas de problème à discuter avec ses patients si ceux-ci ont des questions concernant des services de santé non traditionnels ou encore de leurs expériences avec ce type de services. De même, si les services de santé non traditionnels aident le patient, le cas07 accepte de donner une requête pour une consultation afin que le patient puisse faire une réclamation auprès de ses assurances.

*« Comme naturopathes non, comme ostéopathes, non. Comme chiro... de façon recommandée, non, mais si mes patients me demandent... s'il y a un problème, on discute ça. If someone comes to me and says "doctor, I have this homeopathic medication and I'm not sure if it's working or not or I don't know"... whatever, sure; we'll talk about it. If a patient comes in and says "doctor, I'm seeing my chiro for my bad back and it makes me feel better, can I just get a referral so my insurance will pay for it?" Sure I'll give you the consult. But just from out of the blue, initiating from me? Rarely will I refer to an alternative medicine. »*

Lorsque l'intervieweuse lui demande si c'est parce qu'il doute de l'efficacité des services de santé non traditionnels, le cas07 répond d'emblée que ce n'est pas tant une question d'efficacité mais davantage une question de manque de connaissance des professions non traditionnelles lui permettant d'aiguiller ses patients vers les services appropriés. Cependant, c'est différent lorsque le patient parle d'utiliser de tels services de part ses propres expériences antérieures. Le cas07 soutient ne pas avoir reçu de formation formelle sur ce type de professions, incluant les formations requises et la standardisation de celles-ci. Qui plus est, il juge qu'il n'y a pas assez de littérature pour justifier de référer ses patients vers des professionnels de la santé non traditionnels. Tout ceci fait en sorte qu'il ne possède pas une bonne conceptualisation de ce type de professionnels, tandis qu'il possède une bonne conceptualisation de la profession médicale et des autres professions de la santé. En guise d'exemple, le cas07 commente qu'il est possible que sa conceptualisation du chiropraticien diffère de celle de son patient. De même, deux chiropraticiens peuvent ne pas

nécessairement pratiquer de la même manière. Il éprouve donc beaucoup de difficultés à justifier de référer ses patients sous de telles circonstances.

*« Pas sur leur efficacité, mais surtout premièrement je ne connais pas leur discipline assez pour dire "je pense que toi tu as besoin de ça." C'est différent si un patient se présente et dit "j'ai déjà consulté un chiro and it worked." "I already saw an acupuncturist and I feel a lot better. And it's happened 10 years ago and I want to go through it again." That's different because now the patient is speaking from patient experience. But I don't have any formal training with regards to this. And I know that I don't have... there is not enough literature out there to justify "I am sending you to this person." Also I don't know this person's training. I don't know the standardization of that training. I have confidence that if I send you to a gastroenterologist, it doesn't matter where you go, you're probably going to be seen by what my concept of a gastroenterologist is. Maybe someone might be nicer and maybe someone would be ruder, but they're all gastroenterologists and they're all probably going to do the same thing. If I send you to a chiropractor, I have less confidence that your concept of a chiropractor and my concept of a chiropractor are the same. Likewise, the chiropractor who's on that side of the street and the chiropractor on the other side of the street might not necessarily be practicing the same way. And so I have difficulty justifying making a referral under those contexts. »*

Ceci dit, le cas07 semble assez ouvert face aux services d'acupuncture puisqu'il croit que amène les bienfaits attendus; dit différemment, ça fait ce à quoi sa sert. Il y a des services d'acupuncture au centre dédié à son champ d'intérêt particulier où il pratique. L'utilisation de ce type de services aide les patients à relaxer et à soulager les tensions musculaires mais, bien entendu, n'amène pas la guérison du problème de santé. Ainsi donc, c'est correct dans une perspective d'utiliser le bon outil pour la bonne chose.

*« Je ne dois pas dire non, mais ça fonctionne pour... it works for its purpose. Is it going to cure you of your (...)? Probably no. But is it going to help you relax and help you release some muscle tension? Yes. I mean it does what it's supposed to do. So if that's what you want, using the right tool for the right thing, then that's great. »*

Le cas07 aborde très peu de circonstances du champ de la médecine (en général) et qui peuvent exercer une certaine influence sur la pratique médicale. Dans les faits, il fait allusion au pouvoir économique supérieure de la médecine spécialisée. Le niveau de rémunération des médecins spécialistes est considérablement supérieur à celui des médecins de famille (et à celui de la majorité de la population). Ceci peut définitivement seulement exercer une influence sur le choix de la discipline médicale des étudiants en médecine.

*« (...), because certainly family doctors being the lowest on the pay scale, certainly that talks a lot to a medical student. Would you rather be earning 120 000\$/year or would you rather be earning 400 000\$/year for the next 25-30 years? Your call. I mean that's a pretty big difference there, you know. »*

On fait ici allusion au statut social que la richesse matérielle ou financière amène à l'individu. Le capital symbolique désigne donc le capital économique puisque que ce dernier possède une reconnaissance particulière au sein de la profession médicale et de la société.

Le cas07 discute quelque peu de leaders, de deux grands enjeux, deux grands défis et de circonstances du champ de la médecine familiale et qui peuvent exercer une certaine influence sur la pratique médicale. Lorsque l'intervieweuse demande au cas07 de penser à des leaders dans le champ de la médecine familiale au Québec et de donner les caractéristiques qui, à ses yeux, en font des leaders, celui-ci répond d'emblée que pour lui il s'agit d'un médecin qui est un bon communicateur, connaissant et bien informé, et capable de justifier sa pratique. Aux yeux du cas07, ce sont les caractéristiques importantes d'un bon orateur; d'un individu dont il écouterait et intégrerait les idées.

*« Because they can communicate their point effectively. Because they are concise; because they demonstrate their thought process accordingly; they're showing the tables, if you think of it like that, I mean figuratively speaking, they can talk of their clinical experience and they're knowledgeable. It's one for a physician to say well that's the way it's always done. In medical school: "but Dr. why are you doing it this way?" "Because that's the way we do it", is a low yield answer. "Dr. why are you doing it this way?" "Well that's one way to do it, but in 1994 in the Journal of Cardiology, in February there was an article authored by Jones, they recommended the treatment of the following using this other way." That's a much more high yield answer; and somebody who bases their practice by being able to rightfully or wrongfully at least be able to justify why they're doing what they're doing. To me it's something that is very important. Those to me is what makes a good speaker, a good person who I would listen to and who I would integrate what they're saying. »*

Le cas07 considère que la pratique de la médecine familiale aura à faire face à deux grands enjeux, deux grands défis dans l'avenir. En premier lieu, il aborde la pénurie de médecins de famille au Québec. Selon lui, les médecins de famille ne sont pas en nombre suffisant pour répondre aux besoins de la population.

*« Me as an individual, what do I see as issues from where I'm working, there aren't enough of us. "Doctor, can you take me? Can you take my family? Dr. can you take my neighbour, can you take my co-worker, can you take my boss, can you take my employee..." "Hello! There's only one of me here." That I would say would be issue #1. »*

Celui-ci identifie le principal mode de rémunération (à l'acte) des médecins de famille comme le deuxième défi ou problème important du champ de la médecine familiale. À ses yeux, c'est la façon de rémunérer les médecins de famille qui est la cause du problème et, de façon encore plus intéressante, il croit qu'avec le mode de rémunération à l'acte la population et les patients ne sont

pas bien servis. Ceci serait particulièrement vrai au niveau de la prise en charge des patients les plus vulnérables et de ceux atteints de maladies mentales.

*« Issue #2 would be outside of CLSC (...), the practice of family medicine is fee for service and I don't think that our patients are being well served, especially the more vulnerable and the more psychiatrically oriented patients are not being well served in a fee for service basis. »*

Ce commentaire est discuté plus en profondeur un peu plus loin, lorsqu'il aborde les modalités organisationnelles du système de santé exerçant une influence sur la pratique des médecins.

Lorsque l'intervieweuse émet le commentaire que les informateurs clés ont parlé du travail en interdisciplinarité et de la compétition pour les soins primaires par l'arrivée d'un nouveau type de profession de la santé, soit la profession d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, et identifié ceci comme un enjeu stratégique potentiel dans le champ de la médecine familiale, mais que curieusement très peu de cas n'en font mention, le cas07 répond d'emblée que ceci découle du fait que ce nouveau type de professionnel n'est pas présent sur le terrain (au moment de l'entrevue). Celui-ci semble par ailleurs n'avoir que peu, sinon aucune connaissance de la profession d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Il peut néanmoins comprendre pourquoi certains individus peuvent considérer l'arrivée de la profession d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne comme une menace. En tant qu'une organisation professionnelle veillant aux intérêts des médecins de famille, le discours de la FMOQ s'appuiera sur le besoin d'un plus grand nombre de médecins de famille et d'une plus grande enveloppe budgétaire. Le cas07 est d'avis que la FMOQ crachera du feu lorsqu'elle apprendra que le gouvernement préfère utiliser les ressources financières pour l'embauche d'infirmières praticiennes spécialisées. Mais qu'à cela ne tienne, toutes ces négociations sont à un tout autre niveau, bien loin du terrain de la pratique de tous les jours des médecins de famille. Le cas07 semble ici faire peut-être allusion à une déconnexion entre les organisations professionnelles et le quotidien de la pratique. Les médecins de famille ne voient que les patients devant eux; ils ne savent pas nécessairement ce qui se passe au niveau des organisations. Donc, comme les médecins de famille ne sont pas témoin de l'arrivée de la profession d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, ceci ne constitue donc pas un enjeu important dans le quotidien des médecins de famille sur le terrain.

*« Because it's not here. (...) The concept of nurse practitioner, I can understand where some people would say "yes, it's a threat." As an organization, I'm sure the FMOQ is going to say we need more family doctors, we need more budget, and as soon as they see well, the*



*government's not going to give them more budget, but instead is going to give more budget to hire more nurse practitioners, the FMOQ is going to be spitting fire. Me as a physician, though, I'm not involved in that negotiation, I'm not involved at that level. I don't know what's going on. I don't know who's pissing off who and who's paying who. I don't have anything to do with that. I just see my patients. So if you ask me of my personal experience with the exception of the work at the CLSC (...), it's very limited, which is why I can't comment any more than I just have and probably why the other physicians wouldn't have commented on it either. Even though from an administrative stand point, the different organizations see that as being a paramount issue. »*

Le cas07 fait mention de certaines choses importantes à enseigner, à montrer aux étudiants durant leur formation prédoctorale afin qu'ils considèrent peut-être la médecine familiale comme choix de carrière. D'entrée de jeu, il juge qu'il est important que les étudiants comprennent qu'ils vont recevoir une bonne rémunération et ce, peu importe leur choix de carrière. Celui-ci fait le lien entre le choix de la discipline médicale et les différences importantes de salaires annuels entre les médecins de famille et les médecins spécialistes mais ajoute qu'à long terme, sur le plan financier, ce qui compte c'est d'être bien et heureux dans ce que l'individu fait. Il est cependant pleinement conscient qu'il s'agit là d'un message qui est très difficile à communiquer et à intégrer dans les idées des étudiants en médecine. Encore une fois au cours de l'entrevue, le propos du cas07 montre bien que la rémunération ne domine pas sa vision propre des choses.

*« I think it is important that medical students understand that no matter what area of medicine they go into that they will have good remuneration, because certainly family doctors being the lowest on the pay scale, certainly that talks a lot to a medical student. Would you rather be earning 120 000\$/year or would you rather be earning 400 000\$/year for the next 25-30 years? Your call. I mean that's a pretty big difference there, you know. I think that to be able to communicate, and this will be a very difficult sell, that financially, in the long run, you're going to be happy doing what you're going to be doing if you're in the right area, and it doesn't matter how much money you're making. But as long as it's a good fit, you're going to be good, you're going to be ok. »*

Il poursuit ses propos en ajoutant qu'il est important que les étudiants en médecine soient exposés tôt à des modèles de médecin de famille. Il faudrait que ceux-ci puissent voir ce que font les médecins de famille et qu'ils comprennent la valeur de la continuité des soins dans la durée. Il est important que les étudiants en médecine soient exposés au point de vue de la médecine familiale, à son rôle central en tant que « chef d'orchestre », coordonnateur des soins des patients. Ils doivent voir le médecin de famille comme le médecin qui est au centre des soins des patients. Le cas07 ajoute que bien que ce modèle de la pratique de la médecine familiale soit peut-être moins présent dans la région Montréal, il est certainement présent en régions rurales.

*« I think the next thing is to also have good role models, to be able to shadow family doctors, to be able to see what family doctors do, to understand the concept of continuity of care. To see the point of view of family medicine as a conductor, as opposed to just treating coughs and colds and bumps. To see the family doctor as the central physician, which isn't necessarily the model in Montreal, but certainly in the rural areas it is the model. »*

Ainsi donc, les milieux de stage (à l'externat, par exemple) devrait être situés dans différents types de régions du Québec, soit des régions urbaines, rurales, éloignées ou isolées. Les étudiants pourraient ainsi voir comment la pratique médicale en régions rurales, éloignées ou isolées diffère de la pratique en région urbaine.

*« That's a very different practice of medicine, and to be able to expose residents to different areas. »*

Enfin, les milieux de stage devraient montrer la grande diversité de la pratique de la médecine familiale. Les étudiants peuvent ainsi être exposés à des médecins de famille avec diverses pratiques.

*« And to be able to demonstrate that it's extremely diverse. »*

Le cas07 fait aussi mention de certaines choses importantes à inculquer, à montrer aux résidents durant leur formation postdoctorale en médecine familiale pour que ceux-ci deviennent de bons médecins de famille. D'entrée de jeu, il juge qu'il est important que les résidents en médecine familiale acquièrent des compétences en matière de communication et qu'ils soient poussés à développer leur curiosité. En fait, ceux-ci doivent devenir de bons communicateurs et de bons détectives curieux. Ils doivent être capables de communiquer convenablement avec les patients afin de leur donner des informations et d'obtenir de l'information de ces derniers. Ils doivent avoir la curiosité intellectuelle (ou scientifique) d'acquérir et de maintenir des connaissances ainsi que la curiosité professionnelle de vouloir chercher à savoir et à connaître.

*« Proper communication and to force them to be good detectives; to force them to be good detectives and proper communication. I think if you can satisfy those 2 criteria just about everything else will fall into place. If you're a good detective and you're curious, you're going to learn whatever areas your weak spots are, if your sort of knowledge basis is taken care of, not only that, when the patient says "well I had this... well I think I had a chest X-ray a year, maybe it was 2 years ago, I'm not sure, but I think it was supposed to be normal, you know"... The curious person is going to say "that's not good enough, I have to get the X-ray result, I have to look at it myself, I have to phone up that place and get the fax. I have to take care of this. Or I'm going to send you for another chest X-ray because it's too hard for me to get hold of that old result." To be curious, and to be a good communicator. Both in terms of eliciting, being able to elicit information from the patient to be able to*

*communicate the information efficiently back to the patient. If those skills are mastered, then everything else comes after, everything else follows. »*

Outre le contexte de pénurie de médecins de famille, le cas07 parle également d'autres modalités organisationnelles du système de santé qui peuvent exercer une certaine influence sur la pratique médicale. Le cas07 parle longuement des influences de la rémunération sur la pratique des médecins de famille. Il explique comment le mode de rémunération influence sa pratique. Par exemple, celui-ci tente de voir le plus de patients possible lorsqu'il travaille à la clinique médicale privée de groupe multidisciplinaire puisqu'il y est sous le mode de rémunération à l'acte. Il avoue regarder constamment l'heure et d'essayer d'être aussi efficient et précis qu'il se peut. C'est de loin l'organisation où le rythme de la pratique est le plus rapide parmi les trois organisations où il pratique la médecine.

*« Because it is by act, I try to see as many patients as possible, I'm basically continuously watching the clock and trying to be as efficient and as accurate as possible. It is by far the highest pace work that I do of the three major sites that I work in. It's financially, it probably pays a little bit more, but for effort wise it's like one and a half times my effort I find. »*

Tel que mentionné rapidement un peu plus haut, le cas07 identifie le principal mode de rémunération (à l'acte) des médecins de famille comme le deuxième défi ou problème important du champ de la médecine familiale. En fait, le cas07 a une opinion unique (en comparaison aux sept autres cas et aux huit informateurs clés) et intéressante en ce qui concerne le mode de rémunération à l'acte. À ses yeux, c'est la façon de rémunérer les médecins de famille qui est la cause du problème et, de façon encore plus intéressante, il croit qu'avec le mode de rémunération à l'acte la population et les patients ne sont pas bien servis. Ceci serait particulièrement vrai au niveau de la prise en charge des patients les plus vulnérables et de ceux atteints de maladies mentales. En guise d'exemple, le cas07 rapporte que certaines cliniques médicales privées offrant des services médicaux généraux dans la communauté où se trouve le centre de soins secondaires dédié refusent catégoriquement de servir les patients au prise avec une problématique de santé spécifique recevant des services au centre. Apparemment, ces cliniques suggèrent au centre de référer ses patients nécessitant des services médicaux généraux vers les services hospitalier d'urgence.

*« Issue #2 would be outside of CLSC (...), the practice of family medicine is fee for service and I don't think that our patients are being well served, especially the more vulnerable and the more psychiatrically oriented patients are not being well served in a fee for service basis. Personality disorder patients are not well served in a fee for service basis. Depressed patients who have (...) problems, forget it. No physician in a right mind would be seeing my patients here on a fee for service basis. They kicked them out of their clinics. We've had clinics in the neighbourhood who have barred our patients from going there. They have*

*barred (...) patients, not like Bill Smith, but the center we cannot use certain services. They say go to the emergency room, don't go to our clinics, because they don't want to see our patients. So I mean I think that from a fee for service basis, these patients are not well served. And I think that that's a major problem. Those are...from my perspective, that's what I see as being major problems, as being the major issues, I could say. »*

C'est seule fois dans la présente recherche qu'un des participants (autant au niveau des cas qu'au niveau des informateurs clés) identifie le mode de rémunération à l'acte comme un problème important du champ de la médecine familiale. La rémunération est mentionnée à quelques reprises par les autres cas et les informateurs clés comme étant insuffisante pour la prise en charge des patients vulnérables ou atteints de maladies mentales, particulièrement suivant les consultations rapprochées parfois nécessaires et la durée des consultations. À chaque fois, aucun des autres cas ou des informateurs clés ne remettait le mode de rémunération à l'acte en cause; ils optaient plutôt pour une rémunération supérieure de l'acte ou un montant supplémentaire pour ce type de clientèle. Toutefois, pour le cas07, c'est la façon de rémunérer les médecins de famille qui est la cause du problème et, de façon encore plus intéressante, il croit qu'avec le mode de rémunération à l'acte la population et les patients ne sont pas bien servis. Donc on pourrait que ce passage laisse entrevoir que les dispositions propres au professionnalisme médical domine ici les dispositions propres au côté entreprise ou affaires de la pratique médicale.

Or, selon lui, un mode de rémunération mixte pourrait s'avérer une solution intéressante. Le cas07 est conscient que si l'ensemble des médecins de famille serait rémunéré à tarif horaire, il y aurait le risque que ceux-ci travaillent moins forts en voyant moins de patients. Il croit qu'il y aurait aussi le risque que les cliniques de sans rendez-vous disparaissent, ni plus ni moins. Cette situation causerait problème puisque ce type de services cliniques est nécessaire. Tout ceci ferait en sorte que la population ne serait pas bien desservie. Un mode de rémunération mixte ou encore, un équilibre entre le nombre de médecins de famille rémunérés à l'acte et ceux rémunérés à tarif horaire pourraient être parmi les options envisageables.

*« Je suis sûr que ça serait un mix entre les deux. Parce que si tout le monde travaillait à salaire, ça serait... ou tarif horaire, premièrement c'est la fin de toutes les cliniques sans rendez-vous qui voient 60-80 patients dans une journée. On the one hand you could argue well they're not practicing good medicine. On the other hand they're doing something, seeing 60 patients in a day. So not all 60 patients are followed-up. If you can treat 60 patients in a day, because... yes, sore throat here – antibiotics, next patient; here, yes, pneumonia – antibiotics, next patient; oh... zap, next patient; well if you can do that and you can treat the 60 patients, well good for you. And you probably deserve to make a whole lot of money. I have nothing against that. But on the other hand, if you walk in and say "hi,*

*bou-hou I'm depressed and I'm stoned, and I'm drunk and I'm going to take an hour of your time"... you're going to be kicked out of that office. On the other hand if you get rid of sans rendez-vous clinics who work on a per-patient basis, and make them work on an hourly basis, that's not exactly doing service to the population either. So I'm sure that the balance of the two is what is necessary. Probably more tarif horaire physicians. »*

Le cas07 prétend n'avoir aucun intérêt pour l'aspect financier (ou économique) de la pratique de médecine familiale et, de ce fait, ne pas être touché par ce sujet. Il sait que peu importe les circonstances de l'endroit où il se trouve au Canada, il pratiquera la médecine familiale. Celui-ci travaillera autour de 40 à 45 heures par semaine, aura un bon salaire et sera heureux. Le cas07 dit porter aucune attention aux débats entourant les différences salariales entre les médecins du Québec et ceux des autres provinces canadiennes.

*« L'aspect financier – it may be true, it may not be true, it all depends on how you look at the statistics. I don't care about it. That doesn't affect me. No matter where I work in Canada, I appreciate that some areas I may make more money, I may make less money, the cost of living may be better, it may be higher, the cost of living may be lower, the style of work may be harder, the style of work might be less harder but I know that no matter where I am, I will be practicing as a family physician. I'll probably be working about 40-45 hours a week and I'm going to be making a good income and I'm going to be happy. So I really don't care. (rire) And this is my own personal view. So I can't comment on the financial discrepancy between the provinces. I know that there's a raging debate going on and everyone's screaming bloody murder, but I don't know and I don't pay attention to that debate, because whatever, I've got other things to worry about. »*

Encore une fois au cours de l'entrevue, le cas07 laisse voir son peu d'intérêt pour le côté affaire ou entreprise de la médecine. Il semble que l'aspect économique de la pratique médicale n'exerce qu'une influence mineure, tout au plus, sur son comportement.

Le cas07 place beaucoup d'importance sur la relation médecin-patient. Il est d'ailleurs d'opinion que tout motif économique vient opacifier la relation entre le médecin et le patient. Le rôle du médecin est d'abord et avant tout d'être le défenseur des intérêts du patient et non pas d'être le défenseur de ses propres intérêts. Prenant comme exemple le débat entourant la privatisation du système de santé, le cas07 croit que tout est une question d'objectifs et de priorités. Si le but est de maximiser les gains ou les profits, bien certains médecins de famille pourraient s'avérer en faveur de la privatisation. D'un autre côté, le cas07 est d'avis que, suivant sa perspective de médecin de famille, les patients et la population ne sont pas bien desservis dans un contexte de financement privé des soins. Celui-ci confie donc éprouver beaucoup de difficultés face à la privatisation du système de santé.

*« The danger of course would be that... personally I don't... no, I don't like the private system. I don't like the way that system works; because it clouds the doctor/patient judgement. It clouds the doctor/patient relationship. I have patients who have gone to a private clinic, who go for their executive check up and they pay 500\$ for their executive check up. And then they get back this 200-page report about their executive evaluation. And then they come to me and they put the report in front of me and say "what does it mean?" and I say "you know what? It means you're healthy. And I could have told you that, when you first came into my practice. I don't know why you did it. But hell, if you're going to pay me 500\$, sure I'll run you through all these tests also! Are they necessary? No. But yes, bring on the money, man." So you know, it depends on what your goal is. If your goal is to maximize your profits, sure I guess I suppose I should be saying privatization is great because I'm a family doctor and I can double my salary if I go all private, well yes. But on the other hand, as a family doctor I don't think that the patients are well served. »*

Le cas07 considère que le financement public du système de santé permet une relation médecin-patient beaucoup plus adéquate puisque l'environnement est différent. En effet, tout aspect financier est mis de côté, ce qui, selon lui, facilite un environnement plus collaboratif entre les médecins et les patients.

*« In the Medicare you take that whole financial aspect, that whole money back guarantee aspect. The whole cost saving aspect. You put that aside. And you take it out of the doctor/patient relationship. And it makes it a much neater relationship, it makes it a much more proper relationship. »*

Le cas07 semble être habité d'un fort sentiment de responsabilité vis-à-vis des patients. Au-delà de la rémunération à l'acte, il semble que le cas07 apprécie moins sa pratique en cabinet privé parce qu'il est d'avis qu'elle ne lui permet pas une prise en charge rapide et responsable de ses patients. En fait, il peut y avoir des délais inutiles pour les patients puisqu'il n'est présent qu'une fois par semaine et que personne n'assure le suivi de ses dossiers urgents durant son absence; ce qui n'est pas le cas au CLSC-GMF où il y a des procédures et une équipe pour assurer le suivi de ses dossiers urgents durant son absence.

*« If an urgent laboratory report would ever come in they don't go through it, so this is a potentially serious problem. And the responsibility is for me if I anticipate that there's going to be an urgent lab, that I'm supposed to actually contact the patient directly or contact the lab directly. As opposed to the CLSC where there's a system in place so that when an abnormal lab comes in it's seen by the nurse right away and if it's urgent, then it's seen by the doctor right away, and there's always somebody to validate within a 24 hour delay. At (...), that can go on until 7 days, if I have to be there once a week. »*

Le cas07 poursuit ses propos en ajoutant qu'il est vrai que sa pratique en cabinet privé offre un léger avantage sur le plan économique mais que ceci est équilibré par la quantité d'efforts, de temps et de maux de tête en lien avec ce type de pratique. Il juge qu'il est plus enrichissant de pratiquer à son

centre de soins secondaires ou au CLSC-GMF puisqu'à ces endroits il peut prendre tout le temps nécessaire afin de prendre en charge des patients en crise ou vivant une période particulièrement difficile. Le cas07 confie se sentir mieux dans ce type de pratique où il dévoue le temps qu'il faut à chaque patient. En fait, celui-ci n'a pas l'impression d'être un abruti et de pousser les patients hors de son bureau après 20 minutes de consultation parce qu'il a d'autres patients à rencontrer.

*« Financially it's... ok, financially it is a little bit rewarding, but for the amount of effort and time and headaches that I put into it, it balances out. From a professional standpoint, I find it more rewarding working here at (...) or working at the CLSC (...), where I can actually take the time to say ok, granted I see fewer patients, but when the patient comes in in crisis and it takes me an hour to deal with this patient, I don't feel like I'm a schmuck trying to push them out after 20 minutes, saying "get out of my office, I got another 2 patients to see." You know, if you're in crisis and it's going to take an hour, fine, I'll take the hour, because your in crisis, and so I find that that's more... that makes me feel better. I don't really know the proper words to say it, but yes, that's... »*

Le cas07 parle des problèmes de disponibilité et d'accessibilité aux services de santé. D'entrée de jeu, il précise cependant qu'à ses yeux les services sont raisonnablement disponibles et accessibles. Pour les situations cliniques qu'il considère urgente, celui-ci n'hésite pas à défendre les intérêts de ses patients et à demander un accès rapide aux services nécessaires.

*« It's reasonably... services I find are reasonably available. If things are needed more urgently, then I will have to fight for them, but otherwise, they're reasonably available. »*

Point intéressant, le cas07 affirme s'être adapté à la réalité du terrain, et plus particulièrement à celle du territoire montréalais. Ce n'est donc pas qu'il ne ressente pas les effets pervers des contextes de pénurie de médecins et d'accessibilité limitée aux services diagnostiques et aux services médicaux. Bien entendu, le cas07 apprécierait beaucoup que ces services soient accessibles dans de très brefs délais. Mais selon lui, les délais d'attente (parfois longs) sont maintenant parties intégrantes des standards de soins. C'est la réalité actuelle de la pratique dans le système de santé québécois.

*« J'ai adapté à la réalité. I'd love it if somebody who comes in and says "you know what doctor, I've got this throbbing headache and you know, it's been going on for the past month and getting worse and I really think maybe I've got to do something about that" and I say "Gee, I think you need to get a CT-scan of your head." I'd love it if that scan could be done within 48 hours. I know it's not going to happen. But I'd love it if it could be done in 48 hours, because I don't think that the patient has go to the emergency room to do that. But I will do what I can to make it done within the next few days, but the reality is that I've had patients who have been delayed treatments because they're unable to navigate the system. They have to wait 6 months to see the ophthalmologist, they wait a year to see the*

*orthopaedic surgeon, they wait 3 months, 4 months to get an ultrasound. That's the standard of care. That's the reality that we're at. »*

Le cas07 dit que sa pratique de dépannage en région isolée ou éloignée amène un rôle plus gratifiant ou valorisant du médecin de famille et une pratique différente de la médecine familiale. En outre, les contraintes de disponibilité et d'accessibilité aux services de santé font partie de la réalité de la vie dans les régions éloignées et les régions isolées. En effet, il se doit de prendre en compte la distance et l'importance des coûts dans ses décisions cliniques puisque celles-ci peuvent impliquer soit des déplacements de patients vers les grands centres urbains pour voir des médecins spécialistes, passer des examens diagnostiques ou avoir des interventions ou encore, soit de faire venir les spécialistes sur place. Tout ceci a pour conséquence un coût important pour quelqu'un à quelque part. Par exemple, bien que les services d'imagerie par résonance magnétique ne soient pas disponibles et accessibles dans la région du Grand Nord, il est possible d'y avoir accès rapidement en cas de besoins urgents moyennant le déplacement du patient, l'utilisation d'un avion et des coûts très importants (environ 12 000 \$) au système de santé. Le cas07 apprécie ce type de situation dans laquelle le médecin de famille est la personne qui est le principal, et l'unique, médecin traitant. Le rôle du médecin de famille est, à bien des égards, beaucoup plus enrichissant. Au contraire, la pratique de la médecine familiale dans la région de Montréal diffère suivant la disponibilité et l'accessibilité plus faciles et rapides aux services diagnostiques et aux services médicaux spécialisés. Une partie du rôle du médecin de famille revient parfois alors à référer les patients vers les services appropriés et nécessaires ou encore, à coordonner les soins de santé des patients.

*« My feeling is that here in Montreal, if I... like I work here at (...), but in the more sort of family medicine aspect... the family doctor is sort of either a point person to refer to other places, or to sort of maybe help to sort of group things together. But if you have a chronic migraine, and really you should be seen by a neurologist, why do you want to see a family doctor for that. Whereas up north, the family doctor is the person who's the treating physician, which is in many ways much more rewarding and in many ways much more... you are the singular physician, if you want to make a referral you can, but keep in mind that it either involves flying the patient down, fly the doctor up or a very long waiting list, it's not something that's going to happen in 48 hours without significant cost to someone somewhere. And I like that. (...). If it's urgent then I get the challenger and I put you on the plane. It'll cost the system 12 000\$, but we'll get that urgent MRI. So the urgent tests, the urgent technologies are available, they're just really far away. »*

Qui plus est, il n'y a généralement aucun, sinon très peu de collègues médecins de famille disponibles dans les communautés des régions isolées, telles que la région du Grand Nord. Il va s'en dire qu'il n'y a pas de médecin spécialiste. Selon les dires du cas07, il n'est alors pas possible d'obtenir une information ou un conseil rapidement, notamment lorsqu'il fait face à un besoin



ponctuel d'information pour des situations ou des cas particuliers. Le cas07 doit alors faire une communication téléphonique longue distance. Il s'agit d'une pratique bien différente que lorsqu'il pratique dans la région de Montréal.

*« When you work in (...), you are the physician; when you're in one of the communities outside of (...), you are the only physician, you have no colleagues that you're going to bump into in the hallways because you're the only one there. So if you've got a question you've got to get on the phone and make a long-distance call, like... that's a very different practice of medicine. »*

Le cas07 est par ailleurs convaincu que cette pratique de dépannage en région isolée ou éloignée influence sa pratique lorsqu'il revient dans la région de Montréal. Il dit importer, en quelque sorte, ses pratiques et ses compétences acquises dans les milieux isolés ou éloignés vers les milieux plus urbanisés. Celui-ci affirme réfléchir à deux fois avant de référer les patients vers des services médicaux spécialisés ou d'utiliser les services diagnostiques. En guise d'exemple, le cas07 rapporte une situation clinique qu'il a vécu alors qu'il faisait du dépannage dans une communauté du nord d'une des régions du sud du Québec. Le patient était instable et il y avait un urgent besoin de le transférer par ambulance au CH de soins généraux et spécialisés le plus proche. Le déplacement était d'une durée de deux heures. Le cas07 n'avait pas hésité à accompagner le patient et ce, à la très grande surprise de la famille du patient et des membres de l'équipe de soins à son arrivée au CH. Mais pour lui, cette pratique était tout à fait naturelle puisqu'il s'agit de la pratique courante lors de déplacements et de transferts de patients habitant les régions nordiques isolées vers des milieux où les services diagnostiques et les services médicaux spécialisés sont disponibles et accessibles. La responsabilité du médecin est de rigueur même durant les déplacements et les transferts urgents.

*« Definitely. Definitely. After I haven't been up north for... when I do dépannage, like I do maybe 3 weeks a year, 4 weeks a year, I don't go a lot. But when I am up north and then when I come back down... it forces me to think twice before I say "well, I'm going to send you for an orthopaedic consult," "I'm going to send you for a gynaecology consult"... and it's a very different practice. For that matter, when I did dépannage in (...) I had an unstable patient that I was transferring down, this is about 2 hours north (...) and I was transferring him down to (...). And up north, in the isolated village, if I have an unstable patient that I'm transferring to (...), you have a doctor on the airplane, it's 3-hour flight, you have the doctor on the airplane and the plane's there and the patient's there, and you monitor the patient on the transport, because you're also responsible for the transport. So when I was in (...), it didn't even occur to me that maybe I would be practicing something a bit different. So I had this unstable patient, I called for the ambulance, the ambulance arrived, I got into the ambulance and I monitored the patient from (...) to handover the patient to the physician in (...). And it was only afterwards that the family was like blown away that this doctor had actually gone on a 2-hour ambulance ride all the way to (...), and*

*the hospital was like wow! Why did you do that? The nurse can do that. And I said well, for the same patient, the same circumstance, up north I would have done that, and that's the standard of care, so I just applied the same model down here and... so it's like I'm importing resources that I learned or techniques that I'm learning up north down here in more urban areas. »*

Le cas07 parle des inconvénients de certains programmes gouvernementaux, tels que les AMP et les PREM en omnipratique. En premier lieu, il voit un avantage et des inconvénients imposés par les AMP. L'avantage est que le programme force, en quelque sorte, les nouveaux médecins de famille à participer aux services médicaux répondant aux besoins prioritaires de la population de la région. Malheureusement, le cas07 est d'avis que le programme est très structuré par des catégories de services médicaux (urgence, hospitalisation, obstétrique, soins de longue durée, etc.) qui ne reflètent peut-être pas nécessairement les besoins réels propres à chacune des régions québécoises. Les AMP se caractérisent donc par un manque de flexibilité pour s'adapter aux disparités géographiques qui existe d'une région à l'autre.

*« I guess the advantages of the AMPs is that it forces physicians to work in areas that are identified in the given community as under served. Unfortunately, it's highly structured that it must fall into the following categories and it tends to have... I don't think it necessarily reflects the community, the demographics of that zone. Like I don't know... category 1 is emergency room work and hospitalization work; category 2 is réadaptation, category 3 is obstetrics, category 4 is clientèle vulnérables, category... there are like 6 or 7 categories and you must serve 12 hours a week in any one of these 7 categories, which sort of paints a very broad picture over the province of Québec, but maybe the Island of Montreal says listen we really desperately need réadaptation, and you know, the rooms, they're not too bad, maybe in another region of Québec it might be very different, the needs. So that sort of... so my understanding is that it's not a flexible... it's not an adaptable environment. The advantage of course is that when there are needs, they tend to be more priority and they tend to be filled. »*

Aux yeux du cas07, les AMP forcent la fragmentation de la pratique des médecins de famille. Il s'agit là du principal inconvénient. Il est présentement rare de trouver un médecin qui travaille à temps plein à un seul endroit ou qui concentre sa pratique sur un seul type d'activité, du moins sur le territoire montréalais. Une partie importante du temps des médecins de famille est consacrée à répondre à leurs obligations d'AMP. La fragmentation de la pratique médicale qui en découle ne favorise pas le travail dans la communauté à temps plein et la prise en charge.

*« The disadvantages is that it guarantees that physicians will be part time. All family physicians that I know are part time physicians. There are no full time physicians in Montreal. We all are part time because we all have fragmented work. I'd love to...I'm not going to work 5 days a week at (...) even though I like it, because it's too narrow a practice. So it means that I have to work in two different places. I'd love to work at the CLSC (...), but I don't have my AMPs so I have to work here. So it forces a fragmentation. »*

Le cas07 aborde ensuite les inconvénients des PREM en omnipratique. D'entrée de jeu, il s'exclame à deux reprises que ce programme est terrible. Point intéressant, celui-ci est d'avis que ce programme est responsable de la pénurie de médecins de famille à certains endroits. En théorie, les PREM forcent une redistribution des effectifs médicaux généraux sur l'ensemble du territoire québécois, particulièrement à l'extérieur des centres urbains. En pratique, les PREM obligent des nouveaux médecins de famille à débiter leur pratique médicale dans une région avec laquelle ils ne sont pas familiers; un endroit où ils ne sentent pas comme « à la maison ». Il y a donc le risque que le résident décide de tout simplement aller débiter sa pratique dans une autre région, ailleurs au pays ou aux États-Unis. On assiste donc à une réduction des effectifs plutôt qu'à une redistribution; ce qui est mauvais en soi.

*« Well now, 5 years later, we've got this awful shortage of physicians. In theory, it forces a redistribution into outline areas. In practice, if you were to tell me that I can't work in Montreal, I don't think I'm going to work in Témiscamingue. I'm going to find myself working in St. John's. I'm going to find myself working in Ottawa. I'm going to find myself working in Toronto. I'm not going to find myself working in Témiscamingue, because I don't know anyone in Témiscamingue and I'm an Anglophone and what the hell am I doing in Témiscamingue. I don't want to be in Témiscamingue. It's not my home, it's not my place, it's not my milieu at all. So I'm going to find myself outside the province, so now instead of redistributing, you've actually reduced. And that's really bad. »*

Le cas07 poursuit ses propos en ajoutant que parmi les résidents en médecine familiale formés à l'Université McGill, il y en aurait qui manifesteraient peut-être le désir de débiter leur pratique à Montréal mais qui se voient souvent refuser un PREM et ce, même dans un contexte de manque d'effectifs médicaux sur le territoire montréalais. Ceux-ci décident plutôt de s'installer à l'extérieur de la province. Il n'est donc pas possible de recruter tous les candidats qui voudraient venir pratiquer la médecine générale au Québec. Les médecins de famille dont la langue maternelle ou d'usage est l'anglais peuvent ainsi se faire plus rares pour répondre aux besoins de la population préférant recevoir des services en anglais. Pour le cas07, contrairement à une redistribution neutre des effectifs médicaux généraux, les contraintes imposées par les PREM sont responsables d'une perte nette de ces effectifs.

*« So when you have a physician who's from British Columbia or from Ontario who comes to do their residency in Montréal and say "oh wow! What a nice city!" And then they're told "sorry you don't get a Montreal PREM, you can go to Beauce." "Well, where is Beauce. I'm going to go back home"; wherever home may be, but you're not going to go where the government tells you to go. And again the net result is that we aren't recruiting physicians, we're losing physicians. Physicians are going somewhere else, but they're not staying within the system. We actually have a net loss as opposed to the neutral redistribution. »*

Selon lui, cet inconvénient affecte autant les résidents en médecine familiale formés aux facultés de médecine francophones que ceux formés à la faculté de médecine anglophone. Au-delà de la langue maternelle et d'usage, il y a aussi le besoin de travailler dans un environnement où l'on se sent chez soi.

*« C'est sûr que le facteur langage est plus spécifique pour McGill. Je ne connais pas les autres centres, Laval, Montreal, Sherbrooke, mais c'est sûr que... I can only assume that you have the language aspect, you also have the home aspect. And a person will tend to work where they feel at home; wherever that may be. Be it going back to where they are from, wherever that place may be, or going to a new place that they have come across where they feel it is their new home. This is where a person will tend to work and will tend to gravitate. (...) A physician who is from Saguenay-Lac-Saint-Jean, who does a residency in Québec City who says "gee, I'd really like to work in Québec City" and is told I'm "sorry, you can't work in Québec City, you have to work in the Trois-Rivières region" might not be too happy about that and instead might work in another environment, they might work in either... work au Grand Nord, where you're a fish out of water, but at least you make a whole lot of money, or work in another province altogether. Work in New Brunswick, work in another region of Québec, but I don't think that the person's going to find themselves forced to relocate to a new environment. »*

Enfin, le cas07 termine en soulignant les effets pervers que peuvent avoir les PREM au niveau de la formation de nouveaux médecins de famille au Québec. Selon lui, ce programme est en partie responsable de la diminution de l'attrait des postes de résidence en médecine familiale, du moins à l'Université McGill. Les étudiants en médecine des autres provinces qui, à l'origine, pourraient être intéressés à travailler à Montréal peuvent éventuellement décider de ne pas déposer leur candidature au programme de résidence en médecine familiale de l'Université McGill à cause de la crainte de ne pas recevoir un PREM pour débiter leur pratique médicale à Montréal. Selon le cas07, ceux-ci ne pourraient justifier d'être formés à Montréal et d'apprendre le fonctionnement du système de santé québécois pour ensuite être forcés de se relocaliser et de débiter leur pratique ailleurs au Canada.

*« But if I say "wait a second, maybe I'd want to work in Montreal but I know that I'm probably not going to get a PREM in Montreal, so why do I want to do my residency in the Montreal area, I'll do my residency somewhere else." And in fact the residency spots, the recruits, the applications for family medicine at McGill went down. We had unmatched spots, which is unheard of. But we have unmatched spots now, because we're not attracting enough applicants. Well, you can go to Montreal, you can go to Ottawa, where would you rather go? You can go to Ottawa and when you finish you can keep working in Ottawa or you can go to Montreal, learn the system, understand the system, know all the ins and outs of the system, then be forced to relocate somewhere else in Canada? No. You're going to go to Ottawa. You're going to go to Kingston. You're going to go to Toronto. You're going to go to Winnipeg. You're going to go anywhere, but... but Montreal. (rire) So yes, we have a problem. »*

Le cas07 soutient que ce qu'il apprécie le moins de sa pratique en cabinet privé est cette impression qu'il est payé pour retourner le patient (d'où il vient). Avec le mode de rémunération à l'acte, le médecin reçoit une rémunération la minute que le patient entre dans le bureau du médecin; tandis que le patient coûte de l'argent au médecin pour chaque moment qui passe par la suite. Il s'agit là d'une vision très différente et très négative de la pratique médicale. Aux yeux du cas07, c'est une vision économique blanche ou noire de la médecine avec laquelle il se sent inconfortable. En fait, celui-ci n'aime vraiment pas le côté affaire de la pratique médicale, qu'il s'agisse du paiement à l'acte ou encore d'un éventuel financement privé du système de santé où le patient (ou son régime privé d'assurances) serait celui qui devrait payer le médecin et où là les incitatifs financiers seraient différents pour le médecin de famille. En fait, il parle du mode de rémunération à l'acte comme une des choses qu'il apprécie le moins de la pratique, ajoutant que le tarif horaire est un mode de rémunération plus neutre à ses yeux.

*« I would say that at (...) I like the least the fact that I'm being paid to turn the patient over. The moment the patient walks into the office, I have been paid. For every moment that passes, that person is costing me money. It's a very different way of looking at it. It's a very negative, it's a very black and white financial way of looking at medicine, but it's a very... it doesn't sit well with me for that. Likewise, if I was a taxi driver and I turned on the meter, when the patient walks into the office, it's my incitative to sit down and spend three hours with the patient. I don't care, the patient's the one that has to fork out the money, then the patient's the one who's on the hook and the patient wants to get out as soon as possible. So neither... like that's a part of medicine that I really don't like. At the CLSC (...), it's more sort of neutral, it's more neutral on tarif horaire, I find. »*

Les aspects légaux de la médecine sont aussi parmi les choses qu'il trouve difficiles et qui lui déplaisent le plus dans sa pratique. En guide d'exemple, le cas07 parle de la difficulté d'obtenir les résultats des examens diagnostiques ou des analyses de laboratoire par télécopieur si le patient n'a pas préalablement signé une autorisation écrite pour la transmission de ses résultats. Le fait que le patient soit présent près du médecin et qu'il lui accorde une autorisation verbale ne suffit pas. En fait, il a absolument besoin d'une autorisation écrite de la part du patient avant de pouvoir communiquer avec un autre professionnel ou tout autre individu. Le cas07 affirme donc éprouver beaucoup de difficultés avec les aspects plutôt techniques et administratifs du droit médical.

*« I suppose maybe the legal aspects of medicine that don't sit nicely with me. If I have to communicate with an individual or with an other professional, and I know that I have the verbal consent from the patient, I still can't communicate with them, because I need a written consent. If the patient sitting beside me, and this has happened that I have the patient sitting beside me saying "I went to this hospital to do this blood test" and I need that blood test, I phone up the hospital and they say "I'm sorry we need you to fax... we don't fax you the results, it'll be in the mail." And I say "well the patient's sitting in front of me, now it'd be really helpful if you could fax the results over to me." "Well if you were a real*

*doctor"... like... (rire) But you know, the technical administrative legal parts don't sit well with me maybe. »*

Lorsque l'intervieweuse lui demande si les poursuites médico-légales font parti des aspects légaux de la médecine avec lesquels il éprouve des difficultés, le cas07 répond d'emblée, non. Il ajoute toutefois que la crainte de poursuites est toujours en arrière-plan dans sa tête lorsqu'il pratique. Celui-ci se qualifie peut-être d'idéaliste. Le cas07 se dit qu'il va pratiquer selon ses standards de soins et travailler du mieux qu'il peut et ceci, en espérant de ne pas faire des erreurs. Il est toutefois conscient qu'il fera sûrement des erreurs au cours de sa carrière, mais espère qu'il ne fera pas trop souvent l'objet de poursuites pour faute professionnelle. Au pire des cas, l'Association canadienne de protection médicale est là pour l'aider. Le cas07 sait qu'aussi longtemps qu'il ne fait pas quelque chose de terrible, son permis de pratique ne sera pas suspendu. De même, aussi longtemps qu'il ne fait rien d'illégal, il ne sera pas emprisonné. Il n'est donc pas très inquiet à ce sujet.

*« Non. Non. C'est sûr que quand je travaille, c'est toujours quelque chose qui entre dans la tête, but I kind of... I guess maybe I'm an idealist, but I tend to say listen, I'm going to practice my standard of care, I'm going to do the best job that I can and I hope that I don't screw up. I know I'm going to screw up at some point in time but hopefully I won't be sued too often. And if I get sued, well the worst case scenario is I'm found guilty and the CMPA pays whatever has to be paid. You know as long as I don't do anything too awful, I'm not going to get my license suspended and as long as I don't do anything illegal I'm not going to go to jail so... you know, I'm not too worried about that. I don't know, it's my way of looking at it. »*

Lorsque l'intervieweuse lui demande qu'est-ce qu'il lui faudrait pour être le médecin de famille que vous rêvez d'être, le cas07 répond d'emblée qu'idéalement se serait d'avoir plus de temps avec les patients, d'avoir plus de temps.

*« D'avoir plus de temps avec les patients, d'avoir plus de temps... plus de temps, c'est ça. »*

Il pense qu'idéalement il faudrait avoir une meilleure collaboration, des échanges plus faciles et des relations plus fluides entre les médecins de famille et les médecins spécialistes. Notamment, il y aurait lieu d'avoir de meilleures communications tant orales qu'écrites. Le cas07 apprécierait recevoir une lettre de consultation à chaque fois qu'il réfère un patient vers les services d'un médecin spécialiste; ce qui n'est pas toujours le cas présentement. De plus, il considère que certains aspects légaux ou administratifs (rémunération) de la pratique médicale rendent parfois difficile l'obtention d'une information ou d'un conseil auprès des médecins spécialistes, particulièrement lors de communications téléphoniques.

*« To be able to consult other physicians and to know their honest opinions. Currently, if I consult a physician on the telephone, I speak to an ID physician let's say, or I speak to a*

*nephrologist or I speak to a neurologist, often they'll say I don't know, just send them over. In part because I'm not communicating the whole clinical story to them and in part, they don't want to be medically liable for communicating wrong information to me. So I mean, there are fundamental problems in this sort of negotiation and the other physician isn't being paid for this discussion, and if I wasn't paid by hour I wouldn't be paid for that discussion. So the communication doesn't work really well between physicians. If I send a patient to a consultant, to be able to get a letter back, saying "dear Dr D. I saw your patient, this is what I'm doing." That would be nice. »*

Enfin, le cas07 apprécierait savoir où les tests ont été faits ainsi que connaître les résultats et les avoir à la main lors de la visite de suivi des patients. Il semble ici peut-être faire allusion à l'importance que le réseau des soins de santé soit informatisé et que les cliniques « privées », pour ne nommer que ce type d'organisation, ait un accès directe et rapide aux résultats des tests. Selon ses dires, il n'est pas rare qu'il ait présentement à courir après les résultats manquants de tests. Dans son monde idéal, tout ceci faciliterait et simplifierait sa pratique.

*« To know when and where the patient actually went to do the test, and when they did the test. I've got patients who say "ah I went to do my blood tests." "Where? " "I forget." It doesn't help me because I didn't get the results and it's somewhere in Montreal. (rire) Well maybe it's in this place, so I phone, "oh no, it's at this other place." Like that would be a nice thing to know. I mean that's far from reality, but in an ideal world that would make my life a lot easier and a lot more streamlined. »*

Lorsque l'intervieweuse demande au cas07 quel devrait être, dans un monde idéal, le rôle du médecin de famille dans le système de santé, celui-ci répond d'emblée que le médecin de famille se devrait « d'être le point de départ des problèmes médicaux »; en fait, d'être essentiellement le point de passage obligé pour accéder au système de santé (« gatekeeper »). En plus, il devrait prendre en charge les problèmes de santé qui se présentent en soins de première ligne et non pas référer rapidement les patients vers des médecins spécialistes. Le cas07 est d'avis que le travail du médecin de famille est d'être le médecin traitant du patient et d'être impliqué dans la communauté. Il est toutefois conscient que ceci peut être plus facile à mettre en pratique dans les communautés rurales qu'à Montréal où le territoire est vaste et les médecins nombreux. Néanmoins, aux yeux de celui-ci, ce serait le rôle idéal du médecin de famille si on vivait dans un monde idéal.

*« D'être le point de départ des problèmes médicaux, d'être... to be the gatekeeper of the healthcare system; basically. And also to treat the problems that are out there. I mean I don't send everyone of my patients to a psychiatrist. I treat their depression here. I send maybe only 5% of my patients, 10% of my patients to a psychiatrist. The other 90-95% of my patients I treat them here. This is the job of a family physician, as opposed to saying "oh you're depressed, see a psychiatrist." You know, that's not the job of a family physician. In the more rural communities, the job of a family physician is to be the physician, and to do whatever is necessary to treat the patient as an individual and to be involved in the*

*community. In Montreal, the community involvement is probably less so, because the community is much bigger and the physicians are much more numerous. But I think that that's... in an ideal world, that would be ideal I think. »*

Ce passage est intéressant. Le cas07 mentionne en premier lieu que le rôle idéal du médecin de famille dans un système idéal de santé se devrait d'être celui de « *gatekeeper* » (disposition propre à la médecine sociale) et de prendre en charge les problèmes de santé des patients (disposition propre au professionnalisme médical). Par la suite, celui-ci enchaîne en disant que le travail du médecin de famille nécessite une implication dans la communauté. La médecine familiale en tant qu'une discipline communautaire est un des principes de la médecine familiale selon le CMFC. Cette valeur réfère directement au rôle social du médecin de famille et évidemment, aux dispositions propres à la médecine sociale.

## **Place et rôle de l'évaluation économique dans la pratique clinique**

Le cas07 connaît très peu l'évaluation économique, la pharmacéconomie et l'économie de la santé; du moins, il est possible qu'il en connaisse plus mais qu'il ne soit pas familier avec l'emploi de ces trois termes.

*« Very little. I mean I might know more, but I might not know that terminology, but ok, ask. »*

Le cas07 a écouté avec attention et intérêt l'explication de l'évaluation économique faite par l'intervieweuse.

Suite à cette explication, celui-ci affirme alors avoir déjà entendu l'usage de certains termes parmi les suivants : coût-efficacité, coût-utilité, coût par QALY, analyse coût-bénéfices ou encore analyse coût-conséquences. Cependant, il précise être surtout familier avec la formulation du ratio coût-efficacité sous la forme du coût par année de vie sauvée ainsi qu'avec certains concepts propres à l'épidémiologie, tels que le NPT (en anglais le *NNT*) et le nombre nécessaire pour nuire (en anglais le *number needed to harm*). Celui-ci ajoute par ailleurs que les analyses économiques sont fréquemment utilisées dans son champ d'intérêt particulier afin de « vendre » certains programmes.

*« I've heard those terms used. More cost per year of life saved, numbers needed to treat, numbers needed to harm, but in terms of the most common one that I've used in clinical context is cost per year of life saved and certainly there's a lot of cost analysis which is used*



*to sell the (...) programs. Because again in that context as well it is used. Those are the contexts in which I think I've heard those terms. »*

Le cas07 prétend saisir les concepts utilisés dans les analyses économiques et que ces dernières peuvent avoir une pertinence clinique.

*« Sure. Should we open a (...) clinic in Bell Canada... should Bell Canada and CAE Electronics want to get together and should they together fund a (...) clinic. Let's assume it's a private system and those two companies fund a (...) clinic for their employees. (...), but from an economic standpoint, you can actually say "well listen if employees have access to a (...) program, it costs this amount to actually run the program. But we also see that after 3 years or 4 years, you actually returned the outlaying capital in terms of your days off of work and in terms of fewer absentees and then higher efficiency. And better workplace environment." And specific with regards to (...) treatments in the States, this is how often it is sold, (...). But in terms of dollars, well the bottom line is who foots the bill. And if you're a big company and you want to foot a bill for an employees assistance program or for access to a (...) clinic or what not, it becomes very convincing to say "listen, you're going to put your money into an investment, basically an investment, and you're going to get your money back after 3 years or 4 years and then every year after that it's continuously giving, almost a positive cash flow because you put this outlay into these extra services." So yes, it may have clinical relevance. »*

De mémoire, le cas07 croit que les revues distribuées par les organisations professionnelles, telles que l'Actualité médicale, Le Collège du CMQ, Le Médecin du Québec de la FMOQ, n'intègrent pas d'informations issues d'évaluations économiques ou de considérations économiques dans leurs pages. Il est toutefois d'opinion qu'il serait nécessaire que ce type d'informations soit inclus dans les revues distribuées par les organisations professionnelles, bien que ces informations de nature économique se devraient d'être toujours gardées en perspective. En fait, le rapport coût-efficacité devrait entrer dans l'équation, mais ce ne doit pas être l'alpha et l'oméga de la prise de décision. Ainsi donc, le cas07 est d'avis qu'il est nécessaire pour les revues de discuter des informations issues d'évaluations économiques ou de considérations économiques puisque de ne pas le faire signifie que ce type d'informations restent en périphérie et que les médecins n'abordent pas la question du rapport coût-efficacité.

*« I think it's necessary, but I think that it's always necessary to keep it into perspective. It's not the be all and end all. We're not going to turn doctors into economists; we're not going to let one patient die because it's too expensive to treat them. Is it cost-effective to treat a 50 year old who's just had a haemorrhagic stroke in Kuujjuaq? Is it cost-effective to take that person, fly them down to Montreal, at 3h in the morning, mobilize emergency services to put them in the ICU for 2 weeks so that they die? No, it's not cost-effective at all. But if that guy was my father, I would do that. So cost-effectiveness isn't the be all and end all. Is it cost-effective to send me up to Kuujjuaq, to be paid 1000\$ a day versus 400\$ a day here in Montreal? No, of course not. It's the same person, it's the same services. It's not cost-effective at all. But it has to be done. So I mean it enters into it. Cost-effectiveness should*

*enter into the equation but it's not the be all and end all. And to not discuss it means that it stays in the periphery and then we don't address the issue. »*

Bien qu'il se dise à court d'idée, le cas07 fait quand même mention de quelques facteurs qui pourraient faciliter la prise en compte des informations issues d'évaluations économiques dans la pratique clinique. Bien qu'incertain, il lance une idée voulant que le tout pourrait être fait de manière personnelle. Il pourrait peut-être s'agir de mettre les médecins au courant des différences de coûts entre les options thérapeutiques et de les habituer à prendre en considération les conséquences économiques possibles pour le patient dans l'éventualité où ce dernier devrait payer le coût le plus élevé.

*« I have no idea. I would say to make it personal. To be aware to say "hey, you got one treatment that costs this much, you got another treatment that costs this much. Think about what the patient has to go through to... if the patient has to pay the higher cost." I don't know. »*

Ce type d'informations pourrait être présenté dans les activités professionnelles, tels que les congrès et les conférences. Il parle également de la disponibilité d'informations écrites, d'être en mesure de pouvoir les lire et d'y faire référence.

*« As an initial I would think in a conference. I think a conference format would be something that I would probably take the most out of. A close second would be written information, to be able to make reference, to be able to read it. »*

De plus, celui-ci est d'avis que les informations issues d'évaluations économiques se devraient d'être prises en considération dans les GPC, bien qu'il ne sait pas comment ceci pourrait être réalisé.

*« Yes. I don't know how they would, but I think they should. I mean the economic issues in British Columbia are different from the economic guidelines in Québec, which are different from the economic realities of Newfoundland; and are different from the economic realities of California or Florida. But I think it has to be taken into consideration. Otherwise, you'll come up with some guideline that's totally absurd, that no one could follow because it's not possible. »*

## **Place et rôle de l'information et des connaissances dans la pratique clinique**

Le cas07 révèle avoir peu de connaissances dans le domaine de l'épidémiologie. Il ajoute néanmoins avoir peut-être une certaine compréhension des statistiques puisqu'il a suivi un cours de statistiques dans le cadre de son baccalauréat en sciences. C'est en riant que le cas07 explique que,

de mémoire, lui et ses collègues de classe n'ont suivi que quatre séances de cours magistraux sur l'épidémiologie au tout début de leur formation prédoctorale en médecine. Celui-ci prétend avoir appris quelque peu au fur et à mesure des discussions cliniques et que celles-ci lui rafraîchissaient la mémoire sur certaines notions de statistiques.

*« I'm laughing because yes, I think I had one lecture I think it was after the one lecture in addiction medicine that we had in med-1. No, it's not true. We had four lectures in epidemiology in med-1; but that's my experience. I mean I took a whole course in statistics in my undergrad, and I found out it was a heck lot more useful than those four lectures in epidemiology, but I mean it sort of comes out a little bit here and there in clinical discussions when they say "well you know that study was just a retrospective analysis, you know I'd like to see a prospective analysis." And it kind of jog your memory and you say "oh yes, well you know like one study weight more than the other." But formally, like we had 4 lectures in med-1 and that's it. »*

Lorsque l'intervieweuse lui demande si, de façon générale, il a été formé à la MFDP, le cas07 répond d'emblée de ne pas parler de sa réponse au CLSC à vocation universitaire où il a reçu sa formation postdoctorale en médecine familiale puisqu'il ne croit pas avoir été formé à cette approche. Selon lui, à l'époque où il a suivi sa résidence, les gens au CLSC commençaient à parler du concept de la MFDP, mais sans aborder les aspects pratiques. C'est pourquoi il croit ne pas avoir été formé selon cette approche sur le plan pratique; bien qu'il ajoute que si, au contraire, ce fût le cas et bien c'est rentré dans une oreille et sorti par l'autre.

*« Don't talk of this to the CLSC... I don't think so. And I say I don't think so because at the CLSC they were starting to talk about evidence-based medicine and they were starting that actually and strictly speaking, the concept yes, but natural practical aspects, no. I don't think, if it was it went in one ear and out the other. »*

Le cas07 soutient que les connaissances issues des données probantes (études scientifiques, GPC) influencent sa pratique, bien qu'il avoue ne pas les prendre en considération de manière explicite dans sa pratique quotidienne. Pour lui, les aspects de la MFDP se présentent à son esprit au fur et à mesure de ses lectures, de ses apprentissages et de ses prises de connaissance des GPC. Tout ceci l'aide à équilibrer son arbre décisionnel afin de pratiquer la médecine familiale, il l'espère, de manière plus fondée sur les données probantes.

*« In day to day practice, no. In terms of when I'm reading, because that's when it would come up, if I'm reading or if I'm learning more about something, if I'm reviewing what are the new guidelines for hypertension, what are the new guidelines for treatment of CHF, what are the new guidelines for the treatment of depression, evidence-based medicine sort of helps me to balance my decision tree so that I practice medicine hopefully in a more evidence-based way. »*

Le cas07 opine qu'il est important que la prise en charge soit appropriée, à ses yeux, aux besoins du patient. Celui-ci fait allusion à l'importance de prendre en considération les particularités de chaque patient et ce, indépendamment des recommandations.

*« I'm going to treat the patient in the way that I think is appropriate to treat them. And if I didn't get their cholesterol down to 3 and I don't think that it's a good idea to crank them up with more than 8 medications even though maybe I should throw in a 9<sup>th</sup> one because the guidelines say that I should, you know I think I'm happy to say "listen you're an 85 year old person, you're on 8 medications and your cholesterol is 3, you're doing something good, so maybe you'll keep what you're doing and you'll live to 86." That's not exactly evidence-based, but hey, it works. I think. I hope. »*

Cela étant dit, le cas07 développe davantage ses propos en affirmant qu'il y a des pans de la pratique où les GPC sont utiles et font une différence. À titre d'exemples, il fait mention de trois lignes directrices concernant le traitement de la sinusite, le traitement de l'otite moyenne et le test de Papanicolaou (frottis cervicovaginal) qui, selon lui, font une différence importante. Celui-ci apprécie savoir la disponibilité de lignes directrices fondées sur les données probantes qu'il peut respecter et appliquer.

*« In some cases it does make a difference; the idea that the treatment of sinusitis doesn't change very much whether you treat it with antibiotics or not, so I'd lean towards not. The treatment of otitis media, do you treat it with antibiotics right away or can you wait 48 hours with Tylenol? This is where it makes a big difference. How often should I be doing a Pap test on a person? It's nice to know that there are guidelines out there that I can follow and it turns out that these guidelines are evidence-based and I try to apply it to the patients. »*

Le mouvement de la MFDP a quand même ses limites. Selon lui, il y a d'abord la réalité des patients et ensuite, derrière ça, il y a la réalité de la MFDP. D'autant plus que le cas07 semble percevoir les informations probantes avec un certain scepticisme. Il commente que les données probantes ne sont pas statiques; elles ne sont pas la parole de Dieu. Dans une dizaine d'années, les recommandations des GPC auront changé de toute façon. Le cas07 se pose alors la question à savoir est-ce que l'approche de la MFDP est meilleure ou pire que toute autre opinion clinique ?

*« From the clinical aspect, you'd look at the patient in front of you. You know it's all nice and dandy to say that the colonoscopy is supposed to be done every 10 years unless the colonoscopy... you have a positive family history of two or more first degree relative, therefore it should be every 5 years or whatever. But when you have the patient sitting in front of you who says "doctor, that was the most awful, horrible, god awful test that you ever done to me, and I hope you burn in hell for sending me to this test. I never want to do it again. I have to deal with the reality of the patient who's sitting in front of me, regardless of what the guidelines say. And hey, if I can make that patient go in 15 years, maybe I'm doing a good job. So there's the reality of the patient and then there's the evidence-based that's*

*behind it. And the evidence-based is something which is in evolution. I mean the evidence-based it's not static. So I mean if I take the evidence-based and I use it as a the word of God, it's not the word of God. In 10 years from now the evidence-based are going to change anyway. So is that any better or is it any worse than other clinical opinions? »*

Le cas07 rapporte ne pas ressentir l'influence ou la pression des pairs (collègues médecins de famille ou médecins spécialistes) pour avoir une pratique de la MFDP. Pour lui, cette approche n'est plus ni moins qu'un mot clé.

*« No. I hear it as a key word, that's all; it's a key word. Ok, that's nice, you're practicing evidence-based medicine, that's cool, good for you. »*

Le cas07 fait appel à différentes sources pour obtenir des informations ou des connaissances. Ces sources lui sont utiles autant pour maintenir ses connaissances que pour en acquérir de nouvelles. Il utilise principalement des sources écrites, bien que qu'il apprécie également les sources orales. Pour le cas07, il ne s'agit pas de prendre connaissance des données probantes (études scientifique, GPC) et de suivre aveuglément ces types d'informations. En fait, son approche quant à l'acquisition et le maintien de ses connaissances repose définitivement sur la triangulation des sources. Il croit que c'est le résultat de l'union et de la triangulation des sources qui influence sa prise de décision clinique. Ses lectures sont une source importante, incluant les livres de références, les articles scientifiques et les GPC. Ses trois autres sources principales sont les congrès, sa propre expérience clinique et l'expérience clinique de collègues médecins de famille ou de médecins spécialistes dans un domaine particulier. Le cas07 illustre d'ailleurs très bien son approche en prenant comme exemple le traitement et la prise en charge des patients atteints d'épilepsie.

*« Clinical experience. Both personal and other people's. If we're talking about the treatment of epilepsy which I've never treated anyone, I'm using that as an example of something I know very little about. I know that there's a whole lot of anti-convulsion out there and a whole lot of different types of epileptic patients. If I was suddenly told "(...), you have to learn how to treat epileptic patients." I would start reading up on epilepsy, I would start reading up on best practices on the treatment or management epilepsy. I would probably also talk to an epileptologist who treat epileptic patients and say "hey what do you do? How does this work? What are the problems you run into?" And then if I'm starting to see conflict between what I'm reading and what's practicing, I might address this and say "now why is it that this study says this or why is it that the literature says this but you're doing that." And see how they respond. And the union of all this information and the assembly of all this information I think is what enters into my decision as to how I personally will treat the patients. And that's sort of everything that goes into the decision. It's not just I would read the evidence-based medicine and therefore I will follow that... blindly. »*

Le cas07 va également prendre en considération les informations présentées par l'industrie pharmaceutique et ses représentants. Dans les faits, celui-ci reçoit très peu de visites de représentants pharmaceutiques. Il va surtout être en interaction avec ceux-ci et recevoir de l'information lors de formations organisées ou commanditées par l'industrie pharmaceutique, tels que des soupers conférences. Celui-ci précise d'ailleurs, en riant, que sa participation à ces formations est une chose honnête et à l'insu puisque l'ironie fait qu'il ne sait pas quelle compagnie pharmaceutique produit quels médicaments.

*« C'est rare. Peut-être 3 par année. C'est rare. Et même quand je vois les représentants, c'est surtout... c'est pas juste un représentant, c'est surtout les soupers. Un souper sur le traitement de la dyslipidémie. Comme ça, sponsored by Pfizer who makes one of the lipid lowering agents, and the irony, of course, is that I don't know what pharmaceutical company makes which drug, so (rire) it's on honest blinded thing because I don't know. And is Zocor better than Lipitor and is better than whatever other statins, Crestor, I don't know. As far as I know, they're all the same. So that's mostly my interactions with the pharmaceutical representatives. »*

Lorsque l'intervieweuse lui demande s'il a confiance en l'information que lui fournit l'industrie pharmaceutique, le cas07 répond d'emblée qu'il a confiance dans une certaine mesure. Celui-ci tient toutefois à préciser qu'il ne va pas suivre aveuglément cette information. Il va prendre en considération la littérature disponible, l'expérience accumulée dans les autres pays ainsi que l'expérience clinique de médecins. Le cas07 illustre ses propos par deux exemples puisés à même sa pratique dans son champ d'intérêt particulier. Il parle entre autres de deux nouveaux médicaments disponibles au Canada depuis peu et pour lesquels l'industrie pharmaceutique a lancé des campagnes de promotion. Bien qu'il soit conscient des pressions exercées par cette industrie, celui-ci explique que les médicaments en question ont fait l'objet de nombreuses études publiées et sont disponibles depuis plusieurs années en Europe et aux États-Unis. En plus, des présentations sont faites lors de congrès internationaux par des médecins ayant une expérience clinique concrète avec les nouveaux médicaments.

*« They provide me with information. To a certain extent I trust it. I mean I don't just follow it blindly. I have to say that when I talk about the 2 drugs that come to mind that I've seen most recently which are new to Canada is (...) and (...) both drugs in the field of (...). And in the case of (...) it's been used in Europe for the past 15 years. So hey, granted the pharmaceutical is like really driving it down my throat saying "(...), (...), (...)" but you know, there's a whole lot of studies in the States that also have come out and it's been used in the States for the past 5 years. And they've been researching it up to their wazoos about (...). And the bottom line is yes, it's another drug that's available and yes... I learned a little bit about (...), that's good. (...), well it's a new drug. Again it's been available in France for the past 10 years. It's been available in the States for the past 5 years and it's been available here in Canada for the past few months. And it looks like a neat drug. And I've*

*just had a chance to hear and to speak from other physicians, within the context of the American Society of (...). There are physicians who talked, and granted the pharmaceutical industry is playing a role, but I'm also hearing clinical experience from the physicians. "Hi, I'm Dr S. and I've been practicing with (...) for the past 10 years." I mean it lends credentials, it lends a certain amount of... it makes me trust a little bit more what's going on. »*

Lorsque l'intervieweuse lui demande s'il a développé une intuition dans sa pratique, le cas07 répond d'emblée qu'il peut ressentir un genre d'intuition instinctive (« *gut feeling* »); un type d'intuition qu'il se doit d'utiliser de manière appropriée. Il précise l'importance d'utiliser l'intuition instinctive pour ouvrir des portes et non pas pour en fermer. En effet, le cas07 juge qu'il coure le risque de se mettre dans l'eau chaude s'il utilise son intuition instinctive pour fermer des portes. Celui-ci se demande entre autres qu'est-ce que lui dit son intuition instinctive ?

*« There is a gut feeling going on, but my gut feeling... I use not to close doors, but to open doors. If you use gut feeling to close doors, you can get yourself in the hot water. If you use gut feeling to open doors, the worst you can do is put your head there and say nothing here and then you close the door. And then I ask myself why is my gut feeling telling me this. "Oh right, because you remind me of the last 10 patients who I saw, who had the following pattern." But gut feeling, "no you don't have a heart attack going on" and I'm closing that door based on my gut feeling, that's where you get into trouble. So you have to use gut feeling appropriately. »*

Aux yeux du cas07, la science fait référence au rôle de détective du médecin. Il s'agit des capacités de connaître, de comprendre, de réfléchir et d'appliquer la physiologie, les diagnostics et les traitements.

*« The science is to know what the treatments are, what the diagnosis is, to be able to put things together and ask yourself is it physiologically possible, what are the possible diagnosis? That's where the detective work comes in. »*

D'autre part, l'art de la médecine fait peut-être plus référence aux modèles heuristiques, tels que la reconnaissance prototypique (« *pattern recognition* »), bien qu'il avoue ne pas être certain si ces modèles réfèrent à la science ou à l'art. Qu'à cela ne tienne, les modèles heuristiques jouent également un rôle autant dans la prise de décision diagnostique que dans la prise de décision thérapeutique.

*« The treatment part involves... and to a certain extent... art also enters into... art might be... but more heuristic patterns, as a pattern recognition. I don't know if that would be science or art or what you would call it. But when I might see a certain pattern, I'm going to start digging for other things. And I find that when I'm supervising residents, and the patient answers questions in a certain way, I will ask the resident a completely tangential question, and I'll know what the answer is beforehand. Because I recognize the pattern and*

*the resident's blown away by this because it's pattern recognition. So that also plays a role in terms of making diagnosis or in terms of treatment. »*

Le cas07 poursuit ses propos en ajoutant que l'art fait probablement davantage référence à la capacité de « vendre » le diagnostic au patient. Celui-ci interprète l'art comme étant avant tout une capacité relationnelle. L'art de la médecine se trouve dans la relation au patient. Il s'agit d'identifier les situations des individus, de comprendre leur contexte, de travailler avec les émotions et de savoir comment communiquer avec eux.

*« The art aspect might be more in terms of selling the diagnosis to the patient. And I have to say selling the diagnosis to the patient because it's nice to say you have a sore throat, it's a virus, go home. But the patient's going to say screw you, I want my antibiotics. You have to sell it to the patient. You can't just give him the diagnosis and walk out. You haven't done your job. So you have to find out where the patient is and communicate with him in such a way that they understand your point of view. Maybe you'll agree to disagree, but at least you have to work with emotions and you have to give the effort and try to make it so that you can communicate properly. And that's where a lot of the art comes out? To be able to understand the context of the patient. Are you someone who wants to know everything there is to know about you or are you someone who says "you know what, I'm happy to live my life and die and maybe I won't know that I had that cancer going on deep down inside me and that's ok." Which person... which of these two people do you identify more with. And to understand the context of the patient, to understand the environment in which... do you investigate further or do you not? That's more the art as opposed to the science. »*

Enfin, le cas07 termine sa réponse en disant que la science de la médecine implique une réponse et une action. On peut mettre la réponse dans un ordinateur et celui-ci nous dira l'action à faire. L'art de la médecine, de son côté, implique la réflexion.

*« The science, there's an answer, you do it; put into a computer, it'll tell you what to do. But the art is more... think about it. »*

Ces cinq derniers passages parlent de l'intuition ainsi que de la science et de l'art de la médecine. Dans un premier temps, ils abordent l'intuition instinctive pour guider les pistes de réflexion clinique; la science de la médecine impliquant une réponse et une action tandis que l'art de la médecine impliquant, quant à lui, une réflexion. Dans un deuxième temps, ils abordent l'influence des modèles heuristiques dans la pratique médicale. Ces modèles s'acquièrent au fur et à mesure des expériences professionnelles. On y aborde ensuite le côté humain de la pratique. On peut y entrevoir l'importance des aptitudes humaines et relationnelles. Tout ceci semble correspondre à ce que Bourdieu appelle le sens du jeu (ou le sens pratique) dans lequel sont impliqués les acteurs sociaux. La bonne intuition ou le bon art dans la pratique de la médecine est le résultat de la mise en œuvre de dispositions acquises tout au long de la formation et de la pratique médicales.



## Place et rôle du médecin de famille dans l'utilisation des ressources de santé

Le cas07 a une opinion unique (en comparaison aux sept autres cas et aux huit informateurs-clés) et intéressante en ce qui concerne la double considération de la responsabilité face au patient et de la responsabilité face à la société dans la pratique de la médecine familiale. Celui-ci se dit en désaccord avec la double considération de la responsabilité face au patient et de la responsabilité face à la société dans la pratique de la médecine familiale puisque ceci revient à dire que le médecin de famille a deux rôles, soit le rôle de défenseur des intérêts du patient et celui de défenseur des intérêts de la société. Or, le cas07 est d'opinion que le médecin de famille n'a qu'un seul rôle, celui de défenseur des intérêts du patient. Le rôle du médecin est d'abord et avant tout d'offrir au patient le meilleur service possible qui est nécessaire. Il a l'obligation de prendre en charge le patient au meilleur de ses connaissances. Il n'a donc que la responsabilité vis-à-vis de son patient. Il n'a pas la responsabilité de sauver des coûts à la société. De façon tout à fait intéressante, le cas07 est d'avis que si vous êtes un bon défenseur des intérêts du patient vous êtes, par définition, également un bon défenseur des intérêts de la société puisque vous utilisez seulement les ressources de santé nécessaires évitant ainsi le gaspillage des ressources. Du moins, le cas07 est d'opinion que c'est implicitement pris pour acquis. Inversement, si vous gaspillez les ressources de santé c'est que vous n'êtes pas un défenseur des intérêts du patient. Enfin, il mentionne à nouveau devoir fonder ses décisions comme s'il devait les justifier à un juge de la cour. On peut donc voir la crainte de poursuites pour erreur professionnelle et d'être blâmé. Il a aussi à se faire face dans le miroir.

*« I think that the first statement is... ok, so this is saying that the family doctor has two roles, one to be an advocate for the patient, and to be an advocate for the public because you don't want to waste resources. I disagree with that statement. I think that it is true that the physician has to be an advocate for the patient and as being an advocate for the patient it doesn't mean that I'm going to give every patient a million dollar work up. I'm not going to send you unnecessarily for an MRI of your brain. That's not called being an advocate for your patient, that's called being a lazy physician. And that's not being a good advocate. If you are a good advocate for the patient, by definition, you're a good advocate for society and you are using the resources necessary. If I have a patient in front of me who I think might be having a heart attack, I have an obligation to treat the patient as though he's having a heart attack. I cannot go to the judge and say "Your Honour, I didn't order the following tests, because I was thinking of society as a whole and I wanted to save money and society. And that's why the patient died your Honour, and that's why I missed the diagnosis." That's not going to fly in front of the judge. I'd lose my licence if I say that. I'd get into trouble, I'd get sued. And last and above all, I've got to look at myself in the mirror at the end... I'm the last person who I see and I have to face myself. And I have to be an advocate for my patient, and that's where it ends. I do not have a responsibility of cost*

*saving for society; because if I am a good advocate for the patient, I will by definition not be wasting resources. And if I'm wasting resources it's because I'm not a good advocate for the patient. That's my view of things. »*

Dans ce passage, on peut voir une allusion à deux modèles de rôle, soit le rôle de défenseur des intérêts du patient (modèle propre au professionnalisme médicale) et le rôle de défenseur des intérêts de la société (modèle propre à la médecine sociale). Point fort intéressant, le cas07 considère que la responsabilité face à la société est sous-jacente à la responsabilité face au patient. Toutefois, c'est bel et bien le rôle fiduciaire traditionnel de défenseur des intérêts du patient qui prédomine dans toutes les situations. Il fait une fois de plus allusion aux avocats et aux juges dans l'éventualité d'une poursuite judiciaire. Les avocats et les juges sont définitivement des « joueurs » dont le cas07 craint la présence dans le champ de la profession médicale, incluant le champ de la médecine familiale.

En fait, le cas07 semble conceptualiser sa responsabilité face à la société comme étant une pratique d'utilisation des ressources fondée sur les critères de pertinence (ou bien fondé), d'utilité et de nécessité. L'objectif implicite sous-jacent semble alors d'être d'éviter un gaspillage des ressources et non pas de sauver des coûts à la société

*« You treat the patient, and you ask yourself where am I going with the treatment, where am I going with this investigation, and that's how you proceed. Specifically you must do this for the responsibility of society. »*

Selon le cas07, les critères d'influence sur la prise de décision clinique diffèrent selon qu'il fait face à une décision diagnostique ou à une décision thérapeutique. Au niveau de la prise de décision diagnostique, le cas07 dit faire face à un questionnement entre le bien fondé de l'utilisation des informations issues d'examens diagnostiques sur la prise en charge clinique des patients. Le questionnement est différent pour la prise de décision thérapeutique. Maintenant qu'il a un diagnostic, le cas07 doit se demander pourquoi il utilise ce service pour traiter le patient, quel est son critère d'efficacité thérapeutique et quel est son objectif de traitement. Ces questions sont importantes à ses yeux afin de porter un regard critique sur la décision thérapeutique.

*« When I'm making a decision, my decision is... I have a diagnosis in mind, if we're asking a diagnostic or therapeutic? If we're talking of diagnostic decision, I ask myself, how will the results of this test affect my decision? If it affects my decision, I will order the test. If it doesn't affect my decision, I won't order the test. I just saw a patient today who had an abdominal pain and the nurses said "how come you're not ordering an ultrasound?" I said "it's not going to alter my clinical decision. So we're not going to order it. It changes nothing." That's the end. Now yes, I could order an ultrasound and maybe we'll see all sorts of little bugs running around inside, but you know what? It's not going to change my*

*diagnosis, it's not going to change my management. So from a therapeutic standpoint, I have my diagnosis and I ask myself why am I treating the patient with this treatment and what is my end point and what is my goal. And you must be able to answer that question before you start the treatment, otherwise you don't know where you're going. And you can never say whether or not you had a successful treatment if you don't know what you're looking for to start with. »*

Le cas07 semble avoir intériorisé d'une certaine façon les contraintes budgétaires du système de santé. Celui-ci soutient que le coût des services est un de ses critères de décision, ou du moins il lui arrive de tenir compte des coûts des médicaments mais en autant qu'il ait présence d'une autre option possédant une valeur thérapeutique semblable ou similaire, ou encore lorsque la situation économique du patient ne permet pas d'acquérir des médicaments plus dispendieux.

*« Yes, certainly a dollar figure plays a role because I could say "well, I could give you this new ARB which came out a year ago, and it costs however kazillian dollars per pill or I could give you hydrochlorothiazide which you can give away because it's so cheap. Maybe I'll treat you with hydrochlorothiazide as a first time treatment." Sure, I mean it enters into my decision-making, if it has an equal. »*

Lorsqu'il doit choisir entre des options médicamenteuses ayant des effets similaires ou semblables, le cas07 prétend avoir habituellement tendance à prescrire les moins dispendieuses.

*« Sometimes I will ask... if it's not really that much... it's not going to change a whole lot, I'll usually prescribe the cheaper one, whether we're talking antibiotics, hypertension, depression, whatever. »*

Le cas07 avoue que c'est dans sa nature de toujours faire le poids et le contrepois (« *checks and balances* »); c'est-à-dire à qualité égale (ou similaire), opter pour la solution la moins dispendieuse. Cette manière de penser et d'agir (un genre de calcul mental), d'être économe, découle en grande partie de ses parents.

*« I mean again if it's the toss of a coin, I'll pick the cheaper one. (...) That's who I am. It's always the checks and balances. So my parents were. When you stand in line at Steinberg's and the 4 of you are standing in line because there was maximum 4 per customer, and all 4 of you are standing there because you're all holding 4 rolls of toilet paper, you learn, ok, mental calculus. You do your things. (rire) »*

Le cas07 affirme qu'il pourrait alors appliquer le même raisonnement qu'il y ait présence de régimes publics ou privés d'assurances, tout en gardant en tête que les priorités du patient ont préséance. Celui-ci met alors en relation la différence des effets des options thérapeutiques disponibles avec la différence des coûts de celles-ci. Il s'agit alors de se demander si la différence d'efficacité entre les deux options justifie les coûts supplémentaires. Dans l'éventualité où la différence est petite, la réponse est non. D'autre part, dans l'éventualité où la différence d'efficacité

est significative, alors l'option thérapeutique avec les effets supérieurs doit être privilégiée dans l'intérêt du patient. Cela étant dit, il est d'avis que les considérations d'ordre économique ne peuvent être ignorées dans la prise de décision clinique.

*« I mean the majority of my patients have some form of private insurance, whether it covers 70%, 80%, 90% or 100%, I don't know, but the majority of people have some form of insurance and they are... and the majority of the medications that I prescribe are covered by the majority of insurance programs. But even then, if there's like a significant gap of... well, this pill costs 10\$ a day and this pill costs 1\$ a day, I might ask the questions... I might ask myself the question what is the difference of efficacy, and I might say well is it really worth it. If it's a small gap, no. I mean again patient priority comes first. But I don't think you can ignore the dollar figure. »*

En outre, le cas07 rapporte que la présence de régimes publics ou privés d'assurance médicaments peut exercer une certaine influence sur sa pratique. Il avoue avoir parfois à tenir compte des considérations économiques dans ses choix de prescription lorsque ces régimes d'assurance ne couvrent pas les médicaments qui pourraient offrir des bénéfices attendus supérieurs selon les particularités du patient ou lorsque le montant de la coassurance est trop élevé suivant la situation économique du patient.

*« If it could make a difference, I will often ask the patient and say, or at least in the context of (...), "are you on welfare? Do you have private insurance? Are you working but on the public system? What is your insurance and how does that work?" And sometimes that'll affect how I prescribe medications. Because if I know that the patient can't afford it, then there's no point in prescribing it. I have a patient, (...) costs like 6\$ a day, it's pretty expensive. And some insurance companies will cover it, some insurance companies won't. So if the insurance company doesn't cover it, I have to address the economic issue. »*

Néanmoins, les coûts ne peuvent pas devenir plus importants que les autres critères; ce critère ne doit pas être le facteur décisif. En guise d'exemple, le cas07 a remis à l'intervieweuse une feuille de requête d'analyses de laboratoire d'un CHU sur laquelle sont indiqués les coûts. Il dit toutefois que ce genre d'informations ne l'influence pas puisqu'il va demander les analyses qui lui semblent nécessaires et ce, indépendamment des coûts. Donc, le critère de pertinence prévaut. L'allégeance du cas07 est d'abord et avant tout au patient. Il mentionne ses obligations d'informer le patient sur les options thérapeutiques disponibles, de mentionner les différences d'effets et de coûts, de donner une opinion médicale et de respecter le choix du patient.

*« Yes. I think that it has to play a role, I don't think it should be the deciding factor. If I am going to use my monopoly as a physician and say you're going to take this medication and I know damn well there's another medication out there that costs 10 times more but might be slightly effective, I do think that I have an obligation to let the patient know, and bounce it off the patient and say "listen, you know I could give you this drug, but I could also give you this drug, but this drug is a little bit more effective. It's not all that much more effective and*

*that's why I'm giving you this other drug. But it's a heck lot more expensive. So in my opinion, I'd recommend the cheaper one." And if the patient says "I don't care, money is no issue, here, I'll drop the 1000\$ on the table you give me the more expensive pill", I'll say "ok, I'll give you the more expensive pill." But if I'm going to make the decision to give the cheaper medication based on economic issues alone, now based on clinical opinion, like do I treat you on Septra or Cipro, there is no evidence to say one is better than the other, so of course I'm going to choose the cheaper one. But if there is like "well you know I could treat you with Septra for pneumonia, but it's not all that great. I could treat you with Cipro for pneumonia and that's actually a lot more expensive. But because you look poor I'm going to treat you with the Septra"... or "because you know, our budget's coming due and I better treat you with the Septra"... »*

Point fort intéressant, et qui est mentionné par ailleurs à quelques reprises tout au long de l'entrevue, le cas07 développe davantage sa pensée en disant toujours fonder ses décisions comme s'il devait les justifier à un juge de la cour. Il considère ceci comme une sorte de test décisif (« *litmus test* ») de ses décisions cliniques. Il y a donc un besoin de bien documenter le processus décisionnel et la décision prise. Ces commentaires sous-tendent la crainte de poursuites médico-légales pour faute professionnelle.

*« My "Litmus test" of should I... Am I doing the right thing or not is always can I go in front of the judge and explain to the judge why I did what I did. And if the answer is "your Honour, I gave him this suboptimal antibiotic because I was running out of money, the budget was running dry", it's not going to fly. And if I say... and likewise, if I had to tell the patient "I'm giving you this because upstairs they don't have enough money", the patient's not going to like that. On the other hand, it has to be taken into consideration if the patient is footing the bill, I feel like I have an obligation of telling the patient, "listen this is the reality." The patients here at (...), they have to pay for their own medications. We don't pay for the medications. We will pay for (...), for the treatment of (...), but if they (...) and I need to treat them with (...) they get a bill at the end. And some patients will refuse all medications except for the medications for (...) because they don't want to get a bill at the end. So I have to balance... it's a reality that I have to discuss it with them and then I document it appropriately. So that then, when I do have to go in front of the judge, I can say "listen your Honour, this is what I did." »*

Dans les deux passages ci-haut, on y voit bien comment l'éthique professionnelle et la crainte de poursuites influencent la pratique du cas07, avec pour résultat la domination des dispositions propres au professionnalisme médical. D'un côté, il y a la responsabilité face au patient et d'un autre, il y a la présence des avocats et des juges dans l'éventualité d'une poursuite judiciaire. Les avocats et les juges sont des « joueurs » dans le champ qui reviennent à quelques occasions au cours de l'entrevue et dont le cas07 utilise comme stratégie pour justifier sa pratique ou sa pensée.

Le cas07 a par la suite très brièvement répondu aux questions concernant la double considération de la responsabilité face au patient et de la responsabilité face à la société dans la

pratique de la médecine familiale selon une perspective macro; limitant ainsi ses réponses aux perspectives de la population et de la société.

Le cas07 semble faire allusion au fait que la société soit de plus en plus empreinte d'une culture axée sur les connaissances spécialisées, l'expertise et les technologies (incluant les médicaments). En outre, il y aurait comme une idée populaire voulant que les médecins se doivent d'être spécialisés. Le cas07 soutient recevoir des commentaires à l'occasion de la part de gens dans son entourage ou qu'il côtoie dans la communauté quant à une éventuelle spécialisation dans un domaine médical. Selon lui, les gens ont de la difficulté à concevoir qu'il puisse poursuivre une carrière dans le domaine de la médecine familiale. Il y a comme un sous-entendu que la médecine spécialisée aurait plus de valeur aux yeux des gens que la médecine familiale. Le cas07 rapporte qu'il reçoit plus de commentaires de la sorte venant de l'extérieur que de l'intérieur du milieu médical.

*« It's more from the general public where they say "so when are you going to specialize?" People... my friends, people who know me through the community, "so when are you going to specialize?" "I'm a family doctor; this is my job." "I know, yes, but when are you going to specialize?" "You don't understand. I'm not going to specialize." "Oh... ok, sure... " which is kind of sad, but I get that more from outside of the medical circle than within the medical circle. »*

Le cas07 considère les contraintes d'accès aux services comme un des principaux conflits de valeurs entre la société et le médecin de famille.

*« It is certain that I would like to... if I'm going to send you for a colonoscopy, it's certain that I'd like you to have that colonoscopy not a month from now. If I'm going to send you for a breast biopsy because your mammogram shows something, it's certain that I'd like you to get that breast biopsy this afternoon or tomorrow and not in a week or two weeks from now. And it's certain that unless you have a whole lot of money to put down and jump into the private side, it will be done in that later time zone. And yes, that's a conflict. »*

Il précise que les problèmes liés à l'accès aux services, tels que les temps d'attente, sont problématiques pour certains services mais qu'en général ce n'est pas mauvais. Celui-ci se dit conscient toutefois que bien que les temps d'attente n'aient pas de répercussions sur le plan médical, ils ont des conséquences sur le plan psychologique pour les patients en attente. Le cas07 prend donc la perspective du patient et se dit que le plus tôt serait le mieux.

*« C'est sûr que c'est un peu... les listes d'attentes de plusieurs... it's certain that waiting lists are longer than what they should be. But overall it's not bad. I'm not aware of any of my patients who have died as a result of a problem. I mean to be fair whether you get that breast biopsy this week or next week or tomorrow is not going to make much of a difference*

*medically; I mean maybe you won't sleep for the next two weeks before you get that, and you won't sleep for another 2 weeks until you get the results. But medically speaking, you won't die as a result. You have blood in your stools it's not going to make much of a difference if that colonoscopy happens tomorrow or in a month from now. Again medically, but from a patient comfort standpoint the sooner the better. »*

Le cas07 dit s'informer auprès de quatre sources d'influence sur sa prise de décision quant à l'utilisation des nouveaux médicaments. Il va lire des publications rapportant les résultats d'études cliniques ainsi que d'autres types de documents lui permettant d'approfondir ses connaissances sur ces nouveaux médicaments. Celui-ci va également discuter avec des collègues ayant déjà prescrit ces médicaments et s'informer quant aux effets (bons et mauvais), tels que les événements aduers. Entre autres, il apprécie les présentations faites lors de congrès dans son champ spécifique d'intérêts, particulièrement lorsque des médecins parlent de leur propre expérience clinique avec les nouveaux médicaments. Enfin, le cas07 va également prendre en considération les informations présentées lors de soupers conférences commandités par l'industrie pharmaceutique.

*« I like to look at either clinical trials, ideally I talk to physicians who have actually used the drugs either in a good way or a bad way. Is there either adverse outcomes that they're running into, things like that. And then reading up on the drug and learning more about the drug. And yes, the pharmaceutical industry helps that a lot in a way. »*

## Histoire de vie du cas08

### Histoire de vie personnelle et trajectoire professionnelle<sup>23,24</sup>

Le cas08 est née dans une des régions du nord du Québec. Celle-ci a grandi dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean où sa famille a déménagé alors qu'elle était une jeune enfant. Le cas08 est l'aînée d'une grande famille de huit enfants. Sept enfants ont une formation universitaire professionnelle et un enfant a une formation collégiale technique. Ce dernier a également fait une année d'université dans deux programmes différents de baccalauréat. Le cas08 s'est formée en médecine, tandis que tous les autres enfants se sont formés dans des domaines non liés à la santé. Ses parents n'exerçaient pas la profession de médecin. Sa mère possède une formation dans le domaine de la santé, bien qu'elle n'ait jamais pratiqué son métier puisqu'elle était trop occupée par son rôle de mère au foyer.

*« Ma mère était (...) mais elle n'a pas pratiqué parce qu'elle était trop... comme disait Yvon Deschamps "ma mère travaille pas, elle a trop d'ouvrage!" (rire) »*

Son père avait une formation universitaire professionnelle. Il travaillait dans un domaine lié aux sciences appliquées. Il est maintenant décédé.

*« Les professionnels un peu comme chez mon père qui était (...) »*

Le cas08 parle très peu de sa vie personnelle et ne fait qu'une mention rapide quant à sa propre vie de famille à deux moments distincts de l'entrevue, soit en faisant brièvement référence à son conjoint et au fait qu'ils n'ont probablement jamais voulu fonder une famille.

*« (...) je n'aie pas d'enfants là, si j'avais voulu des enfants ou si j'avais eu des enfants... »*

Parmi ses loisirs en dehors de son travail, le cas08 mentionne pratiquer essentiellement des activités artistiques et la cuisine.

*« Oui, je fais de l'art, je fais beaucoup de cuisine, c'est surtout ça effectivement. »*

Elle a recommencé à faire des arts après quelques années d'arrêt puisque que celle-ci estimait que ça manquait beaucoup à son équilibre au début de sa pratique médicale. Le cas08 pratique

<sup>23</sup> L'entrevue a eu lieu à la clinique médicale privée de groupe GMF, qui est le lieu principal de pratique du cas08. Il a donc été possible pour la chercheuse principale (intervieweuse) de visiter l'organisation ainsi que la communauté où celle-ci se situe.

<sup>24</sup> Pour les besoins du projet de recherche, seul le lieu principal de pratique du cas08 au moment de l'entrevue, ainsi que le quartier, la communauté (ville, municipalité ou arrondissement) et le territoire de RLS où se situe le lieu principal de pratique, sont décrits de façon plus ou moins détaillée.



maintenant des arts manuels ou loisirs créatifs en dehors de ses heures de travail afin de garder un certain équilibre.

*« Et j'ai recommencé, après quelques années à faire quand même des arts, parce que ça manquait beaucoup à mon équilibre au début de ma pratique. (...) C'est quelque chose qui me permet de garder un peu un équilibre. »*

Le cas08 soutient d'ailleurs avoir besoin de pratiquer des activités artistiques et créatrices sans quoi elle est insatisfaite et malheureuse.

*« Oui, il faut que tout soit en marche, si je laisse tomber ce côté-là de ma vie je suis insatisfaite et je suis malheureuse, j'ai besoin de ça. »*

Le cas08 parle de ses relations sociales personnelles. Elle affirme ne pas être très active socialement, son réseau social étant d'ailleurs assez limité. En outre, la majorité de ses amis habitent dans la région métropolitaine de Montréal. La distance fait en sorte qu'elle les voit moins souvent. Le cas08 dit avoir des relations sociales personnelles avec d'autres médecins. Quelques uns de ses amis sont médecins dont, entre autres, une amie médecin en particulier qu'elle a connu alors qu'elles grandissaient. Les aléas de la profession vont que le temps libre est plutôt rare et que les sorties ne sont pas tardives. Ceci explique que le cas08 n'est que peu poussée à sortir et à tendance à apprécier faire un peu de cocooning

*« C'est sûr que la majorité de mes amis ne sont pas ici, j'ai encore la majorité de mes amis qui sont à (...) ou dans cette région-là. J'ai quelques amis ici qui sont médecins, une fille entre autres que je connaissais avant de partir, mais on a une profession qui fait qu'on ne sort pas tard ou on voit tellement de monde que quand on a un petit peu de temps libre on aime bien faire un peu de cocooning. Donc je ne suis pas très active socialement, il y a une couple de personnes, c'est assez limité comme réseau. »*

Au cours de l'entrevue, le cas08 fait mention de quelques événements de sa vie personnelle, tels que la mort d'un être cher, sa formation collégiale technique et un problème de santé. Point intéressant, elle ne précise pas s'il s'agit d'épreuves difficiles ou d'événements marquants. En guise d'exemple, le cas08 ne mentionne que très rapidement que son père est maintenant décédé, sans plus. Quant aux deux autres événements mentionnés, elle semble les considérer davantage comme des événements ayant probablement joué dans le façonnement de sa personnalité et de sa façon d'être et, de ce fait, dans sa façon de pratiquer la médecine.

Le cas08 a quitté la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean à la fin de son adolescence afin de poursuivre des études collégiales dans la région de Montréal. Celle-ci est titulaire d'un diplôme d'études collégiales techniques dans un domaine lié à la création et a été la récipiendaire d'une

bourse d'un centre de renommée internationale afin de poursuivre sa formation dans une province canadienne pendant une année. Elle a ensuite travaillé quelques années dans son domaine de création où elle a eu un cheminement professionnel tantôt difficile, tantôt plus facile. En outre, ce cheminement professionnel lui a fait vivre des expériences personnelles, telles que la pauvreté. Ses expériences vécues auraient facilité l'empathie et la compréhension de la situation de pauvreté; deux choses qui lui est utile dans la pratique médicale sur le terrain.

*« Oui, j'étais (...) et ça allait plutôt bien pour moi. J'ai été boursière au (...) puis j'avais été sélectionnée pour faire partie de (...) internationales. Ça allait quand même assez bien pour moi. C'est sûr que même quand ça va bien, la vie (...), c'est toujours sujet quand même à toutes sortes d'aléas. (...) Après ça, je pense aussi de comprendre qu'est-ce que c'est que d'être pauvre, d'avoir vécu tout ça, c'est bon aussi pour quand on arrive sur le plancher des vaches avec des patients qui ont de la difficulté à payer des médicaments et tout ça. »*

Finalement, elle a éventuellement décidé de réorienter son choix de carrière et de commencer des études universitaires.

Point intéressant, le cas08 affirme qu'une expérience personnelle difficile vécue a joué un rôle dans son deuxième choix de carrière et sa décision de poursuivre des études universitaires. Elle a été victime d'un sérieux accident de voiture alors qu'elle était dans la vingtaine avancée. Cet accident a entre autres nécessité des visites médicales auprès de plusieurs médecins suite à des complications et l'usage temporaire d'une chaise roulante pendant plusieurs semaines. Dans les faits, cet accident l'a donc placé dans une situation de dépendance face à ses amis. Selon les dires du cas08, le choix de la profession médicale lui est alors venu dans la tête comme une vision, « un genre de révélation ». Par la suite, et sans trop y penser, un cheminement s'est fait à l'intérieur d'elle-même et sa vision s'est concrétisée à un certain moment. Elle a donc eu besoin de suivre des cours par correspondance et de retourner aux études collégiales avant d'être en mesure de présenter des demandes d'admission en médecine.

*« J'avais (...) ans. Ça été comme un genre de révélation, parce que j'ai été frappée par une voiture et j'ai eu un accident important, j'ai passé deux mois en chaise roulante à dépendre de mes amis et à voir plusieurs médecins suite à des complications de ça. Et sans trop que j'y pense, ce cheminement-là s'est fait à l'intérieur de moi-même, et à un moment donné ça s'est concrétisé. Alors j'ai fait des cours de mathématiques par correspondance pour voir si je n'avais pas trop perdu le tour de travailler avec ça, et après ça je me suis inscrite à la structure d'accueil au cégep. »*

Le choix de son lieu de formation prédoctorale en médecine s'est fait, bien entendu, en fonction des offres d'admission qu'elle a reçues. Le cas08 s'est vu offrir une admission uniquement

à l'Université de Montréal. Selon ses dires, cette université était la seule, à cette époque, à s'avérer plus favorable à des cheminements plus marginaux comme le sien. Le cas08 dit en riant que la présence d'un processus d'admission différent pour les candidats adultes lui aurait alors permis de mettre en valeur les forces qu'on peut tirer de ne pas avoir suivi un cheminement parfait.

*« J'ai été acceptée finalement à Montréal, qui était la seule place qui permettait... qui était plus favorable à des cheminements plus marginaux comme le mien; il y avait comme un processus d'admission pour les candidats adultes qui était différent que pour ceux qui arrivaient directement de l'université, ce qui m'a permis de faire valoir si on veut les forces qu'on peut tirer de ne pas venir d'un cheminement parfait. (rire) »*

Le cas08 allègue une d'influence parentale dans son orientation vers des études universitaires. Elle fait tout particulièrement référence à l'insistance de ses parents sur l'éducation. Les études étaient quelque chose de très valorisé. En outre, le cas08 pense qu'il y avait peut-être même la perception que seules les études universitaires étaient valorisées. Il s'agirait toutefois davantage d'une perception implicite puisque, selon ses dires, cette valorisation limitée aux études universitaires n'aurait jamais été vraiment exprimée de façon explicite.

*« Je pense que chez nous les études c'était quelque chose qui était très valorisé, et je dirais que dans ma famille il y en a entre autres un qui a été longtemps victime de ça, de penser que ça prenait absolument une formation universitaire pour mériter son nom de (...) quasiment. Je pense que c'est beaucoup dans la perception, c'était peut-être implicite, ça jamais été vraiment explicite. Mais oui, c'était important d'étudier, c'était important. »*

Ces parents valorisaient la curiosité scientifique et la lecture. Il y a avait différents livres de références dans la bibliothèque familiale, tels qu'une encyclopédie du corps humain et un dictionnaire. Le cas08 croît que cette exposition-là a peut-être exercer une certaine influence indirecte sur son éventuel deuxième choix de carrière.

*« Et la curiosité scientifique aussi, ça venait de ma famille, mon père était... et ma mère valorisait beaucoup la lecture, le dictionnaire, on avait une encyclopédie du corps humain, des choses comme ça, donc cette exposition-là a pu m'amener finalement à choisir ma profession en deuxième lieu. »*

Qu'à cela ne tienne, le choix de la profession médicale reste son propre choix.

*« Dieu sait que mon choix c'est moi qui l'ai fait, à mon âge là j'ai pas fait ça pour plaire à mes parents. »*

Le cas08 est titulaire d'un doctorat en médecine de l'Université de Montréal et a complété deux années de résidence en médecine familiale à la même université. Elle a fait le choix de la médecine familiale pour diverses raisons. D'entrée de jeu, celle-ci affirme que plusieurs choses et sujets lui étaient intéressants au cours de sa formation prédoctorale. Au fur et à mesure de ses études

médicales, elle soutient d'ailleurs s'être passionnée pour ses stages les uns après les autres. Mais enfin, le cas08 appréciait davantage la médecine familiale puisque la pratique de ce type de médecine permettait de voir l'individu dans son ensemble, dans sa globalité, plutôt que de le disséquer en systèmes. Celle-ci semble ainsi faire implicitement allusion au domaine de pratique limité de la médecine spécialisée. Aux yeux du cas08, la personne humaine garde sa valeur, son entité, sa globalité en médecine familiale.

*« Ah mon Dieu... parce qu'en médecine je trouvais quand même beaucoup de choses qui étaient intéressantes, beaucoup de sujets; je me suis passionnée à mesure de mes stages pour les uns et les autres, puis finalement je trouvais que la médecine de famille premièrement ça avait une vision globale de la personne plutôt que de la disséquer en systèmes - c'est-à-dire s'intéresser à un système en cardio ou en ortho - donc je trouvais que la personne humaine gardait sa valeur, son entité, sa globalité en médecine de famille. »*

Mais plus encore, l'aspect général de ce type de médecine dans laquelle le médecin ne limite pas sa pratique à un ou à deux domaines de la santé lui paraissait particulièrement intéressant. Elle était d'avis que la pratique de la médecine de familiale lui permettrait d'embrasser large. Celle-ci confie d'ailleurs réaliser avec les années de pratique que la médecine familiale est quand même une spécialité qui implique une mise à jour continue des connaissances dans plusieurs domaines. Elle est donc d'avis, et contrairement à ce qu'on a tendance à penser, que la médecine familiale n'est pas une « petite » spécialité.

*« En même temps je trouvais ça difficile de délaissier tout le reste au profit d'une chose; par exemple, la psychiatrie, je trouvais ça très intéressant, toute la dimension psychique des êtres, mais en même temps je me disais "oui mais, je ne pourrais plus aller sur un diagnostic des autres problématiques." Donc je trouvais quand même que la médecine de famille ça permettait d'embrasser large. Et je le réalise maintenant avec les années, c'est quand même une spécialité qui implique une mise à jour de connaissances en beaucoup de domaines de façon continue, donc je pense que ce n'est quand même pas une petite spécialité contrairement à ce qu'on a tendance à penser. »*

Le cas08 parle de quatre événements marquants de sa formation en médecine. D'entrée de jeu, elle fait mention des diverses formations antérieures et du côté bon vivant des collègues avec qui elle a fait ses études médicales. En effet, il y avait bien des étudiants qui venaient de terminer leurs études collégiales mais il y avait également des individus adultes en provenance de milieux tels que la sexologie, la musique, la théologie, les arts, pour ne nommer que ceux-là. Fait encore plus surprenant pour le cas08, le groupe était plutôt bon vivant et il y avait du plaisir à partager.

*« Bien moi, ce qui m'a marquée, c'est que dans la classe il y avait toutes sortes de monde - en tout cas dans la mienne - de toute provenance et de diverses formations antérieures : il y avait des gens qui arrivaient du cégep, mais il y avait des gens qui arrivaient de sexo, il y*

*avait un violoniste, premier violon de l'orchestre symphonique, un théologien, il y avait vraiment toutes sortes de monde dans ma classe. Et le groupe était assez bon vivant, ce qui me surprenait aussi, j'imaginai les futurs médecins comme des gens qui sont seulement dans leurs livres, donc ça m'a agréablement surpris de voir qu'il y avait du plaisir à partager aussi. »*

Le cas08 poursuit ses propos en racontant comment elle a été marquée par la quantité phénoménale de connaissances qu'elle a dû acquérir au cours de sa formation prédoctorale. Suivant son cheminement professionnel antérieur, elle croyait même à un certain moment être la seule étudiante à devoir beaucoup travailler et faire des efforts soutenus afin de faire face à la difficulté constante que lui demandait l'apprentissage rapide des connaissances. Celle-ci avait d'ailleurs partagé sa difficulté avec ses collègues étudiants et s'était alors rendu compte que tout le monde devait travailler très fort. Point intéressant, le cas08 compare ceci à un espèce de marathon. Selon ses dires, sa formation prédoctorale était une belle période lui ayant permis d'acquérir une base très solide sur laquelle il lui est possible de continuer de bâtir ses connaissances.

*« Ensuite, au niveau de mes études comme telles, c'est sûr que c'est beaucoup de travail, beaucoup d'efforts soutenus. À un moment donné je me suis ouverte là-dessus, sur l'impression de ne jamais arriver à voir toute la matière et de penser que j'étais la seule à cause que je venais des (...), je pensais que tous les autres étaient bien au-dessus de leurs affaires pour étudier leurs examens, et quand j'en ai parlé, je me suis rapidement rendu compte que tout le monde avait beaucoup d'efforts à mettre aussi en général, donc ça me donnait l'impression d'être moins marginale dans la difficulté que ça représentait, une espèce de marathon. Les connaissances, écoute, c'est fabuleux tout le vocabulaire qu'on acquiert rapidement, les connaissances... c'est vraiment extraordinaire. Maintenant qu'on est sortis des bancs d'école c'est certain qu'on constate qu'il y en a toujours des connaissances à acquérir, mais on a quand même une très solide base je dirais pour pouvoir continuer l'édifice. Donc c'est une belle période. »*

Parmi les événements marquants de sa formation postdoctorale, le cas08 rapporte avoir été formée dans un CH à l'époque où les résidents devaient faire des gardes de 24 heures aux 3 ou 4 jours. Ceux-ci se devaient de répondre aux appels en provenance de tous les départements du CH. C'est tout comme ils devenaient, l'instant d'une nuit, le médecin spécialiste en cardiologie, en néphrologie ou encore en hématologie, et ainsi de suite. Le cas08 ajoute en riant qu'il s'agissait d'une période de la formation qui était à la fois stimulante et apeurante. Elle la compare d'ailleurs à l'émission de télévision *Grey's Anatomy* dans laquelle les médecins réalisent qu'ils ne sont plus à l'école mais dans la vraie vie, avec de vrais patients, et qu'ils sont quelque peu seuls face à tout ça. Le cas08 est d'avis que cette expérience formatrice la plaçait beaucoup face à ses responsabilités, face à ses insuffisances aussi.

*« Moi j'ai fait ma résidence à (...), à l'époque où on faisait des gardes de 24 heures à tous les 3 ou 4 jours, on avait nos lendemains de garde, et dans la nuit c'est nous qui étions le cardiologue, le néphrologue, l'hématologue, on répondait à des appels à l'urgence, pour le médecin à l'urgence, mais aussi sur les étages, alors c'était à la fois très stimulant et à la fois très épuisant. (rire) Alors ça c'était une période où s'était... J'ai l'impression que, un peu comme dans Grey's Anatomy, tu sens qu'on prend des chances là, on n'est plus à l'école, on est avec du vrai monde et on est un peu en solo, donc ça nous met beaucoup face à nos responsabilités, face à nos insuffisances aussi. »*

Enfin, le cas08 confie que le reniement du droit des résidents en médecine familiale de vivre des fois des émotions qui ne sont pas toujours jolies est parmi ce qu'elle retient le plus de son programme de résidence en médecine familiale. Elle soutient qu'il existe une sorte de pression (fort probablement implicite) au contrôle de soi-même, d'être le médecin parfait, en quelque sorte, qui sourit toujours, comprend toujours les motifs sous-jacents des patients et qui ne s'exaspère jamais. Or, la vraie vie est bien différente. Il arrive des moments difficiles où le médecin vit des émotions négatives, s'exaspère, lève la voix, perd patience et de ce fait, perd le contrôle de lui-même. Selon les dires du cas08, ces moments amènent les médecins à se sentir comme des êtres indignes puisqu'ils n'ont pas été formés à gérer certains types d'émotions et de sentiments difficiles. En guise d'exemples, elle mentionne le sentiment de ne pas être parfait parce qu'un individu t'a fait perdre le contrôle, ainsi que la relation du médecin avec le patient qui n'est pas facile, qui est toujours en opposition et avec qui le médecin a toujours un contre transfert. Cela dit, elle croit que certains lieux de résidence offrent maintenant des séances de formation aux résidents en médecine familiale afin que ceux-ci apprennent à gérer ces types de situations, d'émotions et de sentiments.

*« Maintenant, en médecine de famille comme telle, ce que je retiens... moi je retiens en particulier - ça va avoir l'air simple un peu – comme si on renie le droit aux futurs médecins de famille de vivre des fois des émotions qui ne sont pas toujours jolies... on devrait être le parfait docteur qui est toujours souriant, qui comprend toujours les motifs sous-jacents pour ses patients, qui ne s'exaspère jamais... alors que dans la vraie vie il y en a des moments comme ça, puis on se sent des êtres indignes quand on vit ça, et on n'est pas formés pour... mais c'est pas partout, dans toutes les facultés; je sais que ceux qui ont fait leur résidence à (...) avaient un petit peu plus de débriefing à ce sujet-là, des groupes d'anim pour apprendre à gérer ce sentiment-là d'être à côté de la plaque parce que quelqu'un t'a mis un peu hors de toi. »*

Après avoir habité dans la région de Montréal pendant presque une vingtaine d'années, le cas08 est déménagé dans sa région natale à la fin de sa formation en médecine pour y débiter sa pratique médicale. Elle y a pratiqué pendant deux années. Celle-ci est finalement revenue habiter dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean pour y poursuivre sa pratique. Le cas08 pratique la médecine familiale depuis plus de 12 ans au moment de l'entrevue. Elle pratique aussi la médecine

dans un domaine médical particulier (champ d'intérêt) dans un CH à vocation communautaire. Ce champ de pratique occupe une place importante dans sa pratique. Celle-ci pratique également l'hospitalisation dans le même CH où elle pratique dans son champ d'intérêt particulier. Bien qu'elle ait fait de l'urgence au début de sa pratique médicale dans sa première région et organisation de pratique, le cas08 n'en fait plus maintenant. Enfin, elle est affiliée à une université en tant que professeure d'enseignement clinique au département de médecine familiale.

Des raisons personnelles et professionnelles ont exercé une influence déterminante sur le choix des régions de pratique du cas08. Le cas08 a d'abord débuté sa pratique médicale dans une région éloignée au nord du Québec. D'emblée, celle-ci confie avoir choisi cette région pour être proche de la mer. Mais plus encore, le cas08 préférerait débiter sa pratique médicale dans une région passablement éloignée des milieux trop spécialisés. Le cas08 désirait être assez loin des médecins spécialistes et des plateaux techniques très élaborés et ce, dans le but d'utiliser et de consolider les connaissances acquises durant ses années de formation ainsi que de raffiner sa pratique clinique. Elle croît d'ailleurs que cette expérience professionnelle lui a été favorable pour sa pratique, particulièrement au niveau de la prise de décision clinique.

*« Pas tout de suite, je suis allée 2 ans (...). Je voulais être près de la mer et je voulais aussi consolider mes acquis, donc ne pas être dans un centre trop tertiaire, être le plus loin possible... pas tant que ça, mais être assez loin pour dire qu'il faut que j'utilise mes connaissances, que je consolide mes connaissances et que je raffine la clinique, tout ça. Là tu n'as pas accès à un plateau technique tellement élaboré, tu n'as pas de spécialiste à portée de main, donc tu es obligée de te débrouiller. Je pense que pour moi ça a fait une bonne différence dans ma pratique, je me sens... pour la prise de décision et tout ça, ça été favorable. »*

Ce sont par-dessus tout des problèmes d'ordre éthique qui ont amené le cas08 à quitter sa première région, communauté et organisation de pratique après deux années de pratique.

*« Il commençait à y avoir des difficultés, il y avait des choses sur l'éthique qui me fatiguait, donc j'ai décidé, pour ne pas toujours être en train de me battre dans ces sujets-là, de partir, de m'en venir ici. »*

La cas08 a alors pris la décision de venir pratiquer dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. La maison familiale venait d'être mise en vente suivant le décès de son père et elle désirait l'acquérir puisqu'elle s'agissait d'une belle maison d'architecture incroyable. On sent ici qu'un certain enracinement a pu jouer un rôle sur sa décision de revenir dans la région où elle a grandi.

*« Je suis revenue parce que premièrement la maison était à vendre chez nous et c'est une maison d'architecte incroyable, que j'ai toujours trouvée très belle. »*

D'autant plus qu'elle considérait la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean comme étant un peu le meilleur des deux mondes, en quelque sorte. En effet, aux yeux du cas08, cette région rejoignait son besoin de n'être pas trop dans un milieu sur-spécialisé ni d'être dans un milieu trop éloigné des CH tertiaires.

*« Et bon, je trouvais que ça rejoignait les deux, à la fois mon besoin de n'être pas trop dans un milieu sur-spécialisé, et n'être pas trop éloignée non plus, donc ça venait chercher un peu le meilleur des mondes je dirais. »*

L'organisation de la garde en hospitalisation, les relations entre les collègues médecins de famille et la mixité professionnelle hommes-femmes au sein de la clinique médicale privée de groupe sont les trois facteurs ayant exercé une influence particulière sur le choix des deuxièmes communauté et organisation de pratique clinique du cas08. En outre, elle avait une nette préférence pour des tours de garde. Ainsi donc, celle-ci a choisi une clinique dans laquelle, à tour de rôle, chaque médecin de famille assume la garde en hospitalisation pendant une semaine permettant à chacun de ne pas toujours être de garde et d'avoir du temps pour eux. Le cas08 avait par ailleurs été en mesure de visiter le CH en compagnie du médecin de famille en charge de la clinique. Qui plus est, il y avait une certaine mixité professionnelle, tandis que les relations entre les médecins semblaient assez simples.

*« J'ai choisi cette clinique-là parce qu'ils faisaient des tours de garde à chaque semaine plutôt que chacun hospitalise ses patients, parce que moi j'ai besoin d'avoir du temps à moi, j'ai besoin de ne pas être tout le temps de garde même si c'est pour moins de patients. Donc il y avait ça. Le médecin qui était en charge de la clinique, (...), à l'époque était aussi le chef du département (...), donc il m'avait fait visiter l'hôpital, tout ça. Et je trouvais... il y avait aussi... ça semblait assez simple entre les médecins ici. Quant aux autres cliniques, il y avait des cliniques où c'est juste des filles, ça s'appelle maintenant Clinique (...), mais moi j'aime ça qu'il y ait une certaine mixité, ça me plaisait moins, eux autres aussi faisaient à ce moment-là des gardes chacun pour leurs patients, ça m'intéressait moins. »*

Le cas08 fait mention d'une expérience professionnelle marquante de sa pratique en médecine. Elle relate les problèmes d'ordre éthique ayant fortement influencé sa décision de quitter sa première région, communauté et organisation de pratique après deux ans. Elle a vécu une mauvaise expérience à un moment donné avec un collègue médecin de famille âgé. En outre, ce dernier ne mettait pas ses connaissances à jour. Ceci remettait en cause la qualité de ses actes médicaux au point tel que certains problèmes auraient pu faire l'objet de poursuites judiciaires. Le cas08 ne pouvait accepter que le médecin en question pratique sur une base régulière aux services



d'urgence du CH. Elle était d'avis qu'il était alors dangereux pour la population de se présenter à l'urgence. Celle-ci a donc pris la décision de quitter.

*« Il commençait à y avoir des difficultés, il y avait des choses sur l'éthique qui me fatiguait, donc j'ai décidé, pour ne pas toujours être en train de me battre dans ces sujets-là, de partir, de m'en venir ici. J'avais eu une mauvaise expérience avec un médecin âgé là-bas, et finalement, en termes de qualité de l'acte, il y avait eu des problèmes qui auraient pu être l'objet de poursuite. Il avait accepté de se retirer de l'urgence et finalement, après ça, il avait contesté la décision, et il voulait se réimplanter. Je le trouvais dangereux. Et le reste de l'équipe n'était pas capable de dire "non, c'est vrai que vous avez travaillé de nombreuses années et la communauté vous remercie infiniment pour tout ça, mais maintenant"... Il ne se mettait pas à jour. Alors, face à ça, moi je ne pouvais pas vivre avec ça. Je ne pouvais pas accepter qu'il y avait X nombre de jours par semaine où c'était dangereux de se présenter à la salle d'urgence. Donc j'ai quitté. »*

En terminant, il est important de souligner certains traits de personnalité que le cas08 mentionne explicitement au cours de l'entrevue. La personnalité du cas08 semble empreinte d'humanisme. En effet, celle-ci semble valoriser beaucoup les contacts humains. Ceci ressort à plusieurs occasions au cours de l'entrevue et ce, à différents niveaux et de différentes façons.

Le cas08 est habitée d'une curiosité scientifique qui aurait pour origine des influences parentales ou familiales.

*« Et la curiosité scientifique aussi, ça venait de ma famille (...). »*

Le cas08 est également dotée d'un côté artistique très développé. Elle a un goût pour les arts et ce, depuis au moins son enfance. Selon elle, ce goût n'aurait pas pour origine des influences parentales ou familiales. Il s'agit d'un goût personnel pour les arts en général, tels que le théâtre, le dessin, la danse, les arts plastiques.

*« C'était un goût personnel chez moi. Je me souviens, toute petite, je crayonnais, je dessinais, je dessinais au tableau, je demandais à mon père de venir voir mon dessin. Après ça j'ai suivi des cours en danse, en théâtre, et j'ai développé ça rapidement, et quand j'avais des cours à options c'était toujours ça que je prenais, des ateliers de théâtre, des cours d'art plastique, tout ça. »*

Ce côté artistique lui aurait permis de développer une sensibilité artistique qui, selon elle, s'exprime en tant qu'une sensibilité à l'autre personne dans sa vie personnelle ainsi que dans son quotidien professionnel pour la relation médecin-patient.

*« Surtout je pense aussi avec l'espèce de sensibilité. (...) Mais moi ma sensibilité (...) est là et je m'en sers dans mon quotidien pour la relation patient-médecin, donc c'est sûr que ça rentre un peu dedans. »*

Qui plus est, son bagage professionnel antérieur à sa formation médicale lui aurait grandement permis de développer davantage cette sensibilité à l'autre. En outre, son cheminement professionnel précédent la médecine lui a fait vivre des expériences personnelles, telles que la pauvreté. Ses expériences vécues auraient facilité l'empathie. La compréhension de la situation de pauvreté lui est utile dans la pratique sur le terrain particulièrement lorsqu'elle a des patients ayant des difficultés à déboursier certains frais pour des services de santé.

*« Après ça, je pense aussi de comprendre qu'est-ce que c'est que d'être pauvre, d'avoir vécu tout ça, c'est bon aussi pour quand on arrive sur le plancher des vaches avec des patients qui ont de la difficulté à payer des médicaments et tout ça. »*

Le cas08 est consciente que tout ce qu'elle a fait avant, toutes ses expériences, influencent vraiment sa façon de pratiquer. Déjà en début de formation médicale, la sensibilité à l'autre développée tout au long de son cheminement professionnel précédent la médecine faisait en sorte qu'elle approchait les choses pas nécessairement comme ses collègues étudiants. Le cas08 affirme que même si tout était à refaire, elle ne changerait pas l'ordre de ses choix de carrière puisqu'elle trouve que sa formation technique initiale apporte beaucoup à sa pratique médicale.

*« Je le sentais déjà juste dans la formation, on n'approchait pas nécessairement les choses de la même manière. Je pense qu'en général oui, je pourrais dire que cette sensibilité-là... tout ce que j'ai fait avant participe quand même au médecin que je suis maintenant, et je ne changerais pas ce processus-là si c'était à refaire, je ne ferais pas ma médecine et après ça faire le reste un peu en dilettante, non, je trouve que ça a vraiment apporté à ma pratique. »*

Le cas08 possède le sens des responsabilités et du devoir. De plus, elle se qualifie de perfectionniste. Elle a donc cette volonté de vouloir bien faire les choses. Le cas08 croit que ces traits de caractère furent rapidement acquis au courant de son enfance puisqu'elle était l'aînée d'une grande famille. Et d'ajouter en riant que bien que ces traits de caractère puissent peut-être amener certains individus à devenir médecin, personnellement, ils l'ont plutôt dirigé vers un tout autre choix de carrière en premier lieu.

*« Donc comme aînée de grande famille j'ai rapidement acquis le sens des responsabilités, le sens du devoir, bien faire, perfectionniste, tout ça. Ce sont toutes des choses qui peuvent peut-être conduire à être médecin, et qui m'ont conduite à devenir une (...) d'abord! (rire) »*

Qui plus est, de part sa position d'aînée de famille, le cas08 se sentait responsable, en quelque sorte, du bien-être et de la sécurité de ses frères et sœurs. Elle avoue s'être sentie un peu comme une deuxième mère dans son environnement familiale.

*« Probablement dans mon environnement familial aussi, j'étais un peu, pas une deuxième mère, mais j'avais certaines responsabilités de m'assurer aussi – ou je me les donnais – d'être responsable un peu du bien-être de mes frères et sœurs, de leur sécurité et tout ça. »*

D'autant plus qu'elle semble être une personne autonome et indépendante d'esprit et ce, depuis qu'elle est jeune. En effet, cette caractéristique de sa personnalité devient apparente lorsque le cas08 fait mention de son premier choix de carrière qui s'avérait décourageant pour les orienteurs et peut-être même pour ses parents à cette époque. Ainsi donc, elle avait interrompu ses études pendant un certain temps afin d'être éligible au programme de prêts et bourses du gouvernement au Québec et ce, afin de s'assurer d'être financièrement indépendante de ses parents et de prendre sa propre décision de carrière.

*« En même temps je réussissais très bien dans les sciences, alors c'était très décourageant pour les orienteurs et peut-être pour mes parents aussi que je m'en aille (...) en premier, mais comme je ne voulais pas qu'ils aient un mot à dire, j'ai interrompu mes études pendant deux ans pour avoir droit aux prêts-bourses, comme ça ils n'auraient pas à payer des études dans un champ qu'ils trouvaient que je ne devrais pas investir. C'est comme ça que finalement je suis devenue (...). »*

Elle poursuit ses propos en ajoutant ne pas apprécier les limites imposées implicitement ou explicitement aux filles. Elle confie avoir critiqué et s'être quelque peu révoltée lorsqu'elle était jeune contre l'attitude des professionnels, dont son père, face à la place des filles. Le cas08 rapporte en riant avoir alors considéré les professionnels comme étant bornés, mais qu'elle s'est rendu compte avec la maturité qu'il y en a des gens bornés dans tous les domaines.

*« Et après ça, je pense qu'une des choses qui me déplaisaient, comment je percevais, quand j'étais jeune, les professionnels un peu comme chez mon père qui était (...), "tu es une jeune fille..." À un moment donné, à l'adolescence tu deviens un peu plus révoltée et critique, alors là tu dis "tous les professionnels ont des visières, ils n'en voient pas large", mais finalement tu te rends compte avec la maturité que dans tous les domaines il y a du monde qui sont bornés, même en (...)! (rire)" »*

Mais plus encore, le cas08 se qualifie comme étant un peu empêcheuse de tourner en rond.

*« Puis... je suis un petit peu... des fois je peux être un... non, pas si empêcheuse de tourner en rond que ça, mais... »*

D'autant plus que le cas08 semble sensible aux injustices. En fait, elle semble toujours prête à aller à la défense de personnes souffrant de ces injustices. Celle-ci est prête à monter aux barricades, à se mettre au front et à crier injustice. En guise d'exemple, le cas08 rapporte un conflit entre sa communauté et la ville voisine survenu vers la fin des années 1990. C'était à l'époque où se manifestaient les visées gouvernementales de la complémentarité entre le CH du territoire de RLS

du cas08 et celui d'un des territoires voisins. Les individus de la ville voisine, et plus particulièrement certains travaillant au CH de cette ville, avait alors qualifié les individus de la communauté du cas08 comme étant une population de boîtes à lunch. Elle avait été horripilée par cette attitude hautaine. Celle-ci haïssait ce genre d'attitude et de commentaires et s'était fait un devoir de défendre la population d'ouvriers de sa communauté.

*« Quand il y a eu le conflit, ce qui m'a horripilé - parce que j'ai été 20 ans aussi à (...) avant de revenir (...) – c'était cette chicane-là, je suis arrivée dans la période de la complémentarité, et je me disais "ça se peut-tu, c'est le village global, l'Internet, tout le monde ensemble, et là on arrive et mon Dieu Seigneur on se chicane encore entre nous!" À un moment donné j'entendais... ils traitaient nos gens de population de boîtes à lunch. Ah ben là j'ai parti aux barricades, j'ai dit "là woe, tout le monde a droit... il y a toutes sortes de façon de contribuer à la société, et ceux qui contribuent dans les usines, ou qui sont charpentiers, coiffeurs, plombiers ou peu importe, ils ont une contribution aussi dans la société." J'haïssais ça, donc ça m'a toute remise au front, de défendre la population d'ouvriers, qui dépensent leur argent... à (...)! Leur pas bonne argent de boîtes à lunch! (rire) »*

Enfin, le cas08 ne se porte pas uniquement à la défense des individus. En effet, elle avait milité pour la défense de son domaine de formation collégiale qui était peu populaire et donc peu valorisé à l'époque au Québec.

*« Je sais pas, peut-être que j'ai besoin d'être à la défense aussi, peut-être, parce qu'après que j'ai eu ma formation j'ai milité un peu si on peut dire... »*

## **Pratique professionnelle actuelle**

Le cas08 pratique maintenant dans deux types d'organisation. Son lieu principal de pratique est une clinique médicale privée de groupe GMF où elle y travaille l'équivalent de trois à quatre demi-journées par semaine pour sa pratique clinique en cabinet. Celle-ci précise y être médecin locataire.

*« Quand je fais une semaine de clinique, je fais 3 demi-journées, des fois 4, mais souvent 3 demi-journées de bureau, et après ça je rattrape la paperasse qui s'est accumulée pendant que j'étais à l'hôpital. »*

Qui plus est, le cas08 utilise deux demi-journées libres par semaine pour la réalisation de certaines tâches de nature administrative ou clinique telles que, par exemple, rédaction de lettres de référence, retour d'appels téléphoniques, révision des tests diagnostiques, planification des rendez-vous. Enfin, le cas08 consacre occasionnellement une demi-journée par semaine à sa pratique de visites à domicile. En effet, elle offre également des services de visites à domicile pour ses patients à mobilité très réduite ou qui ne peuvent se déplacer pour diverses raisons. Celle-ci rapporte faire

quand même peu de visites à domicile malgré l'âge très avancé et l'état de santé vulnérable de sa clientèle. Elle insiste néanmoins pour que ses patients se déplacent à la clinique dans la mesure du possible puisque son propre déplacement pour les visites à domicile limite le nombre de patients qu'elle peut voir dans une demi-journée. Tout ceci fait en sorte qu'elle se doit d'être présente à la clinique plus que les trois ou quatre demi-journées prévues à son horaire de bureau.

*« Après tout ça, il faut venir rattraper la paperasse, donc c'est presque deux demi-journées par semaine de paperasse. Des fois il y a des visites à domicile qu'on met au travers ça aussi, certains avant-midi. Moi je n'en ai pas beaucoup de visites à domicile, surprenamment parce que j'ai une population très âgée et vulnérable, mais ceux qui ne peuvent pas venir me voir au bureau je vais les voir, ceux qui ont des troubles de mobilité importants, sinon je demande qu'ils viennent me voir le plus possible parce que tu peux voir beaucoup moins de patients quand il faut que tu te déplaces d'un domicile à l'autre. »*

Elle pratique l'hospitalisation dans un CH à vocation communautaire et ce, à raison d'une semaine (lundi au dimanche) sur cinq. Le cas08 pratique également dans le domaine médical de son champ d'intérêt particulier dans une unité dédiée à ce type de pratique dans le même CH et ce, à raison de deux semaines (lundi au vendredi) consécutives sur dix. Elle travaille donc en tout quatre semaines sur dix au CH. Celle-ci a déjà pratiqué dans des CHSLD, mais a arrêté depuis.

*« Mais en général, normalement, je fais deux semaines sur 10 à (...), puis une semaine sur 5, donc deux sur 10, ça fait 4 semaines sur 10 à l'hôpital. Je faisais des CHSLD, j'ai laissé tomber, je ne pense pas que je vais reprendre pour l'instant. »*

Le CH semble par ailleurs avoir une grande importance dans la pratique du cas08 puisqu'elle y réfère très souvent au cours de l'entrevue dont, entre autres choses, lorsqu'elle parle de sa pratique, de l'utilisation des ressources ou d'exemples. Il est important de noter cependant que, bien que le cas08 considère le CH où elle pratique comme étant un centre relativement de première ligne, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'un établissement hospitalier. Donc pour les besoins du projet de recherche, un CH est toujours considéré comme la deuxième ligne et ce, même en région où la présence de médecins spécialistes est beaucoup plus rares dans les CH à vocation communautaire.

*« Bien ici à (...), on est encore un centre relativement de première ligne, un peu de deuxième ligne, mais on n'a pas beaucoup de spécialistes; mais on en a quelques-uns donc tu te sens... des spécialistes importants. »*

Son poste de professeure d'enseignement clinique l'amène à s'impliquer dans l'enseignement auprès de résidents de première ou de deuxième année en médecine familiale. Ceux-ci la suivent tant à la clinique-GMF qu'au CH.

*« Depuis deux ans on est un milieu de formation ici, donc il y a un résident – résident 1 ou 2 - qui est avec moi, qui voit certains patients aussi, qui va à l'urgence et qui va m'appeler quand il aura vu les patients pour qu'on en discute. »*

Le paiement à l'acte et le paiement à tarif horaire sont les deux modes de rémunération du cas08. Celle-ci reçoit un paiement à l'acte lorsqu'elle pratique à la clinique-GMF ainsi que lorsqu'elle pratique l'hospitalisation au CH. Elle reçoit un paiement à tarif horaire lorsqu'elle pratique à l'unité dédiée à son champ d'intérêt particulier au CH.

Le cas08 aborde ses responsabilités face à ses organisations et leur équipe. Elle parle de la pratique d'équipe à la clinique-GMF pour le partage des gardes pour le sans rendez-vous et des tours de garde (hospitalisation) au CH ainsi que la couverture des heures défavorables. En fait, celle-ci fait allusion à ses responsabilités de faire du sans rendez-vous une demi-journée par mois suivant la mission de la clinique-GMF. Elle refuse toutefois de couvrir les heures défavorables et de ce fait, de travailler les soirs et les fins de semaine.

*« Nous, quand on est devenus GMF, on a décidé qu'on ne se mettait pas GMF pour se rajouter du travail, donc on avait déjà des cliniques de sans rendez-vous à nos bureaux - avant qu'on soit GMF - et moi ce que j'ai accepté de rajouter c'est un (...) par mois, donc je fais le sans rendez-vous du (...), mais je ne fais pas vraiment de sans rendez-vous en soirée. »*

Le cas08 affirme ne pas avoir de rôle particulier dans la clinique-GMF. Elle participe régulièrement aux réunions où elle est invitée à donner son opinion. Elle fait partie du comité médico-nursing de la clinique-GMF, bien que ce comité ne soit pas très actif.

*« Bien on se réunit régulièrement donc mon rôle c'est un peu de donner mon opinion; j'ai pas... on n'a pas de rôle... Je fais partie du comité médico-nursing, mais il n'est pas très actif ce comité-là. (...) je ne sais pas, j'ai pas de rôle particulier. »*

Bien entendu, son rôle de professeure d'enseignement clinique lui amène aussi des responsabilités face à son université d'affiliation. Celle-ci doit assurer un enseignement pratique auprès de résidents en médecine familiale qui viennent pratiquer avec elle autant au CH qu'à son cabinet à la clinique-GMF. Point fort intéressant, le cas08 voit ce rôle comme une responsabilité sociale.

*« Alors c'est un rôle intéressant, c'est une responsabilité sociale, et c'est ça, on apprend aussi à être un bon formateur j'imagine. »*

Le cas08 mentionne que sa pratique en CH amène des responsabilités face à l'établissement, telles que la participation à des réunions et à divers comités et d'avoir diverses charges administratives. Elle a déjà eu plusieurs tâches administratives, qu'elle a éventuellement laissées. Entre autres, celle-

ci a déjà été vice-présidente du comité exécutif d'un conseil pendant six ans et membre d'une direction régionale pendant quatre ans. Le cas08 est chef médicale de l'unité dédiée à son champ d'intérêt particulier au CH au moment de l'entrevue.

*« Moi je suis chef médical de l'(...), j'ai eu beaucoup de tâches administratives mais je les ai toutes laissées. Mais j'ai été 6 ans vice-présidente de mon exécutif (...), j'ai été 4 ans membre (...), j'ai fait un terme là. »*

Point intéressant, le cas08 avait le désir de s'impliquer et de participer à l'amélioration de l'organisation et de la répartition des ressources de santé et ce, particulièrement à son début de pratique au CH. Malheureusement, elle avoue avoir perdu la ferveur de ses débuts suivant des expériences plutôt démobilisantes.

*« Je trouve ça dommage, parce que je parlais de l'aspect médico-administratif et politique, moi je me suis quand même impliquée en me disant je ne pourrai pas chialer si je n'ai pas participé, donc je vais participer et on va essayer d'améliorer les choses, puis je trouve que les efforts qu'on fait dans ce sens-là sont plutôt à l'effet de nous démobiliser. Ça finit comme ça, moi mon expérience s'est terminée comme ça. »*

Dans ce dernier passage, le cas08 parle de sa participation à des activités médico-administratives avec l'objectif d'aider à l'amélioration l'organisation et à la répartition des services de santé. Ceci laisse peut-être entrevoir une disposition propre à la médecine sociale.

La clinique médicale privée de groupe fût parmi les premières cliniques du Québec à être accréditées GMF par le MSSS. Huit médecins de famille ou omnipraticiens travaillent à la clinique médicale; tous considérant la clinique comme leur lieu principal de pratique. L'organisation offre des services de sans rendez-vous ainsi que des services de visite à domicile. Elle dispose également de services infirmiers. Trois infirmières GMF y travaillent, dont une à temps plein. Il y a parfois deux infirmières GMF qui travaillent durant la journée à la clinique. Au niveau collectif (syndicat), les infirmières GMF sont officiellement des employées du CSSS du territoire.

*« Elles travaillent aussi à l'hôpital, au CLSC; elles sont comme prêtées par le CLSC. Maintenant, celle qui est notre principale, elle a son poste ici, mais collectivement, syndicalement, et tout ça, elle relève de l'hôpital, du CLSC. »*

L'organisation offre également des services psychologiques. Deux psychologues ont un bureau dans la clinique. Elle est ouverte tous les soirs du lundi au vendredi ainsi que les samedis et les dimanches jusqu'en milieu d'après-midi (pour les services GMF). Le cas08 apprécie aussi l'accès au dossier informatisé des patients à partir d'un poste informatique disponible dans chaque bureau de médecin. Ceci lui permet un accès rapide aux résultats des examens diagnostiques, dont les résultats des analyses de laboratoire. Bien que l'informatisation de l'ensemble des dossiers

médicaux de la clinique soit encore en progression au moment de l'entrevue, elle trouve qu'il s'agit d'une aide à la lourdeur de la pratique. Il dispose également d'une connexion Internet à son bureau ce qui lui permet d'accéder rapidement à des informations.

*« On a aussi un dossier clinique informatisé qu'on utilise plus ou moins. C'est sûr que ça prend un certain temps avant que pour tous nos patients on ait réussi à informatiser leur dossier. Mais ça, ça aide aussi. (...) Mais sûrement que tous les médecins aimeraient bien ça pouvoir avoir accès au laboratoire directement de leur bureau. Moi je pitonne et je vois les labos. Donc si je n'ai pas encore reçus ou que je n'ai pas encore passé à travers ma pile et que le patient est devant moi et me dit "j'ai passé une prise de sang la semaine passée", c'est pas long, je pitonne et j'ai ses résultats de labo sur l'ordinateur. »*

Enfin, la clinique-GMF est affiliée au département de médecine familiale d'une université en tant qu'unité extérieure depuis deux ans (au moment de l'entrevue). En tant que professeurs d'enseignement clinique, elle et ses collègues reçoivent deux résidents de première ou de deuxième année en médecine familiale à la fois pour une période de deux mois. Ces résidents viennent acquérir une formation de pratique clinique en cabinet ainsi qu'une formation de pratique d'hospitalisation.

*« Puis maintenant on reçoit des résidents de l'UMF (...), et maintenant l'UMF (...) qui viennent ici même au bureau, on est une unité externe si tu veux. Ils viennent avec nous faire du bureau et de l'hospit depuis (...). »*

Le cas08 dit que les résidents viennent en alternance à la clinique-GMF et au CH. Une semaine un résident est à la clinique, tandis que l'autre résident est au CH; et vice-et-versa la semaine suivante. Elle rapporte que l'équipe médicale de la clinique se partage la responsabilité de l'enseignement auprès des résidents. Ils se réunissent à chaque semaine pour discuter de la semaine qui vient de passer, des remarques et des choses particulières à regarder ou corriger.

*« Ils viennent à deux, une semaine il y en a un au bureau l'autre est à l'hôpital, et ils changent de tour la prochaine fois; la semaine d'après celui qui était à l'hôpital vient au bureau et le contraire. On se les partage, et à chaque semaine on fait un peu un retour sur comment ça s'est passé, et est-ce qu'il y a des choses particulières à regarder ou à corriger; des remarques. »*

La clinique médicale est adjacente à une pharmacie à large surface. Cette pharmacie est d'ailleurs propriétaire des locaux de la clinique. Il y a une porte communicante entre la clinique-GMF et la pharmacie, tandis que la porte d'entrée principale de la clinique donne sur la rue derrière l'édifice de la pharmacie. Trois médecins de famille de la clinique-GMF sont cosignataires du bail d'une durée de dix ans. Le cas08 précise que le support administratif et secrétaire est entièrement sous la responsabilité des médecins cosignataires du bail.



*« Elle appartient à la pharmacie, et on a signé un contrat de location pour 10 ans. À l'ancienne place, (...) était propriétaire avec deux autres médecins, et ici ils sont juste cosignataires du bail, donc ils sont responsables du bail. »*

La clinique médicale est située dans un des arrondissements de la ville la plus importante de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Cet arrondissement fait parti d'un des plus importants territoires de RLS de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. La population de l'arrondissement représente environ 92 % de la population totale du territoire. D'autre part, la population du territoire représente près du quart de la population totale régionale. Selon les données sociodémographiques du recensement 2006, un peu plus de 18 % de la population du territoire est âgée de moins de 18 ans, 65 % a entre 18 et 64 ans tandis qu'un peu moins de 17 % a 65 ans et plus. Les données socioculturelles du recensement 2006 indiquent que le français est la langue parlée à la maison par la quasi-totalité de la population. Il n'y a d'ailleurs qu'une très faible proportion d'immigrants sur le territoire (environ 1 %). Les données socioéconomiques du recensement 2006 indiquent, quant à elles, qu'un peu plus de 13 % des adultes âgés de 25 à 64 ans du territoire ne détiennent aucun diplôme, certificat ou grade. Il s'agit là d'individus faiblement scolarisés. Par contre, légèrement plus de 13 % des individus du même groupe d'âge sont fortement scolarisés, détenant un diplôme, certificat ou grade universitaire. Le revenu moyen après impôt de la population de 15 ans et plus était de 22 906 \$. Le territoire enregistrait un taux de chômage supérieur à 11 % pour la semaine ayant précédé le jour du recensement (16 mai 2006). Selon l'Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007, 18 % des adultes résidant sur le territoire affirment ne pas avoir un médecin de famille.

L'édifice où se trouve la clinique médicale est situé à une intersection importante d'un des secteurs de l'arrondissement. Le quartier où se trouve la clinique est surtout commercial, avec des zones résidentielles dans les rues derrière les artères commerciales. Il y a plusieurs commerces et services, dont un centre d'achats, des écoles, des restaurants. Plusieurs maisons, bien que vieilles, ont été rénovées et sont généralement bien entretenues. Il y a quelques municipalités et villages avoisinants qui peuvent venir dans les commerces et utiliser les services généraux, et plus spécifiquement les services de santé, situés dans la communauté (arrondissement), le secteur et le quartier où se trouve la clinique. Parmi les ressources de soins de santé disponibles tout près dans le quartier où se situe la clinique, on retrouve, entre autres choses, deux pharmacies à large surface (dont l'une adjacente à la clinique) et deux à superficie plus petite, une clinique de chiropraxie et cinq cliniques dentaires. Parmi les ressources de soins de santé et de services sociaux du territoire,

on retrouve le CSSS qui est un établissement qui regroupe un CH de soins généraux et spécialisés à vocation communautaire, un CLSC (deux installations) et quatre CHSLD. Il y a également sur le territoire plusieurs cliniques médicales privées offrant des services médicaux généraux (plus d'une dizaine, dont une mini-urgence, deux sont des GMF accrédités), plus d'une quinzaine de pharmacies (grande, moyenne ou petite superficie), des centres de réadaptation (déficience physique, déficience intellectuelle, dépendances), un centre jeunesse, plusieurs bureaux de professionnels de la santé (dentistes, optométristes, audiologistes, orthophonistes, psychologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, etc.) ainsi que plusieurs organismes communautaires dont les activités sont liées à la santé et aux services sociaux (santé mentale, toxicomanie, déficience physique, déficience intellectuelle, jeunesse, perte d'autonomie liée au vieillissement, etc.). Il y a également une clinique de médecine privée (hors RAMQ) offrant des services médicaux. Enfin, certains professionnels de la santé non traditionnels offrent des services (acupuncteurs, naturopathes, homéopathes, ostéopathes, massothérapeutes, chiropraticiens, etc.).

Le cas08 ne prend plus de nouveaux patients de façon officielle. Il y a cependant quelques exceptions. Elle accepte de prendre des nouveaux patients qu'elle a pris en charge au CH si ceux-ci n'ont pas de médecin de famille ou pour d'autres raisons bien particulières. Elle accepte également des nouveaux patients si ceux-ci sont de la famille proche d'un de ses patients actuels et qu'ils viennent de perdre leur propre médecin de famille.

*« J'en prends, mais je n'en prends pas de façon officielle. Comme là, les patients dont le mari, ou l'épouse, ou les enfants étaient suivis par un des deux docteurs qui s'en vont, bien je vais les prendre, mais je ne mets pas une annonce dans le journal pour dire que je prends des nouveaux patients parce que sinon c'est moi qui vais mourir! Je ne peux pas faire ça. (...) Et on en prend aussi de l'hôpital, ceux qui par exemple n'ont pas de médecin ou... je ne dirai pas d'autre chose. (rire) »*

Qui plus est, l'accessibilité à ses services semble être une préoccupation importante. D'autant plus, qu'elle semble être habitée d'un fort sentiment de responsabilité envers ses patients. Elle désire être rapidement accessible en cas de besoin. Elle désire également demeurer disponible pour un suivi et une prise en charge adéquates et responsables de ses patients, surtout que plusieurs de ses patients ont besoin d'un suivi régulier puisqu'ils sont très malades.

*« Parce que je veux aussi pouvoir suivre mes patients, donc si j'ai 20 000 patients - c'est une joke là parce qu'il n'y en a pas un qui a 20 000 patients - mais si j'ai trop de patients je ne serai pas capable de les voir quand ils auront besoin de moi non plus, parce que je suis aussi beaucoup à l'hôpital, alors ça fait partie des raisons pour lesquelles je ne suis pas une énorme cohorte. Faut dire aussi que mes patients sont très malades donc ils ont besoin d'avoir un suivi assez régulier. »*

La durée de la consultation en bureau s'établit à environ 30 minutes.

*« Mettons moi j'en vois 8 à 9 dans une demi-journée, ça me prend à peu près ½ heure par patient, c'est quand même plus que pour plusieurs, mais quand même, ce qu'on peut accomplir dans cette durée de temps-là n'est pas si... »*

Le cas08 parle de la complexification de la pratique médicale générale, particulièrement suivant l'augmentation du nombre de situations complexes de polyopathie et de polymédication. La consultation pour le suivi ou l'examen annuel peut s'avérer plus longue ou plus lourde puisqu'il y a plusieurs choses à prendre en compte.

*« Ça dépend des goûts, moi j'aime ça aussi voir des choses complexes, je trouve que ça fait appel à mes connaissances, mais c'est sûr que ça fait des bureaux plus lourds. (...) Il y a beaucoup de malades qui ont plusieurs conditions mises ensemble, donc ça augmente encore la complexité. »*

Le cas08 est méticuleuse et accorde de l'importance à ses notes de consultation. Elle confie d'ailleurs prendre le temps nécessaire après la fin de ses consultations afin de bien rédiger ses notes et d'y inclure beaucoup de détails pour qu'elle puisse se situer et comprendre les décisions prises.

*« Puis écrire les notes je trouve ça important aussi, j'écris beaucoup dans les dossiers, ça me permet de me situer et de savoir où j'en suis, pourquoi j'ai pris telle ou telle décision, comme ça si jamais on se repose la question quelques semaines plus tard, je peux retracer dans mes notes ce qui m'a menée à cesser tel médicament, ou à ne pas considérer faire tel examen, etc. »*

Sa clientèle se compose majoritairement de personnes âgées vulnérables. Bien qu'elle ne soit le médecin que d'environ 4 ou 5 pourcent de la clientèle totale de la clinique-GMF, elle prend en charge le suivi de 35 pourcent de la clientèle vulnérable de cette organisation. Il s'agit donc d'individus très malades nécessitant un suivi régulier. Ceci résulte en des dossiers médicaux volumineux.

*« Tu vois, je n'ai pas beaucoup de patients, je pense que j'ai 4 ou 5% de la clientèle de la clinique, mais j'ai 35% de la clientèle vulnérable, alors mes dossiers sont reconnus pour... ils sont épais et c'est des patients malades. »*

Le contexte socio-économique de la communauté où se trouve la clinique-GMF fait en sorte qu'une partie importante de la clientèle du cas08 est soit peu fortunée, soit défavorisée.

*« Parce que ce sont beaucoup des personnes âgées qui dépendent de leur petit revenu de retraite, ils n'en ont pas nécessairement beaucoup. Donc je dirais qu'en général ce ne sont pas des gens très fortunés. »*

D'autre part, les services de soins spécifiques à la clientèle dans son champ d'intérêt particulier occupent une place importante dans la pratique du cas08. Cette dernière a développé des

connaissances, des compétences et une expertise pointues quant à la prise en charge et le traitement dans le domaine médical de son champ d'intérêt particulier en participant pendant plusieurs années à beaucoup d'activités de formation et de DPC. Elle participe maintenant un petit peu moins à ce genre d'activités suite à la redondance des informations.

*« J'ai assisté à un moment donné longtemps à beaucoup de formations, mais à un moment donné ça devient saturé, les choses finissent par se répéter, donc là j'ai ralenti un petit peu. »*

Le cas08 rapporte que certains de ses patients ont recours aux affiches et aux pamphlets des compagnies pharmaceutiques disponibles dans les salles d'attente comme sources d'information en matière de santé. À ses yeux, il s'agit d'un problème qui peut avoir des conséquences et des effets pervers. En effet, la lecture de ce type d'informations est responsable d'un autodiagnostic en matière de santé chez un bon nombre d'individus et d'une demande d'un traitement médicamenteux. Ceci peut aider à nourrir l'idée qui semble de plus en plus présente « un symptôme, une pilule ».

*« C'est comme les compagnies pharmaceutiques qui font des affiches pour aller dans les salles d'attente; donc ils arrivent tous, ils ont lu la petite affaire de dépression, la petite affaire d'hypertrophie bénigne de la prostate, ils ont lu la dysfonction érectile, et là ils rentrent avec un besoin de pilules là! Ils se sont auto-diagnostiqués! (...) On dirait que de nos jours il y a beaucoup, un symptôme une pilule, un symptôme une pilule, comme si on devait tomber dans une catégorie qu'il y a une pilule pour tu sais. C'est un peu fatigant. »*

Le cas08 établit un type de relation médecin-patient où l'on retrouve un niveau d'exigence élevé et ce, tant vis-à-vis du médecin que des patients. Elle fait mention en riant que ceci n'est pas toujours facile et ce, autant pour elle-même que pour ses patients. Certains patients la trouvaient d'ailleurs bien sévère lorsqu'ils l'ont connu, tandis que maintenant ils comprennent qu'elle a des exigences envers eux tels que, par exemple, l'atteinte des cibles tensionnelles.

*« Tu demandes par exemple qu'ils prennent leur pression pour t'aider à les aider, puis ils ne t'arrivent jamais avec leurs chiffres, alors à un moment donné ça devient difficile à... Je suis exigeante un peu envers mes patients comme je le suis envers moi-même aussi. Ça, ça m'a surprise aussi; mes patients me le disent maintenant que quand ils m'ont connue ils me trouvaient bien sévère! (rire) Et après ça ils se sont rendu compte que finalement je n'étais pas si sévère que ça, mais que j'avais des exigences envers eux, comme par exemple avoir les cibles tensionnelles, "bon bien on ne lâchera pas tant qu'on ne les aura pas obtenues et je vais continuer à travailler." Alors c'est pas toujours facile pour le patient et c'est pas toujours facile pour le docteur! (rire) »*

Autant que possible, le cas 08 promeut la participation active ou la collaboration des patients au processus décisionnel. En effet, elle tente d'entretenir une relation avec les patients leur permettant

de participer à la prise de décision, voir de la partager. Celle-ci affirme toujours présenter et expliquer les options disponibles et offrir des conseils afin que les patients fassent des choix informés. C'est d'ailleurs les patients qui font le choix en définitive. Les patients sont donc également un des facteurs d'influence sur sa pratique. Ceci dit, le cas08 est néanmoins d'avis que les patients ne sont pas toujours bien équipés pour prendre des décisions. Qui plus est, il existe des situations cliniques pour lesquelles il est préférable de privilégier un tant soit peu le modèle décisionnel paternaliste. En outre, elle fait allusion aux situations pour lesquelles plusieurs médicaments appartenant à différentes classes thérapeutiques sont disponibles et efficaces dans le traitement d'un problème de santé. En guise d'exemple, celle-ci parle du choix entre un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou un bloqueur des canaux calciques dans le traitement de l'hypertension artérielle. Le cas08 voit difficilement comment les patients peuvent faire un tel choix par eux-mêmes. En tant que médecin de famille, elle considère donc qu'il est de son rôle d'essayer de choisir un médicament qui va avec le profil du patient et d'offrir des conseils professionnels. Le cas08 souligne l'importance de l'établissement d'un climat de confiance mutuelle dans la relation médecin-patient. Ainsi donc, il est important que le médecin ait confiance en son patient pour le laisser prendre certaines décisions. Tout comme il est important que le patient ait confiance que son médecin travaille dans son meilleur intérêt.

*« Je trouve qu'ils ne sont pas toujours équipés pour prendre des décisions par exemple, un pharmacien me disait "oui, mais offrez le choix, vous pouvez offrir le choix à votre patient de prendre un ACE ou un bloqueur de canaux calciques." Je ne sais pas comment le patient peut choisir ça. Alors pour moi je pense qu'il y a certains choix auxquels... pas que le patient n'a pas le choix, mais je pense qu'il gagnerait à avoir confiance que j'essaie de discerner ce dont il aurait vraiment besoin. Mais j'explique toujours, et après ça en définitive c'est lui qui fait le choix. Je pense que c'est important qu'il y ait une certaine confiance respectueuse, c'est-à-dire que moi je peux lui mettre une décision dans les mains, mettons dire "ok, là j'observe votre pression, elle est haute, j'aimerais que vous fassiez un peu plus d'exercice pour aller chercher quelques millimètres de mercure là, j'aimerais que vous diminuiez le sel vous pourriez aussi aller chercher des choses là, perdre un petit peu de poids, peut-être qu'on pourrait aller chercher... et peut-être qu'il n'y aurait pas besoin de pilules après ça, on va voir, on va se donner un temps pour observer. Mais quand ce sera le temps de mettre une pilule on aura déjà déblayé ça." Je pense que j'essaie comme médecin de choisir le médicament qui va avec le profil du patient, je trouve que c'est assez compliqué la médecine que rendu là, je pense que le patient a besoin de nos conseils. »*

Le cas08 poursuit ses propos en disant respecter la décision de ses patients lorsque ceux-ci refusent de suivre ses recommandations. C'est leur choix. Elle le prend en note au dossier. Celle-ci cite en exemple une de ses patientes qui refuse toujours de faire une colonoscopie malgré de lourds

antécédents familiaux. Le cas08 essaie tant bien que mal de discuter avec la patiente à chaque visite, mais cette dernière ne veut tout simplement pas en entendre parler.

*« Maintenant c'est sûr qu'un patient qui ne veut pas se faire investiguer, ou qui ne veut pas passer une colonoscopie, bien écoute, c'est son choix aussi, c'est sûr que je le note au dossier. Je pensais justement à un dossier comme ça, une madame que ça fait trois ans que je la connais et qui a des antécédents familiaux de cancer du colon dans sa famille et qui refuse systématiquement, à chaque fois, de passer une colono, elle refuse même d'entendre le mot. La dernière fois elle a accepté d'entendre le mot, alors je dis "bon, ok, la prochaine fois on essaiera d'en reparler encore plus." Mais c'est son choix. »*

Le cas08 porte de l'intérêt pour le confort des patients et des familles. Ce point est particulièrement évident lorsqu'elle fait mention de travaux importants de construction à l'unité dédiée à son champ d'intérêt particulier au CH. Celle-ci rapporte que l'équipe de soins a bel et bien été consultée, mais seulement une fois que les plans de construction furent très avancés; tout changement important à ces plans étant très difficile. Elle est d'avis que le point de vue du patient n'a pas été pris en compte dans l'élaboration des plans de construction. Entre autres choses, le cas08 parle de la grandeur du bureau d'un intervenant-pivot auprès des patients et des familles ainsi que de la hauteur des fenêtres et de la grosseur et de l'emplacement des chambres.

*« Ils nous ont consulté concernant la construction de la nouvelle (...) au 3<sup>e</sup> étage de notre hôpital - parce que dans le contexte du centre (...) on va refaire certaines unités de soin et il y a des choses qui vont être vraiment mieux dans notre nouvelle (...) - mais quand ils nous ont consulté ils étaient déjà très avancés dans les plans, et finalement on s'est rendu compte qu'ils n'avaient pas prévu de local pour notre travailleuse sociale - c'est primordial -, après ça ils voulaient la mettre dans un garde-robes! Regarde, elle reçoit les familles, elle peut tu avoir un local, c'est comme un pivot comme tous les autres. Ensuite ils avaient mis des patients dans une chambre où la fenêtre est haute de même, les patients sont (...), ils peuvent-tu regarder dehors? Ça n'a pas de bon sens là. On veut des chambres à 4 plus que des chambres à 2 parce qu'il y a plus de places pour bouger, ça prend des locaux vastes où les patients vont pouvoir se déplacer (...). Donc si on construit des nouvelles affaires, on peut-tu construire des lieux assez spacieux pour leur permettre de faire comme on leur demande? Bien là, un coup qu'on leur a dit ça, "ben là c'est de valeur, les plans sont déjà faits hein." Mais ils nous consultent, ils nous les ont montrés... C'est ça, ils ne sont pas venus nous dire "vous autres, dans votre (...) idéal, est-ce qu'il y a des choses...?" Peut-être que je n'y aurais pas pensé, je n'aurais même pas pensé qu'il y aurait une possibilité de mettre les fenêtres ça de haut, de mettre les chambres de ce côté-là de l'hôpital. C'est sûr qu'on ne peut pas refaire l'hôpital au complet, mais il me semble qu'il faut se mettre un peu plus à la place du bénéficiaire, à la place du patient, on ne sait plus trop comment l'appeler : malade, patient, bénéficiaire, client. »*

Le cas08 apprécie grandement le contact humain en médecine. En fait, lorsque l'intervieweuse (en l'occurrence la chercheuse principale) lui demande ce qu'elle aime le plus dans

sa pratique, celle-ci répond d'emblée, et en riant, les patients. À ses yeux, chaque interaction avec un patient est passionnante. Le temps s'arrête et il n'y a que l'interaction qui compte. Ceci est vrai même si le patient se répète ou même si le cas<sup>08</sup> est stressée ou fatiguée de sa journée. L'interaction médecin-patient lui donne un regain d'énergie et un sens à sa pratique.

*« Les patients! (rire) Je dirais que souvent, quand je suis très fatiguée et que j'ai mon voyage, ou que je vais commencer une semaine de garde et que j'ai le... ça nous met toujours sur le qui-vive, un petit moton, mais à chaque fois que je suis devant un patient, le monde s'arrête là, c'est juste là que ça se passe, et à chaque fois c'est passionnant. Il y a des fois aussi, je connais la rengaine, le patient se répète, tout ça, mais c'est quand même une interaction d'un individu à un autre, et c'est toujours ça qui me donne mon regain. Pendant ma journée, mettons que je fais mon hospit, j'arrive à 8 h le matin et il est rendu 8 h le soir et je suis encore à l'hôpital, mais au moment où je m'assois avec mon patient je trouve que ça a quand même un sens. Quand je reviens à la maison et qu'il est 9 h, là je suis fatiguée, mais quand je suis en interaction avec mes patients ça va. »*

En plus, elle est d'opinion que la relation médecin-patient qui se développe à travers le suivi à long terme est particulièrement gratifiante. En fait, elle apprécie la pratique clinique puisque ça lui permet de voir le patient au long cours et d'ainsi nouer une relation sur laquelle il est possible de construire et qui est aidante pour la santé du patient.

*« Et pourquoi je fais de la clinique? Parce que j'aime ça voir le patient au long terme, pas juste ponctuellement; je pense qu'il y a des choses qui peuvent se nouer et qui sont aidantes pour la santé de la personne, donc pour moi je trouve que c'est gratifiant. »*

Le cas<sup>08</sup> développe davantage sa pensée en expliquant sa conception du rôle du médecin de famille, et plus particulièrement des valeurs et des compétences de la médecine familiale. Celle-ci parle surtout de l'écoute et la communication dans la relation médecin-patient, de la vision de la personne dans sa globalité et du suivi à long terme (continuité).

*« Les valeurs du médecin de famille...? Bien je pense que c'est d'être à l'écoute, d'être un bon communicateur. De garder une vue d'ensemble de la personne, le credo bio-psycho-social je pense que c'est quand même important. Et puis la continuité des soins. Euh... je ne sais pas trop là... »*

Elle souligne le rôle central de la relation médecin-patient dans la pratique de la médecine de familiale.

*« Bien c'est sûr, c'est sûr là. Comme je disais au début, savoir communiquer, savoir écouter, donc ça, ça va pour moi dans la relation patient/médecin. C'est sûr que c'est au centre, effectivement. »*

En outre, le cas<sup>08</sup> précise que la **pratique** de la **médecine familiale** procède d'une approche globale et biopsychosociale. Il s'avère important de reconnaître à l'individu tous ses aspects, qu'ils soient

psychosociaux, affectifs ou autres. Qui plus est, elle accorde une grande importance aux composantes émotives des maladies.

*« Moi je pense que chaque individu est dans son contexte et je pense que c'est important de reconnaître à l'individu tous ses aspects, les aspects émotifs, les aspects qui viennent influencer sur la santé, et même je trouve que les composantes affectives des maladies c'est très important là, pas un peu important, c'est très important. »*

D'autant plus que le cas08 prétend aimer voir des situations cliniques complexes puisqu'elles font davantage appel à ses connaissances de médecin. Il y a aussi beaucoup de patients pluri-pathologiques ce qui augmente davantage la complexité dans certains cas. Le revers est que ça augmente la lourdeur de la pratique clinique.

*« Ça dépend des goûts, moi j'aime ça aussi voir des choses complexes, je trouve que ça fait appel à mes connaissances, mais c'est sûr que ça fait des bureaux plus lourds. (...) Il y a beaucoup de malades qui ont plusieurs conditions mises ensemble, donc ça augmente encore la complexité. »*

En outre, le cas08 confie trouver particulièrement gratifiant de soigner les personnes âgées et ce, suivant l'aspect multidimensionnel de la prise en charge et du suivi de ce type de population. En premier lieu, il s'agit de personnes vulnérables qui dépendent de leurs proches et des relations familiales. En deuxième lieu, les personnes âgées sont souvent atteintes de plusieurs problèmes de santé, ce qui en fait des cas complexes. Aux yeux du cas08, tout ceci vient justifier, en quelque sorte, les efforts d'être médecin. Enfin, elle juge que les personnes âgées ont beaucoup donné à la société, au point tel que le cas08 trouve gratifiant de leur en redonner un peu en les soignant.

*« Je trouve que ce sont des personnes qui sont gratifiantes à soigner parce que c'est multidimensionnel vraiment, vraiment beaucoup là. Ils dépendent de leurs proches, des relations familiales, et en même temps c'est des textbooks de médecine interne et tant qu'à faire de la médecine faisons-en : l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance rénale, l'arthrose, l'analgésie, des ACV, je veux dire, ils ont tout! Ça vaut la peine d'être un docteur! Et aussi, ce sont des gens je trouve qui ont donné beaucoup à la société et je trouve ça gratifiant, ça me fait plaisir de leur en donner un peu. »*

On peut entrevoir trois différents types de dispositions dans ces deux passages. Il y a allusion aux contacts humains (dispositions propres à l'humanisme médical), à la prise en charge de situations cliniques complexes (disposition propre au professionnalisme médical) et enfin, au rôle social du médecin de donner à son tour aux personnes âgées qui ont déjà donné beaucoup à la société (disposition propre à la médecine sociale).



Le cas08 gère les situations avec beaucoup d'incertitudes de plusieurs manières. Sa première réaction face à une situation clinique où il y a trop d'incertitudes est de questionner à nouveau, de chercher, d'investiguer davantage puisque qu'il est possible qu'elle n'ait pas bien compris quelque chose. Le cas08 demande l'aide de médecins spécialistes dans le domaine dans l'éventualité où elle n'est pas capable de résoudre le problème de santé. Celle-ci utilise donc les médecins spécialistes comme source d'information. Cela dit, le cas08 développe sa pensée en ajoutant qu'il existe des situations dans lesquelles le médecin se doit d'être prêt à assumer une certaine incertitude et à baisser l'anxiété du patient. Il suffit alors de s'assurer qu'il ne s'agit pas d'un problème grave de santé, tel qu'un cancer par exemple. Il est important d'expliquer au patient que la situation ne semble pas sérieuse ou grave et ce, afin de le rassurer et de réduire son incertitude et son anxiété. Elle croit qu'il est possible pour le médecin de gérer un certain degré d'incertitude avec le patient en lui expliquant un peu la démarche prise. En outre, celle-ci est d'avis qu'il peut être agréable pour le patient de voir que le médecin de famille ne le réfère pas d'emblée vers des services médicaux spécialisés parce ce dernier a analysé la situation clinique devant lui et qu'il le comprend.

*« S'il y a trop d'incertitude c'est que j'ai besoin d'une deuxième opinion. J'ai essayé quand même de m'en faire une idée avant, mais... Faut pas que je sois trop incertaine là, si je suis trop incertaine c'est que là il y a quelque chose que j'ai pas catché, il y a quelque chose qu'il va falloir éclaircir. Je pense aussi que des fois on peut gérer avec le patient un certain degré d'incertitude, de dire "bon bien écoute, je suis pas certaine à 100% de ce que vous avez, mais je suis pas mal certaine que vous n'avez pas telle telle chose qui pourrait être inquiétante, et là ce qu'on va faire c'est qu'on va commencer comme ça"... On le gère un peu avec le patient en lui expliquant un peu notre démarche. Donc des fois ça peut être plaisant pour le patient de savoir qu'on ne le réfère pas tout de suite parce qu'on a analysé quand même la situation devant lui et qu'il le comprend. Mais trop d'incertitude, ça veut dire qu'il y a quelque chose qu'on n'a pas compris, donc tu re-questionnes, et si tu n'y arrives toujours pas peut-être qu'il faut demander de l'aide. »*

Le cas08 croit que toute sa formation, toute sa vie, tout ce qu'elle a fait lui donne des outils pour gérer les situations difficiles et l'annonce de mauvaises nouvelles à ses patients. Elle avoue ne pas avoir beaucoup de temps pour se préparer. Celle-ci dit en riant compter sur une inspiration du « Saint-Esprit ». D'un ton plus sérieux, le cas08 développe sa pensée en disant avoir une idée générale de ce qu'elle désire dire. Mais ses propos trouvent davantage leur inspiration dans son propre vécu et dans qui elle est comme personne.

*« Et je vais vous dire, je compte sur le "Saint-Esprit", entre guillemets (rire), parce que je ne suis pas une catholique pratiquante, mais je pense que tout mon entraînement, toute ma vie, tout ce que j'ai fait avant me donne quand même des outils, et je n'ai pas le temps de*

*me préparer beaucoup d'avance non plus, alors ça arrive très souvent que je me présente par exemple à une rencontre de famille qui est problématique, où il y a de la bisbille et que ça a vraiment des impacts sur mon patient, ça m'arrive de me présenter et de dire "bon, comment ça va sortir." J'ai une idée en gros de ce que je veux dire, mais ça vient tout seul, ça vient bien, c'est surprenant. Ça se passe plutôt bien. Je pense qu'on peut construire à partir de qui on est aussi. »*

Le cas08 commente brièvement que certains médecins ont la capacité de rester imperméables à leurs patients. Au contraire, elle se sert de sa sensibilité à l'autre personne dans son quotidien pour la relation médecin-patient.

*« Surtout je pense aussi avec l'espèce de sensibilité. Il y a des gens qui ont comme une espèce de barrière, ils sont imperméables, le patient arrive devant eux et ça leur fait ni chaud ni froid. Mais moi ma sensibilité (...) est là et je m'en sers dans mon quotidien pour la relation patient-médecin, donc c'est sûr que ça rentre un peu dedans. »*

Cela étant dit, elle poursuit ses propos en ajoutant que cette sensibilité à l'autre amène de longues consultations. En effet, le cas08 préfère avoir une présence plus prolongée avec les patients, et parfois leur famille, afin d'être là pour eux lors de situations de difficiles ou de l'annonce de mauvaises nouvelles. Bien que ceci soit bien perçu par les patients, il n'en demeure pas moins que le cas08 trouve ça difficile à gérer, avec tous les retards et les fins de journée tardives que ça engendre. Néanmoins, elle se dit incapable d'annoncer brièvement des mauvaises nouvelles aux patients. Celle-ci tient à être là, à rester près d'eux plus longtemps afin de les laisser parler de leurs émotions, de leur permettre de poser des questions et d'être une épaule pour ceux qui vont pleurer. Tout ceci fait en sorte qu'elle court beaucoup durant ses journées de travail parce qu'elle ne veut pas, voire même qu'elle ne peut pas, sauver du temps au dépend de ses patients. Elle insiste pour que les patients aient l'opportunité.

*« Maintenant c'est certain que ce que ça amène aussi ce sont des longueurs d'entrevue, ce qui est bien perçu par le patient mais qui est plus difficile à gérer par moi, quand à la fin de la journée je dois gérer un certain retard ou que je finis tard à l'hospitalisation parce que je ne peux pas. Il y a beaucoup de personnes qui sont capables d'annoncer brièvement des mauvaises nouvelles et de laisser la personne mariner dans son jus un peu après, alors que moi je tiens vraiment à être là un peu plus longtemps pour permettre de ventiler ce que ça fait vivre, permettre aux questions de surgir, être une épaule pour le patient qui va pleurer parce que je lui annonce cette mauvaise nouvelle. Donc, je cours beaucoup dans les corridors, je dis que c'est le seul temps que je peux sauver. Parce qu'avec le patient je ne peux pas sauver vraiment du temps, je ne veux pas; je veux toujours qu'il ait l'opportunité... c'est sûr qu'à un moment donné ça finit aussi, ça dure pas 2 heures pour chaque patient... »*

Le cas08 parle de ses relations professionnelles avec les confrères médecins et les autres professionnels de la santé, traditionnels ou non. Elle rapporte avoir quelques d'interactions sociales

personnelles avec des collègues médecins, bien que plusieurs de ses amis habitent la région métropolitaine de Montréal. En outre, elle partage une amitié avec une collègue médecin en particulier qu'elle a connu alors qu'elles grandissaient. Les aléas de la profession vont que le temps libre est plutôt rare et que les sorties ne sont pas tardives.

*« C'est sûr que la majorité de mes amis ne sont pas ici, j'ai encore la majorité de mes amis qui sont à (...) ou dans cette région-là. J'ai quelques amis ici qui sont médecins, une fille entre autres que je connaissais avant de partir, (...). »*

Le cas08 semble avoir de bonnes interactions sociales professionnelles avec des collègues médecins de famille. Entre autres choses, elle soutient qu'il existe un climat de solidarité entre les médecins pratiquant au CH où elle pratique l'hospitalisation et son champ d'intérêt particulier. Il y fait bon pratiquer. Elle ajoute par ailleurs en riant que c'est peut-être même ce climat qui leur a permis de traverser des moments difficiles au CH; moments qui ont fait la manchette des médias.

*« Mais c'est vraiment la solidarité qu'il y a entre les médecins de (...) qui fait que c'est bon de pratiquer là et qui nous a permis de résister à toutes les tempêtes que vous avez vues passer dans les journaux! (rire) »*

Ceci étant dit, le cas08 rapporte que certaines situations amènent parfois des tiraillements entre les médecins de famille de la communauté, et plus précisément entre ceux pratiquant au CH et ceux ne pratiquant plus l'hospitalisation. En fait, il y a quelques cliniques médicales de la communauté qui participent moins à la lourdeur de la pratique médicale puisqu'elles sont moins présentes au CH. Ceci a pour résultats que les médecins de famille pratiquant dans ces cliniques médicales sont moins connus de leurs collègues pratiquant en CH et ce, tout en générant quand même du travail à ces derniers puisque leurs patients sont hospitalisés et que ça vient s'ajouter aux cohortes des médecins de famille pratiquant au CH. Ainsi donc il se crée parfois des tensions en termes de partage de la lourdeur de la pratique médicale, et non pas nécessairement des tensions d'ordre personnel. Le cas08 ajoute toutefois qu'elle est consciente qu'en général les médecins de famille qui ne sont plus présents au CH sont des médecins qui pratiquent depuis longtemps et qu'ils ont à l'époque pratiqué l'hospitalisation mais arrêté depuis un bon moment. Elle juge que pour plusieurs leur absence au CH est correcte puisqu'il s'agit de médecins qui ont beaucoup donné et que maintenant leur tour est passé.

*« Bien il y a quelques cliniques qui sont moins présentes à l'hôpital et qui participent moins à la vie lourde de la pratique médicale, qu'on connaît moins parce qu'on ne les voit pas, mais qui génère quand même du travail puisque leurs malades sont hospitalisés et que ça vient s'ajouter à nos cohortes. On les appelle les patients orphelins; ils ont un médecin de famille mais leur médecin de famille n'hospitalise pas, ne fait pas partie d'un groupe qui hospitalise. Donc parfois ça crée certaines tensions, pas nécessairement des tensions qu'on*

*vit avec le médecin mais en termes de partage de la lourdeur. Mais je pense qu'en général, les médecins qui ne sont pas à l'hôpital sont des médecins qui ont pratiqué depuis longtemps et que ça fait aussi longtemps qu'ils ne sont plus présents à l'hôpital, donc je pense que plusieurs d'entre eux sont des médecins qui ont en masse donné, et on peut dire que leur tour est passé, c'est bien correct. »*

Le cas08 ne semble pas nécessairement avoir un bon réseau de médecins spécialistes vers qui référer ses patients. Elle appelle généralement le médecin spécialiste de garde lorsqu'elle pratique au CH. Elle fait également parfois appel à certains médecins spécialistes avec qui elle fait un peu plus affaire. En fait, celle-ci dit ne pas connaître personnellement les médecins spécialistes puisqu'elle a été formée dans la région de Montréal ce qui explique qu'elle a plus ou moins de préférences en quelque sorte.

*« On appelle plus celui qui est de garde. Parfois on fait appel à certains en particulier avec qui on a fait un peu plus affaire, mais non j'ai pas tellement... j'ai été formée à Montréal hein, donc les spécialistes ici je ne les ai pas connus personnellement, alors j'ai plus ou moins de préférence si on veut. »*

Néanmoins, le cas08 affirme avoir de bonnes relations professionnelles avec les médecins spécialistes en général. De part la vocation communautaire du CH où elle pratique, seuls des services de médecine interne et de chirurgie sont disponibles. Entre autres, elle juge que les spécialistes en médecine interne sont un support précieux à sa pratique; un support qui vient la sécuriser en quelque sorte. Celle-ci peut leur demander des questions sans crainte d'être mal jugée. Elle affirme recevoir un bon retour par rapport à ses questions ce qui lui permet de toujours continuer d'apprendre. Selon ses dires, les médecins de famille sont impliqués dans les dossiers et non pas seulement « accessoires » comme dans certains CHU où il y a présence de plusieurs médecins surspécialistes.

*« Bien ici à (...), on est encore un centre relativement de première ligne, un peu de deuxième ligne, mais on n'a pas beaucoup de spécialistes; mais on en a quelques-uns donc tu te sens... des spécialistes importants. Il y a des internistes, qui sont d'autres médecins de famille si on veut, c'est-à-dire qu'ils voient eux la personne dans son entier et ils peuvent adresser plusieurs problèmes, donc eux sont des spécialistes qui me sont très précieux, et il y a aussi une bonne communication entre les médecins spécialistes et les médecins de famille à l'hôpital (...), ce qui fait qu'on pose une question et qu'on n'a pas peur d'avoir l'air innocent; on a un bon feedback par rapport à ça et on continue toujours d'apprendre. Il y a donc ce support-là qui est plus présent et qui aide à la pratique, et en même temps qui n'est pas trop sur-spécialisé, donc on reste vraiment dans les dossiers, on n'est pas accessoires dans les dossiers comme dans certains hôpitaux universitaires où il y a beaucoup de sur-spécialistes, où finalement le médecin de famille peut être un peu plus... pas bouche-trou mais mettons confiné à un rôle beaucoup plus limité. ... Donc où je suis actuellement ça me permet ça, tout en me donnant du back-up un peu pour me sécuriser : un petit peu de chirurgie, de la médecine interne. »*

Son réseau ne se limite toutefois pas à ce CH. En effet, puisqu'il n'y a que peu de services médicaux spécialisés, il est parfois nécessaire de référer les patients vers des services médicaux spécialisés disponibles au CH situé dans un des territoires de RLS voisins. Encore une fois, le cas08 rapporte que les relations professionnelles avec les collègues médecins spécialistes sont généralement bonnes, du moins de personne à personne.

*« Je dirais que de personne à personne, d'un médecin à un autre, d'un médecin de famille à un spécialiste c'est assez facile, one on one. ... Mais il y a des plus jeunes qui arrivent, comme par exemple en néphro ils étaient juste 2, c'est sûr que c'est pas beaucoup pour répondre à la demande, mais là il y en a 2 qui sont arrivés, et eux sont plus jeunes et on voit qu'ils comprennent peut-être mieux un médecin de famille qu'est-ce que c'est, comment ils peuvent nous aider tout en... c'est nous qui avons la charge des patients, donc c'est plus aidant. En cardio, c'est assez simple. Je dirais que c'est plus par spécialité. En cardio, ils voient nos patients assez rapidement, au besoin, on aurait besoin de leur parler ils nous répondraient. Même chose en micro-bio, ils sont assez de service, on peut leur parler au téléphone, ils peuvent nous donner des avis. Donc one on one comme ça ça va bien. »*

Il existe cependant au moins une exception. Le cas08 pense entre autres aux relations particulièrement difficiles avec les médecins orthopédistes pratiquant au CH régional où elle sent que son jugement de clinicienne n'est pas vraiment pris en compte.

*« Mais des fois... je pense à certaines interactions avec ortho par exemple qui sont particulièrement difficiles, où tu sens que ton jugement de clinicien n'est pas vraiment pris en compte. »*

Enfin, le cas08 soutient avoir généralement un bon retour de consultation de la part des médecins spécialistes. En général, ces derniers lui envoient une lettre pour l'informer du suivi en médecine spécialisée. Ceci dit, elle précise qu'il a certains médecins spécialistes qui envoient des lettres écrites à la main qui sont parfois très difficiles à lire et qui, malheureusement, finissent par être inutilisables.

*« En général, plutôt bien. Il y a naturellement ceux qui nous envoient des chose écrites à la main où on ne comprend rien, ça c'est plus difficile, on ne sait pas ce qu'ils nous répondent. Hier, j'avais justement un patient devant moi et j'essayais de voir qu'est-ce l'urologue a marqué là, c'était quoi l'objectif ou tels examens ont-ils été faits? En tout cas, finalement ça a fini par être inutilisable, c'est un petit peu de valeur. Mais en général on a un bon retour de consultation. »*

Le cas08 affirme beaucoup apprécier de travailler en multidisciplinarité. Elle trouve très gratifiant de travailler en complémentarité avec d'autres professionnels dans un dossier. Elle semble avoir de bonnes relations avec les autres professionnels de la santé, et plus particulièrement avec ceux pratiquant au CH où elle pratique. Celle-ci rapporte référer beaucoup ses patients vers les services de diététique, d'ergothérapie, de physiothérapie et de psychologie disponibles au CH.

*« Et les soins multidisciplinaires aussi, ça j'aime beaucoup ça, l'ergo fait un bout, la physio fait un bout, chacun ajoute à l'autre avec ses propres informations, ses remarques, donc je trouve ça gratifiant. »*

Elle pense que ces services sont également disponibles dans la communauté mais avoue les connaître moins. En fait, il semble que le cas08 ne possède pas un réseau ou une liste spécifique d'autres professionnels de la santé vers qui référer ses patients à l'extérieur du CH. Celle-ci semble donc peu connaître la disponibilité de ces types de services sur le territoire ni savoir où ils sont situés. Si les patients ne désirent pas consulter au CH, le cas08 leur donne alors la responsabilité de trouver les services nécessaires dans la communauté.

*« Les autres professionnels... je pense qu'il y en a aussi à l'extérieur, mais je les connais moins, donc à ce moment-là, si la personne ne veut pas consulter à l'hôpital ça va être sa responsabilité de trouver quelqu'un d'autre. À un moment donné ils nous envoient tous leur pad de prescription ou leur carte, mais ça devient un petit peu compliqué à gérer, quel psychologue tu vas choisir par rapport à tel autre, est-ce que sa carte est plus belle que l'autre? C'est un peu difficile de choisir comme ça. »*

Le cas08 est d'avis que l'environnement de travail à la clinique médicale privée de groupe GMF est particulièrement idéal suivant le travail de collaboration avec les services infirmiers GMF. Entre autres choses, les infirmières GMF assurent du suivi tensionnel ainsi que de l'enseignement et du suivi de diabète. En guise d'exemple, le suivi des patients diabétiques comportent quatre visites annuelles à la clinique-GMF, soit une visite aux trois mois en alternance entre le médecin de famille et une infirmière GMF.

*« Du suivi tensionnel, enseignement de diabète, suivi de diabète. Entre autres, les patients diabétiques viennent une fois aux trois mois, une fois chez eux, une fois chez moi, une fois chez eux, une fois chez moi, donc ça fait quatre visites pour assurer quatre visites par année pour tous les patients de la clinique, qu'on lui réfère, parce qu'elle elle ne va pas dans la banque de patients et elle les appelle les diabétiques. Prendre des tensions couché, debout, vérifier les tensiomètres - c'est très important, ça fait partie des demandes que je fais souvent. La Société canadienne d'hypertension nous demande de vérifier la fiabilité des appareils de lecture à domicile deux fois par année. Ce qui fait que moi je le demande au moins une fois par année. »*

Bien entendu, les services infirmiers GMF ont accès aux dossiers cliniques. Si un patient vient voir une infirmière GMF pour une problématique de santé particulière ou appelle une infirmière GMF pour lui dire qu'il ne se sent pas bien, alors cette dernière va évaluer la situation et va soit parler au cas08 ou encore suggérer au patient d'aller aux services hospitaliers d'urgence ou de se présenter à la clinique, par exemples. Quoi qu'il advienne, le cas08 sera mise au courant puisque l'infirmière GMF va inscrire des notes au dossier du patient et va ensuite laisser le dossier dans la case du cas08

afin que cette dernière puisse prendre connaissance de l'intervention de l'infirmière. Ceci dit, si jamais une intervention des services infirmiers est jugée inappropriée par l'équipe médicale de la clinique, bien il en revient alors à l'équipe médicale de former les infirmières GMF.

*« Par exemple elles laissent des traces dans le dossier, mettons le patient vient pour une problématique X ou appelle l'infirmière pour lui dire qu'il ne file pas, tati tata, bien l'infirmière va soit dire d'aller à l'urgence ou de venir ici, va m'en parler, etc., mais je vais être mise au courant, le dossier va être laissé dans ma case et je vais voir l'intervention de l'infirmière là. Ça vient s'ajouter dans la pile de paperasses, mais c'est utile de le voir. Par contre, si jamais il y a eu une intervention qu'on juge qui n'était pas appropriée, bien à ce moment-là faut voir à former nos infirmières. Par exemple, je pense que c'est arrivé une fois, une patiente qui était en angine, que ça avait passé tout droit. »*

Les services infirmiers GMF offrent également les soins de plaies, le lavage d'oreilles, la vaccination et les dyslipidémies. Il y aurait peut-être lieu d'élargir éventuellement l'offre de services. Somme toute, le cas08 estime que la collaboration avec les infirmières GMF est très bien.

*« Très bien, très bien. Soins de plaies, lavage d'oreilles, la vaccination, les dyslipidémies... Elles ont quand même un champ... c'est sûr qu'on pourrait l'élargir aussi là, encore, davantage. »*

Le cas08 semble avoir peu, sinon aucune connaissance de la profession d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne.

Le cas08 semble avoir quelques relations avec des professionnels offrant des services de santé non traditionnels. Différents types de professionnels offrant des services non traditionnels sont disponibles sur le territoire. Elle dit qu'il y a quelques acupuncteurs, mais qu'elle ne les connaît pas puisqu'elle utilise peu ce type de services. Celle-ci pense qu'il existe un moyen de connaître les acupuncteurs qui ont une certification et dont les services sont reconnus par une organisation, bien qu'elle avoue ne pas savoir si cette reconnaissance provient du Collège des médecins du Québec ou d'une autre organisation. Le cas08 connaît quelques massothérapeutes et certains sont établis dans la communauté. Elle dit d'ailleurs connaître quelques ostéopathes. En outre, elle connaît un ostéopathe en particulier, dont elle est la patiente d'ailleurs. Dans tous les cas, elle prétend laisser plus le choix à ses patients.

*« Il y a des ostéopathes, j'en connais un avec qui je travaille moi-même, dont je suis la patiente. J'en connais une couple. Acupuncteur et tout ça, j'en connais pas vraiment, mais je pense qu'il y en a quand même quelques-uns. Je pense qu'il y a moyen de connaître ceux qui ont eu une certification, qui sont reconnus par... je ne sais pas si c'est le Collège des Médecins ou quoi qui fait une reconnaissance pour les acupuncteurs? J'avoue que je n'utilise pas beaucoup ce type de services-là. Massothérapeutes, j'en connais quelques-uns, il y en a quelques-uns en ville aussi. Je pense que c'est plus au choix des personnes. »*

D'autant plus que la qualité des intervenants en ostéopathie fait en sorte que le cas08 préfère encourager ses patients vers un service d'ostéopathie plutôt que vers un service de chiropractie. En fait, elle semble méfiante quant à la qualité des services chiropratiques suivant certaines histoires (qu'elle qualifie de « contes de peur ») qu'on entend et à leur efficacité suivant des périodes de suivi passablement longues (qu'elle qualifie d'« abonnement à vie »). D'autant plus que certains chiropraticiens semblent vouloir étendre leur champ de pratique en dehors du musculo-squelettique. Quant aux ostéopathes, et selon les dires du cas08, plusieurs d'entre eux auraient également une formation en physiothérapie. À ses yeux, ceux-ci seraient plus en mesure de reconnaître les limites de leur pratique et de recommander des investigations plus approfondies au besoin. Il n'y a pas d'« abonnement à vie » chez les ostéopathes. Ceci dit, elle ajoute qu'il s'agit vraiment de commentaires personnels et qu'elle ne découragerait pas un patient qui désire utiliser des services de chiropractie et qui lui fait part de ses expériences antérieures positives avec ce type de services. Qui plus est, le cas08 rapporte qu'il lui ait déjà arrivé d'envoyer une note à un chiropraticien l'informant que la situation clinique du patient était telle qu'il était contre-indiqué de lui faire certaines manipulations musculo-squelettiques.

*« J'aimerais mieux qu'ils voient un ostéopathe plutôt qu'un chiro. En fait, sur les chiros on entend toutes sortes de contes de peur, de gens qui font des ACV parce qu'ils leur craquent le cou et qu'ils ont des ostéophytes et des artères vertébrales qui se coincent... J'ai l'impression qu'il y a beaucoup de gens qui deviennent un peu accros aux chiros, qui doivent toujours aller se faire craquer, un abonnement à vie pour aller se faire craquer. Est-ce que ça apporte vraiment quelque chose? Et quand ils se mêlent de dire qu'ils vont traiter des otites par la chiropraxie, ça me surprend toujours un peu... Peut-être que s'ils se limitent au musculo-squelettique... Mais en fait je recommanderais plus l'ostéopathie, parce que ce que je constate c'est que si les ostéopathes ne trouvent pas – souvent ils sont aussi physiothérapeutes - et si ils voient que ça ne fonctionne pas au bout d'un certain temps, il faut qu'on aille plus loin, il faut qu'on investigate plus loin, tu ne te poignes pas un abonnement à vie chez l'ostéopathe. Mais ça c'est vraiment personnel. Quelqu'un qui me dirait qu'il veut aller voir un chiro et qu'il en connaît un qui lui a déjà fait du bien, je ne vais pas l'en décourager. Mais ça m'est déjà arrivé d'envoyer une note au chiro pour dire que le patient avait tellement d'arthrose dans le cou que c'était contre indiqué de faire des manipulations vertébrales cervicales, parce que ça m'inquiétait. »*

Le cas08 aborde quelques circonstances du champ de la médecine (en général) et qui peuvent exercer une certaine influence sur la pratique médicale. Entre autres choses, il y aurait peut-être lieu de modifier la sélection et la socialisation des médecins pour que ceux-ci arrêtent de se voir comme des élites de la société. Le cas08 est d'avis que la manière dont on sélectionne les futurs médecins attire des individus qui ont toujours été des premiers de classe et qui ont un besoin farouche d'autonomie. Il y a également la tendance à privilégier davantage les compétences



scientifiques au détriment parfois de d'autres compétences. Le cas08 rapporte que la première chose qu'elle et ses confrères se sont fait dire lors de leur première journée d'études médicales est qu'ils étaient « la crème de la crème » de la société. Cette façon de socialiser les médecins peut amener ces derniers à se percevoir comme étant toujours les meilleurs au-dessus de tous et ainsi exacerber le sentiment d'autonomie.

*« Bon, premièrement, je pense que ceux qui sont allés en médecine... je pense qu'il y a une espèce de besoin farouche d'autonomie. (...) C'est-à-dire que oui ça prend une bonne tête pour faire de la médecine, mais là on va tous nous enfler la tête... ce qu'on nous dit aussitôt qu'on met le pied à la Faculté, "on est la crème de la crème", alors c'est facile, tu as tout le temps été un premier de classe et en plus tu te fais dire que tu es la crème de la crème, après ça les autres ont juste à prendre leur trou, c'est toi le meilleur! Donc ça c'est une façon de socialiser les médecins. Et aussi de privilégier toujours les compétences scientifiques au détriment des fois de d'autres compétences. Je veux dire, quand même moi j'avais appliqué dans les trois facultés et il y en a juste une qui a considéré ma candidature et qui m'a permis de cheminer jusqu'au bout, parce que je n'avais pas le cheminement parfait. »*

Malgré que les relations professionnelles avec les médecins spécialistes soient généralement plutôt bonnes, il n'en demeure pas moins que, selon le cas08, on sent souvent l'idée d'une conception de la médecine familiale comme un art mineur, une petite spécialité. Ceci est assez subtil chez certains médecins spécialistes, tandis que ça l'est moins chez d'autres, ainsi que dans certaines spécialités plus que d'en d'autres. Celle-ci est sous l'impression que certains médecins spécialistes perçoivent les questions des médecins de famille comme étant des signes d'incompétences. Or, une des forces de tête des médecins de famille (et donc de la pratique de la médecine familiale) est de savoir reconnaître les limites de leurs connaissances et de leurs compétences dans l'éventualité où ils font face à des problèmes de santé qui nécessitent des services médicaux spécialisés. Elle pense entre autres aux relations particulièrement difficiles avec les médecins orthopédistes pratiquant au CH régional où elle sent que son jugement de clinicienne n'est pas vraiment pris en compte. Qu'à cela ne tienne, le cas08 croit que l'offre des meilleurs soins possibles pour les patients est ce qui motive les médecins de famille. Elle ne s'en fait donc pas avec les attitudes hautaines de certains médecins spécialistes.

*« Alors j'ai trouvé ça bon, ça vient complètement bousiller l'idée que la médecine de famille est un art mineur. Ah oui, on le sent souvent des spécialistes. C'est assez subtil... des fois ça l'est moins, mais en général... et dans certaines spécialités plus que dans d'autres. Mais c'est comme si nos questions sont perçues comme des incompétences, alors que finalement une des forces de tête de la médecine de famille, ou de n'importe quel être humain, c'est de savoir reconnaître là où on a besoin d'aide et là où on a nos limites. Alors c'est pas une tare de devoir poser une question à quelqu'un qui en sait plus que nous dans*

*un domaine spécifique. Mais des fois... je pense à certaines interactions avec ortho par exemple qui sont particulièrement difficiles, où tu sens que ton jugement de clinicien n'est pas vraiment pris en compte. Mais enfin, on passe par-dessus ça comme par-dessus d'autres choses. Je pense que ce qui nous motive c'est les meilleurs soins possibles pour nos patients, et pour ça on s'en fait pas, même si certains nous laissent à penser qu'on n'est peut-être pas top notch dans tous les domaines; ça fait partie de la vie, on est capables de vivre avec ça. »*

Le cas08 discute d'un grand enjeu, d'un grand défi et de circonstances du champ de la médecine familiale et qui peuvent exercer une certaine influence sur la pratique médicale. D'entrée de jeu, et il de façon fort intéressante, le cas08 opine que le grand défi, le grand enjeu auquel la pratique de la médecine familiale aura à faire face dans les années à venir est de « prendre sa place » dans le système de santé. Elle aborde les contextes de rareté des ressources et d'utilisation optimale des ressources. Celle-ci pense que dans de tels contextes, les médecins de famille pourraient jouer un rôle privilégié de premier plan pour une utilisation rationnelle des ressources en santé telles que, entre autres choses, les services diagnostiques et les services médicaux spécialisés.

*« De prendre sa place je dirais. Je pense que les ressources ne sont pas énormes, et que pour une utilisation optimale des ressources je pense qu'on pourrait avoir un rôle privilégié pour faire une utilisation rationnelle des ressources, des spécialistes, des plateaux techniques, tout ça dont je parlais au début de l'entrevue. »*

Ce point est fort intéressant. En effet, en faisant usage de l'utilisation optimale des ressources (donc un concept en économie) comme étant un rôle potentiel du médecin de famille, on voit ici que le cas08 fait une utilisation stratégique de concepts économiques pour positionner la médecine familiale dans le champ du système de santé.

Le cas08 fait mention de la place et du statut du médecin de famille. Elle pense que les individus ont besoin d'un médecin de famille, même dans des contextes où les services diagnostiques et les services médicaux spécialisés sont en grands nombres et accessibles. Selon ses propos, les individus ont besoin de s'identifier à quelqu'un qui les suit au long cours, qui défend leurs intérêts et qui est capable d'expliquer clairement et simplement certaines choses dites par les médecins spécialistes. Les médecins spécialistes étant très sollicités, ceux-ci n'ont pas toujours le temps de bien communiquer les informations aux patients. Il en revient alors aux médecins de famille de prendre plus le temps pour écouter et comprendre le patient et lui expliquer certaines choses (telles que le diagnostic par exemple). À ses yeux, le besoin d'avoir un médecin de famille est encore réel, une des preuves étant que les médecins de famille ont présentement de la difficulté à suffire à la demande.

*« Je pense que, même si le plateau technique de (...) est proche, je pense quand même que les gens ont besoin d'un médecin de famille, ils ont besoin de s'identifier à quelqu'un qui les suit au long cours, qu'il y ait quelqu'un qui prend leur parti, quelqu'un qui va être capable de leur traduire ce qui arrive du spécialiste, parce que bon, le spécialiste est beaucoup sollicité donc il émet son diagnostic et souvent il n'en parle pas nécessairement au patient, ça me revient, et moi je reprends ça avec le patient. Donc je dirais que les patients ont encore un besoin d'avoir un médecin de famille, vraiment, puis c'est quelque chose qui est très en demande, on ne peut pas suffire à la demande là. »*

Le cas08 pense même que les médecins de famille sont précieux aux yeux des patients. Selon ses dires, lorsqu'il y a la présence d'une bonne relation médecin-patient, le patient ressent qu'une consultation en médecine spécialisée fait partie de la démarche et que le but est alors surtout d'aller chercher une opinion précise sur un sujet pointu. Il ressent également qu'il est nécessaire de revoir le médecin de famille par la suite afin de discuter de cette opinion spécialisée en tenant de ses propres particularités. Le cas08 est donc d'avis qu'en général les patients apprécient les services des médecins de famille.

*« Pour eux autres on est bien précieux par exemple, je pense. (...) Je pense quand même que quand il y a une bonne relation patient/médecin qui est établie, le patient sent que ça fait partie de la démarche de voir le spécialiste, il sent qu'on va chercher vraiment une opinion précise sur un sujet précis et qu'après ça on revient ensemble et on remet ça dans le contexte. Donc je pense qu'en général, quand même, un médecin de famille c'est quelque chose qui est apprécié, le suivi longitudinal et tout ça. »*

On peut voir dans ces deux passages que le cas08 utilise une stratégie de différenciation afin de positionner, en quelque sorte, les services médicaux généraux par rapport aux services médicaux spécialisés dans le champ du système de santé (et du coup, celui de la société). Elle utilise certaines valeurs de la médecine familiale, soit la communication et la continuité (suivi à long terme), ainsi que le rôle du médecin de famille en tant que défenseur des intérêts du patient (relation médecin-patient) pour montrer l'importance de la profession de médecin de famille.

Lorsque l'intervieweuse lui demande s'il y aurait peut-être lieu de parler plus du rôle et des compétences du médecin de famille auprès de la population, le cas08 répond d'emblée dans l'affirmative. En effet, elle pense qu'il y aurait lieu de redorer le blason de la médecine familiale. Il s'agirait d'expliquer à la population que les médecins de famille ont une formation médicale générale leur permettant de prendre en charge un large éventail de problèmes de santé et qu'ils ont la capacité de reconnaître les limites de leurs connaissances et de leurs compétences dans l'éventualité où ils font face à des problèmes de santé qui nécessitent des services médicaux spécialisés. Le cas08 est d'avis qu'une meilleure connaissance et compréhension du rôle et des

compétences du médecin de famille résulterait en une meilleure utilisation des services médicaux généraux et spécialisés; les médecins spécialistes ne prenant alors en charge que des cas de médecine spécialisée.

*« Oui, de voir qu'on a une formation générale, qu'on est capable de faire un bon bout dans plusieurs domaines, et qu'advenant le cas où ça nécessite d'aller plus loin, mais qu'on est à même de reconnaître ces situations-là. Reconnaître nos limites, ça fait partie de notre formation de médecin de famille je pense, et quand on est rendu à notre limite, là on réfère. Alors à ce moment-là les spécialistes gèrent juste des cas de spécialité, ils ne gèrent pas des cas de médecine de famille, ce qui est extrêmement plate. Pour un gynécologue, peut-être que ça amène du pain et du beurre sur la table de faire des PAP tests, mais c'est plate là, ça fait partie des compétences du médecin de famille de le faire le PAP test dans le cadre de l'examen médical périodique, donc c'est pas nécessaire d'aller chez le gynécologue pour ça, sauf si tu as eu un problème particulier, c'est certain. Donc je pense, redorer le blason un peu de la médecine de famille. »*

Le cas08 semble faire allusion, du moins de manière implicite, à la complexification de la pratique médicale générale. Elle fait allusion au fait que, suivant le vieillissement de la population, les médecins de famille font de plus en plus face à des situations cliniques complexes telles que la polypathologie et la polymédication. Celle-ci souligne d'aimer prendre en charge des situations complexes. La durée de la consultation peut s'avérer plus longue puisqu'il faut prendre en compte plusieurs choses.

*« Ça dépend des goûts, moi j'aime ça aussi voir des choses complexes, je trouve que ça fait appel à mes connaissances, mais c'est sûr que ça fait des bureaux plus lourds. (...) Il y a beaucoup de malades qui ont plusieurs conditions mises ensemble, donc ça augmente encore la complexité. »*

Le cas08 fait rapidement allusion au travail en interdisciplinarité et à la compétition pour les soins primaires par l'arrivée d'un nouveau type de profession de la santé, soit la profession d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Elle semble avoir peu, sinon aucune connaissance de la profession d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. D'entrée de jeu, celle-ci exprime des craintes de partager ou de perdre des activités jusqu'alors sous la responsabilité des médecins de famille. Elle dirige rapidement ses commentaires vers les considérations d'ordre professionnel, plus particulièrement vers la nécessité d'être familiers avec le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et de l'assurance d'une bonne formation de cette profession. Le cas08 prétend qu'il existe présentement de grandes différences d'une clinique-GMF à une autre quant à ce que les services infirmiers GMF font ou ne font pas. Elle confie bien aimer garder un œil sur les actes médicaux qu'on lui délègue. Personnellement, elle

tient à participer à l'élaboration des protocoles de traitement à la clinique-GMF. Celle-ci laisse d'ailleurs sous-entendre que ça prend même un certain niveau de connaissances et de compétences pour le diagnostic différentiel, ce qui est plus du domaine médical. Les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne se devraient donc d'acquérir les connaissances et les compétences pour bien faire leur travail. Ceci dit, le cas08 souhaite que les médecins de famille continuent d'avoir un rôle mais ajoute que ça dépend probablement des contextes et de l'accès aux soins médicaux de première ligne. En fait, elle se demande si les services d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne sont vraiment nécessaires lorsque ces soins sont plus accessibles. Elle est toutefois consciente que la présence de ce type de professionnels de la santé délésterait les médecins de famille des petits cas.

*« Maintenant, les chasse gardées... moi je pense qu'il faudrait voir là, on n'est pas tellement familiers avec ces infirmières-là. Juste dans les GMF il y a une grande différence d'un GMF à l'autre, qu'est-ce que l'infirmière fait ou qu'est-ce que l'infirmière ne fait pas. Moi j'aime bien avoir mon œil sur ce qu'on me délègue. Comme on a un protocole mettons d'infection urinaire, je tiens à avoir participé à l'élaboration du protocole parce que je veux être sûre que mes patients ne s'en vont pas chez eux avec un abcès rénal, une néphrite ou une chlamydia pas soignée. Donc dans le diagnostic différentiel et tout ça, ça prend quand même... Donc j'imagine que s'ils forment les infirmières praticiennes et qu'ils les forment bien, leur champ devrait... le bout qu'ils font devrait être bien fait. Mais en même temps je souhaiterais que les médecins continuent à avoir quand même un rôle de... De la même façon que nous on connaît nos limites et qu'on réfère en spécialité, m'assurer que ça reste correct pour... Ça dépend des contextes aussi hein? Si tu es dans le Grand Nord ou à Blanc-Sablon et que tu es à des lieues de voir un médecin, c'est sûr que tu peux être bien contente que ton infirmière soit capable de diagnostiquer une otite et de te prescrire ton traitement. Moi c'est où les soins sont plus accessibles. Est-ce que c'est aussi nécessaire? Je ne sais pas. C'est sûr que ça délésterait les médecins des petits cas. »*

On peut voir dans ce long passage que le cas08 utilise une stratégie de différenciation afin de positionner, en quelque sorte, les services médicaux généraux par rapport aux éventuels services des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne. Elle utilise des ressources culturelles telles que les connaissances et les compétences pour le diagnostic différentiel afin de justifier sa pensée.

Le cas08 fait mention de certaines choses importantes à enseigner, à montrer aux étudiants durant leur formation prédoctorale afin qu'ils considèrent peut-être la médecine familiale comme choix de carrière. D'entrée de jeu, elle juge qu'il est important que les étudiants en médecine apprennent à comprendre la personne comme un tout, à voir la personne dans sa globalité. Ceci serait utile pour l'ensemble des étudiants, même pour ceux qui désirent orienter leur carrière vers la

médecine spécialisée. Le cas08 est d'opinion que mêmes les médecins spécialistes devraient se rendre compte que la personne a de multiples dimensions ou atteintes qui doivent aussi être prises en considération.

*« Bon, essayer de les intéresser et leur faire comprendre la personne comme un tout, puis que ça, ça ne les lâche jamais même s'ils deviennent des spécialistes, ça, ça serait déjà un bon acquis. Que même le spécialiste puisse se rendre compte que cette personne-là elle a de multiples atteintes ou elle a de multiples dimensions dont on doit tenir compte. »*

Celle-ci croit qu'il est important d'enseigner l'idée de la continuité des soins aux étudiants en médecine. De leur montrer que part le suivi au long cours, les médecins de famille sont présents à différentes étapes de la vie des patients et les accompagnent dans différentes choses qu'ils ont à vivre. Les médecins spécialistes ne font pas beaucoup de suivi au long cours.

*« Après ça, pour encourager les gens à prendre la médecine de famille, qu'est-ce qu'on pourrait dire d'autre?... Peut-être l'idée de la continuité et d'être présent à différentes étapes de la vie des personnes aussi, les accompagner dans différentes choses, le suivi longitudinal, les spécialistes n'ont pas beaucoup ça. »*

Encore une fois, on peut voir dans ces deux passages que le cas08 utilise une stratégie de différenciation afin de positionner, en quelque sorte, les services médicaux généraux par rapport aux services médicaux spécialisés. Elle utilise alors des ressources culturelles de la médecine familiale, telles que la continuité des soins et la vision globale du patient, pour montrer certaines caractéristiques propres à la profession de médecin de famille.

Les insécurités dans la pratique de la médecine familiale ainsi que les insécurités par rapport aux connaissances nécessaires pour la pratique médicale générale font partie des obstacles qui découragent les étudiants en médecine à faire de la médecine familiale leur choix de carrière. Selon le cas08, l'insécurité par rapport aux connaissances est difficile à gérer. En effet, il est plus difficile d'acquérir et de maintenir des connaissances et des compétences générales élaborées sur un large éventail de problèmes de santé que d'acquérir et de maintenir des connaissances et des compétences pointues sur quelques problèmes de santé. D'autre part, l'insécurité dans la pratique de la médecine familiale est également difficile à gérer, particulièrement en début de carrière. Les médecins de famille doivent apprendre à se faire confiance et à faire confiance au fait que le patient va revenir s'il ne va pas mieux et que le temps écoulé et la réponse aux traitements permettront alors de se faire une idée plus approfondie du diagnostic.

*« Je pense que ce qui décourage les gens, comme je vous expliquais hier, c'est l'insécurité par rapport aux connaissances. Quand tu as juste un champ d'expertise à maintenir c'est plus facile de te garder vraiment à la fine pointe que quand tu as 20 champs de pratique à*

*tenir à jour, c'est difficile. Puis dans la pratique quotidienne il y a une certaine insécurité à gérer, faut que tu fasses confiance aussi... faut que tu te fasses confiance et faut que tu fasses confiance que... bon, si le patient ne va pas mieux il va revenir, il va re-consulter, tu vas lui donner des conseils, et quand il va revenir tu vas pouvoir utiliser le temps qui s'est écoulé et la réponse aux traitements pour te faire une idée plus approfondie du diagnostic. Je pense que ça c'est quelque chose de très pas facile à gérer, et je le vois chez des jeunes médecins. (...) Je dirais que ça fait partie des choses qui sont une barrière à recruter en médecine de famille. »*

D'autant plus que la pratique de la médecine familiale est perçue comme exigeante dans le milieu médical suivant l'ampleur et la lourdeur de la tâche.

*« Tu sais on est perçus aussi, et pas nécessairement à tort, comme... la tâche elle est lourde aussi, c'est l'hospit, c'est l'urgence, c'est le bureau, c'est assez exigeant, et répondre aux appels la nuit, tout ça, donc je vois... »*

Encore une autre fois, mais cette fois-ci de manière davantage implicite, on peut voir dans ces deux passages que le cas08 utilise une stratégie de différenciation afin de positionner, en quelque sorte, les services médicaux généraux par rapport aux services médicaux spécialisés. Elle utilise une valeur de la médecine familiale, soit la nécessité de connaissances et de compétences générales élaborées, ainsi que l'ampleur et la lourdeur de la tâche de la pratique médicale générale pour montrer les difficultés propres à la profession de médecin de famille.

Le cas08 fait aussi mention de certaines choses importantes à inculquer, à montrer aux résidents durant leur formation postdoctorale en médecine familiale pour que ceux-ci deviennent de bons médecins de famille. D'entrée de jeu, elle dit que les médecins doivent se former toute leur vie. Il est important que les résidents en médecine familiale acquièrent les connaissances générales élaborées nécessaires à la pratique médicale générale. Ces derniers doivent également acquérir les habiletés nécessaires au maintien des connaissances et des compétences par l'auto-apprentissage dont, entre autres choses, l'apprentissage acquis au quotidien par les expériences professionnelles.

*« Quand tu es un médecin tu dois te former toute ta vie, et tous les jours tu fais des apprentissages grâce à tes patients, grâce à tes expériences, donc moi je pense qu'il faut beaucoup miser là-dessus. Il faut qu'on sente qu'on a des moyens même si on n'est pas blindés mur à mur. »*

Le cas08 poursuit ses propos en ajoutant qu'il est important que les résidents en médecine familiale apprennent à gérer les fatigues. Il est tout aussi important qu'ils apprennent à gérer l'aspect médico-administratif de la pratique médicale. Selon elle, les résidents en médecine familiale ne reçoivent présentement que très peu de formation sur cet aspect quand même assez important de la pratique. Cet aspect est effectivement important puisque les médecins doivent y dévouer une partie non

négligeable de leur temps et qu'il ajoute une certaine lourdeur à la pratique. Le cas08 fait mention, entre autres choses, de la gestion de la pratique en tant que travailleur autonome ainsi que de la responsabilité de participer à divers comités et d'avoir diverses charges administratives lorsque le médecin de famille pratique en CH.

*« Qu'est-ce qu'on pourrait apprendre aux résidents dans leur deux années de résidence? Je pense, apprendre à gérer un peu toute la fatigue et toutes les responsabilités. On ne voit pas beaucoup d'abord... quand on est résident on a tellement de choses à apprendre, que tout l'aspect médico-administratif on n'en a aucune idée, on ne sait pas c'est quoi un CMDP, on apprend ça pour un examen à la toute fin, on étudie pendant une heure, mais quand tu arrives en pratique bien là tu as non seulement à gérer qu'il faut que tu sois ton propre patron et que tu t'occupes toi-même de tes patients, mais en plus il faut que tu t'impliques dans les comités de l'hôpital... Tu sais, il y a beaucoup de choses là. Donc cette formation-là ça vient ajouter à la lourdeur, disons-le, et peut-être que ça serait plus stimulant si on faisait partie d'un mini CMDP ou qu'on était impliqués dans ça un peu aussi pendant notre formation, mais c'est vrai qu'on en a jusque là, donc je ne sais pas trop où est-ce qu'on pourrait coincer ça, mais ça je trouvais que c'était peut-être une lacune de n'avoir aucune espèce d'idée, je me demande même comment j'ai pu passer à travers ma résidence sans faire plus de paperasse que ça. Les labos, j'en ai pas gérés tant que ça, qu'est-ce qui se passait, comment ça arrivait là? Je le sais pas. »*

Enfin, le cas08 pense qu'il est important que les résidents en médecine familiale acquièrent des compétences de relations humaines pour gérer les relations médecin-patient difficiles. Par là elle entend la relation du médecin avec le patient qui n'est pas facile, qui est toujours en opposition et avec qui le médecin a toujours un contre transfert. Or la vraie vie est bien différente de l'émission de télévision Marcus Welby, M.D. Le médecin parfait qui comprend toujours tout et n'a jamais d'émotion négative n'est pas de ce monde. Elle croit qu'il aurait lieu de normaliser tout ça, d'enseigner que ça peut être normal que certains moments touchent le médecin plus que d'autres et comment utiliser des trucs pour désamorcer des situations difficiles.

*« Alors ça, ensuite peut-être plus acquérir des compétences pour gérer les relations difficiles patient/médecin. C'est un patient avec qui on a un contre transfert, qui n'est pas facile, quelqu'un qui est toujours en opposition... Il y a des personnes qui réussissent toujours à venir chercher des zones ombrageuses de nous-mêmes. Il y en a une, je lui ai dit "c'est drôle, à chaque fois que vous venez on trouve toujours le moyen de parler fort, ça n'arrive pas avec mes autres patients, qu'est-ce qui se passe?" Tu sais, il y en a toujours des patients difficiles, ça fait partie... il y en a de la formation même là-dessus. Ou vivre des émotions difficiles, se rendre compte... comme je disais hier le docteur parfait là, le docteur Welby qui comprend toujours tout et qui ne vit jamais d'émotions négatives par rapport à rien, il comprend toujours bien son patient, sur le coup. Des fois on peut le comprendre après, mais sur le coup on peut trouver ça difficile, et se reprocher de trouver ça difficile aussi. Donc normaliser un peu, se dire oui ça peut être normal que ça vienne nous chercher par moments, et comment on pourrait prendre des trucs pour désamorcer des situations. C'est pas toujours évident. »*



Le cas08 parle de quelques modalités organisationnelles du système de santé qui peuvent exercer une certaine influence sur la pratique médicale. Point intéressant, le cas08 semble très peu influencée par l'aspect financier de la pratique. Elle ne fait ni mention ni ne laisse entrevoir des influences de la rémunération sur la pratique médicale. En aucun moment au cours de l'entrevue parle-t-elle de considérations d'ordre économique en fonction de ses propres intérêts personnels ou de ceux de la profession. Plus encore, elle fait aucunement allusion à quoi que ce soit qui pourrait laisser sous entendre un rôle de défenseur de ses propres intérêts personnels ou de ceux de la profession. Dans les faits, les considérations d'ordre économique ne sont mentionnées qu'à peu de reprises. Par exemple, elle fait référence au concept économique de production lorsqu'elle aborde son offre de services cliniques. Le cas08 justifie alors la nécessité de voir un certain nombre de patients (huit à neuf dans son cas) par demi-journée afin de couvrir les frais de bureau et de retirer une rémunération; sans quoi elle paie pour travailler. Ceci dit, elle fait par la suite rapidement référence à ses obligations face à la communauté pour justifier, selon une autre logique, la nécessité de voir un certain nombre de patients. D'autant plus qu'à ses yeux, elle ne rendrait pas service à la population si elle ne verrait que deux patients par demi-journée.

*« Mais quand tu es dans la production, parce que veut veut pas, il y a une certaine production, il faut en voir des patients, on paye des frais de bureau et on ne peut pas voir deux patients dans un avant-midi sinon on paye pour travailler et on ne rend pas tellement service à la population. Mettons moi j'en vois 8 à 9 dans une demi-journée, ça me prend à peu près ½ heure par patient, c'est quand même plus que pour plusieurs, mais quand même, ce qu'on peut accomplir dans cette durée de temps-là n'est pas si... »*

Comme deuxième exemple, le cas08 fait rapidement mention que, bien que la RAMQ accorde une rémunération majorée pour les patients qui ont un code de vulnérabilité, plusieurs de ses patients sont très vulnérables et n'ont pas de code de vulnérabilité. Il s'agit de patients atteints de plusieurs conditions médicales ce qui augmente la complexité de ces cas.

*« Comme j'expliquais, moi j'ai beaucoup de patients très vulnérables, qui n'ont pas un code de vulnérabilité. Le gouvernement actuellement nous accorde une rémunération majorée pour un patient qui a un code de vulnérabilité, donc soit il a plus de 70 ans et il est en bonne santé, ou soit il est coronarien, soit il a des dépressions récidivantes, etc. Il y a plusieurs conditions qui sont listées. Il y a beaucoup de malades qui ont plusieurs conditions mises ensemble, donc ça augmente encore la complexité. »*

Le cas08 déplore les problèmes de disponibilité et d'accessibilité aux services de santé. L'accès aux services de santé de la population semble d'ailleurs être une préoccupation du cas08. Elle souhaite que l'ensemble de la population puisse continuer à avoir accès à des soins de qualité en fonction des besoins. Le cas08 parle de la présence d'une médecine à deux vitesses,

particulièrement au niveau des démarches diagnostiques où, à ses yeux, il existe une inégalité dans l'accès aux services. Cette inégalité découle, entre autres choses, de la présence ou non d'assurances maladie privées ou de l'environnement de résidence (rural ou urbain).

*« Ce que je veux c'est que tout le monde puisse continuer à avoir accès à des soins de qualité et qu'il n'y ait pas... il y a déjà une médecine à deux vitesses, et probablement plus que deux vitesses là. Selon si tu as des assurances ou non, tu vas avoir une résonance plus ou moins rapidement, selon que tu es en ville ou si tu es dans des zones moins urbaines comme ici, les démarches diagnostiques... tout le monde n'est pas égal dans l'investigation aux traitements. »*

En particulier, celle-ci juge que la disponibilité et l'accessibilité aux plateaux techniques (services diagnostiques) laissent à désirer. Il est important de dire d'emblée que le plateau technique du CH du territoire est plutôt limité.

*« En termes de plateaux techniques, on en a un peu plus, maintenant on a un Taco - il paraît qu'il va y en avoir un autre beaucoup mieux bientôt, avec lequel on va pouvoir faire plus - échographie, écho cardiaque. »*

Elle parle de l'existence de délais d'attente, parfois longs, pour l'accès aux services diagnostiques. Le cas08 fait ici surtout référence au plateau technique disponible au CH régional. En outre, pour certains examens diagnostiques, tels que l'imagerie par résonance magnétique, il lui arrive que ses patients aillent vers des CH de la ville de Québec. Il peut en prendre jusqu'à un an avant d'avoir accès à un électromyographe. Le cas08 ouvre une petite parenthèse pour l'accès à un électromyographe en disant qu'il est possible que ce type de technologies médicales devienne disponible à son CH.

*« Tu sais, un EMG, ça peut prendre un an avoir ça. C'est supposé qu'ils vont en faire un peu à (...). (...) va débloquer des sous pour faire passer des EMG par exemple pour des tunnels carpiens, puis faire des tunnels carpiens peut-être éventuellement à la salle d'opération en faisant venir des orthopédistes ou des plasticiens. On va voir comment ça se concrétiserait. Une résonance magnétique, c'est quand même long là, c'est quand même long. J'avais référé un patient pour une résonance magnétique, et finalement il est allé l'avoir à Québec; il a fait son appel, et l'a eu dans la semaine à Québec. »*

Qui plus est, d'autres circonstances bien spécifiques aux contextes politique et environnemental sont également responsables de la pénurie de médecins de famille, et de la quasi-absence de médecins spécialistes, sur le territoire de RLS du cas08. Elle fait ici référence à la fin des années 1990, période où le gouvernement manifestait le projet de mettre en œuvre des politiques de complémentarité entre le CH du territoire de RLS du cas08 et celui d'un des territoires voisins. Il y a alors eu une démission en bloc des médecins pratiquant au CH du territoire de pratique du cas08 pour protester contre les visées gouvernementales. Ceci arrivait alors qu'il y avait des élections

provinciales dans le comté. Plus encore, un climat de mésentente s'est alors installé entre les deux territoires de RLS concernés. Il y a d'ailleurs eu des luttes féroces et très médiatisées. Le cas08 pense qu'il y a alors eu une première vague de médecins de famille qui ont quitté son territoire de pratique. D'un autre côté, les difficultés relationnelles (entre la principale ville et le CH des deux territoires de RLS concernés) largement médiatisées auraient, quant à elles, probablement dissuadé les médecins de famille, déjà en pratique ou nouveaux, à venir pratiquer dans un territoire de RLS où il y a de la bisbille. Celle-ci ajoute par ailleurs que le plaisir de travailler au CH de son territoire est moins publicisé.

*« Je pense qu'il y a eu une première vague de départ lors de la complémentarité, plusieurs personnes sont parties à la suite de ces difficultés-là. Il en est resté quand même plusieurs, et après ça les capacités de recrutement ont peut-être été... à l'époque où on n'était pas limités, si on avait eu 10 candidats on aurait pu prendre 10 médecins, mais je pense que nos difficultés, largement médiatisées, ont créé un certain climat d'insécurité par rapport à (...), de venir s'installer dans une place où il y a de la bisbille et où c'est pas facile, tout ça. Le plaisir de travailler chez nous a fait l'objet de moins de publicité si tu veux que les difficultés relationnelles avec l'hôpital (...). »*

Enfin, plusieurs médecins spécialistes ont éventuellement cessé de pratiquer au CH situé dans le territoire de pratique du cas08. Quelques médecins urgentologues ont quitté le territoire. Le CH n'offre maintenant plus de services médicaux de pédiatrie, de gynécologie-obstétrique et d'orthopédie, pour ne nommer que ceux-ci.

*« Oui, il y en a au moins 3 qui sont partis à (...) : un urgentologue, deux-trois postes d'urgentologue, mais il y a surtout eu... On avait des orthopédistes chez nous qui sont partis. Il y avait de la pédiatrie, ça c'est parti; ça me manque plus ou moins parce que j'ai plus d'affinité pour l'autre extrémité de la vie. Les accouchements sont partis aussi. »*

Le cas08 aborde les problèmes d'accessibilité à certains services publics, tels que les services de physiothérapie et d'ergothérapie. Bien entendu, elle souligne que l'accès à ces types de services de santé est plus facile dans le secteur privé. Les services y sont d'ailleurs très bons. Ceci dit, elle parle de l'existence de longs délais d'attente pour l'accès aux services de physiothérapie dans le secteur public, particulièrement au CH puisque ce type de services n'est pas disponible au CLSC du territoire. Des services de physiothérapie sont également disponibles à un centre de réadaptation situé dans le même bâtiment que l'établissement CSSS du territoire, mais ces services s'adressent prioritairement pour les patients qui ont des problématiques SAAQ et CSST. Le cas08 croît d'ailleurs que les patients avec ce types de problématiques sont également servis en priorité dans les cliniques offrant des services de physiothérapie dans le secteur privé. Enfin, des services d'ergothérapie sont disponibles au CLSC du territoire, surtout pour offrir des services de maintien à

domicile, du moins selon les dires du cas08. Celle-ci est d'avis que c'est ni plus ni moins qu'une utopie de penser que les patients auront accès aux services d'ergothérapie du CLSC. Elle donne l'exemple d'une de ses patientes âgées en besoin urgent d'une évaluation de la sécurité à domicile mais pour qui le CLSC n'a jamais eu le temps lui rendre visite pour évaluer ses besoins.

*« Bon, alors dans le privé c'est facile, il y a plusieurs cliniques qui donnent du très bon service. À l'hôpital, la physiothérapie comme telle, les délais d'attente sont longs, puis le centre de réadaptation, ça c'est une autre affaire, c'est comme séparé un peu, c'est à l'intérieur mais là c'est surtout pour les patients qui ont des problématiques CSST ou SAAQ, donc eux sont, comme dans les autres physiothérapies d'ailleurs, dans les cliniques de physio en général, ils sont servis plus rapidement que les autres, puis il y a un organisme payeur donc je ne sais pas si ça accélère les processus, mais en tout cas ils sont vus prioritairement, (...). Ils ont des ergothérapeutes, ils n'ont pas de physio, ils ont juste une technicienne de réadaptation physique, donc tout ce qu'ils peuvent faire à domicile c'est du maintien, il n'y a pas d'évaluation, il n'y a pas de traitement. L'ergothérapie au CLSC, c'est une utopie de penser que tu vas réussir à faire évaluer la sécurité à domicile d'un patient; j'avais une patiente qui... finalement ils n'ont jamais réussi à y aller, grosse arthrite rhumatoïde, avec de la difficulté, ça lui prend 3 heures à faire sa toilette le matin. J'avais demandé une évaluation de la sécurité au bain, ils n'ont jamais eu le temps d'y aller. »*

Le cas08 aborde les avantages imposés par le nouveau modèle d'organisation de l'offre des services médicaux de première ligne, soit le GMF. Elle est d'avis que l'environnement de travail à la clinique-GMF est particulièrement idéal. Elle souligne d'abord le travail de collaboration avec les services infirmiers qui lui permet, entre autres choses, de sauver du temps et de peut-être voir plus de patients. En outre, l'infirmière GMF assure, entre autres, la prise de tensions debout et couché ainsi que la vérification des tensiomètres.

*« Je dirais que quand même on a un environnement assez idéal ici au bureau, avec le GMF, avec le support d'une infirmière ça sauve beaucoup de temps ne serait-ce que pour vérifier des tensions couché/debout à 0, 1, 3, 5 minutes - pour faire ça, ça prend au moins 5 minutes de plus dans le bureau - alors c'est du temps que je sauve et je peux voir plus de patients si je fais faire ça par l'infirmière. »*

Le cas08 apprécie aussi l'accès au dossier informatisé des patients à partir d'un poste informatique disponible dans chaque bureau de médecin. Ceci lui permet un accès rapide aux résultats des examens diagnostiques, dont les résultats des analyses de laboratoire. Bien que l'informatisation de l'ensemble des dossiers médicaux de la clinique soit encore en progression au moment de l'entrevue, elle trouve qu'il s'agit d'une aide à la lourdeur de la pratique. En outre, ça permet d'éviter beaucoup de manipulations des dossiers médicaux conventionnels (en format papier) et d'avoir accès directement et rapidement à partir de son bureau à l'ensemble des informations disponibles dans le dossier clinique des patients. Celle-ci croit d'ailleurs que tous les médecins

apprécieraient sûrement avoir un accès rapide aux résultats des examens diagnostiques directement à partir de leur bureau.

*« On a aussi un dossier clinique informatisé qu'on utilise plus ou moins. C'est sûr que ça prend un certain temps avant que pour tous nos patients on ait réussi à informatiser leur dossier. Mais ça, ça aide aussi. (...) Mais sûrement que tous les médecins aimeraient bien ça pouvoir avoir accès au laboratoire directement de leur bureau. Moi je pitonne et je vois les labos. Donc si je n'ai pas encore reçus ou que je n'ai pas encore passé à travers ma pile et que le patient est devant moi et me dit "j'ai passé une prise de sang la semaine passée", c'est pas long, je pitonne et j'ai ses résultats de labo sur l'ordinateur. »*

Le cas08 parle des inconvénients de certains programmes gouvernementaux, tels que les AMP et les PREM en omnipratique. Selon celle-ci, les AMP ont un côté vicieux. En effet, les nouveaux médecins de famille doivent également répondre aux besoins de services du territoire en faisant de l'hospitalisation, de l'urgence ou d'autres types d'activités, ce qui fait que ceux-ci ne peuvent se concentrer uniquement à une offre de services cliniques en soins de première ligne. En plus, il y a même certains médecins de famille qui offrent uniquement des services hospitaliers d'urgence, avec les exigences d'horaire que ce type d'activités impose; ils ne font que peu ou pas d'hospitalisation, ne font pas de prise en charge en première ligne. Les AMP ne favorisent donc pas le travail dans la communauté et la prise en charge puisqu'une partie importante du temps des médecins de famille est consacrée à répondre à leurs obligations d'AMP.

*« Elles ont un côté vicieux ces AMP-là, parce que ça fait que les médecins qui finissent sont déjà sollicités pour faire partie d'abord de l'urgence, et pour garder une pratique à l'urgence, une compétence, il faut que tu en fasses assez, parce que si tu n'en fais pas assez tu ne gardes pas assez d'exposition, donc ça fait que... Et c'est des heures un peu tout croches là, ce qui fait qu'il n'y a pas beaucoup de prise en charge, ça ne favorise pas la prise en charge par le médecin de famille, les AMP. Un coup que tu fais ton urgence, peut-être un peu d'hospit, tu n'as plus de temps pour travailler dans la communauté. »*

Point intéressant, elle est d'avis que les PREM en omnipratique sont responsables de la pénurie de médecins de famille à certains endroits. Elle rapporte que, parmi les résidents en médecine familiale qu'elle et ses collègues supervisent, il y en aurait plusieurs qui manifesteraient peut-être le désir de débiter leur pratique dans le territoire de RLS du cas 08. Néanmoins, ceux-ci se voient souvent refuser un PREM et ce, même dans un contexte de manque d'effectifs médicaux sur le territoire. Il n'est donc pas possible de recruter tous les candidats qui voudraient venir. Selon elle, les PREM créent un contexte de compétition, en quelque sorte, entre les territoires de RLS de la région pour les effectifs médicaux généraux. Un comité évalue les besoins de chaque territoire et tente de répartir les effectifs médicaux afin de pourvoir à toute la région. Le cas08 est cependant d'avis que ce n'est pas parce qu'un résident en médecine familiale montre un intérêt pour un territoire en

particulier de la région qu'il acceptera nécessairement d'être recruté dans un autre territoire.

Il y a donc le risque que le résident décide de tout simplement aller débiter sa pratique dans une autre région. Ceci dit, elle dit qu'il y avait, à un certain moment, une volonté de faire certains efforts d'accommodements afin de conserver les effectifs médicaux en omnipratique dans la région. Celle-ci ne sait plus si c'est encore le cas.

*« Donc il y en a plusieurs qui manifesteraient peut-être le goût de venir, mais le processus d'attribution des PREMs par le DRMG et tout ça, il y a comme un genre de compétition, et aussi, même s'il nous en manquerait 10 ils ne peuvent pas nous en donner plus que 1 ou 2. Ils décident ça en comité pour essayer de pourvoir à toute la région aussi, pour ne pas qu'à (...) on ait 10 médecins et qu'à (...) ils n'en aient pas du tout. Donc on ne peut pas recruter tous les candidats qui voudraient nécessairement venir. Je pense qu'il y en a plus qu'on pourrait recruter que ce qu'on recrute, mais s'ils ne peuvent pas venir à (...) est-ce qu'ils vont aller plus à (...)? C'est pas nécessairement assuré non plus. Maintenant, je pense qu'il y avait une certaine souplesse pour permettre aux gens qui justement seraient venus à (...) mais n'iraient pas à (...), d'être quand même conservés comme effectifs dans la région, il y a certains efforts d'accommodements qui sont faits ou qui étaient possibles, mais je ne sais pas si ça l'est autant maintenant. »*

Les tracasseries et lourdeurs administratives sont parmi les choses qui lui déplaisent le plus dans sa pratique. En fait, lorsque l'intervieweuse lui demande ce qu'elle trouve le plus difficile dans sa pratique, le cas08 répond d'emblée, et en riant, la paperasse. Elle qualifie d'ailleurs la paperasse comme étant la plaie d'Égypte de la pratique médicale. Celle-ci semble faire particulièrement référence aux tâches de nature clinique telles que, par exemple, le temps qu'elle consacre à ses dossiers médicaux incluant la révision d'un nombre important de résultats de tests diagnostiques, de rapports de consultations en médecine spécialisée et autres. Le cas08 est consciente que ce type de tâches de nature clinique est inévitable. Ça représente néanmoins une lourdeur additionnelle à la pratique. D'autant plus, selon ses dires, il n'y a pas l'agrément d'être avec le patient. Ceci dit, elle voit quand même un avantage et une utilité à la réalisation de tâches reliées à la paperasse de nature clinique puisque ça lui permet parfois d'élaborer son diagnostic différentiel au fur et à mesure de la révision de cette paperasse.

*« La paperasse! (rire) C'est le credo de tout le monde, on en parle tous comme d'une plaie d'Égypte. (...) Je sais que c'est inévitable de faire de la paperasse, mais c'est sûr que c'est une lourdeur additionnelle. Il n'y a pas l'agrément d'être avec le patient. Par contre, l'avantage c'est que des fois tu peux te poser des questions, tu te grattes la tête, tu te dis "bien mon Dieu, pourquoi tel résultat?" Et là le patient n'est pas là. C'est sûr que je ne me gêne pas de fouiller dans mes livres quand le patient est là, mais des fois mon diagnostic différentiel s'élabore à mesure que je fais ma paperasse aussi. Je vais chercher, "donc si ce n'est pas ça, ça pourrais-tu être ça?" Je vais chercher un petit peu. Donc en ce sens-là c'est aussi utile de faire cette paperasse-là. »*

Lorsque l'intervieweuse lui demande qu'est-ce qu'il lui faudrait pour être le médecin de famille que vous rêvez d'être, le cas08 répond d'emblée qu'il n'y a pas assez d'heures dans une seule journée pour pouvoir répondre aux besoins des patients ainsi qu'à ses propres besoins. Elle ajoute en riant qu'une journée de 48 heures lui permettrait d'avoir plus de temps pour les patients tout en lui donnant une douzaine d'heures pour s'occuper d'elle. En outre, le cas08 mentionne le temps considérable nécessaire pour gérer la grande quantité de paperasses de nature clinique ou administrative. Elle soutient d'ailleurs que les nouveaux médecins ignorent le temps important qu'ils devront consacrer à la réalisation de tâches reliées à la paperasse de nature clinique, par exemple. Celle-ci est toutefois consciente que ce type de tâches fait partie de la pratique médicale.

*« C'est sûr qu'il n'y a pas assez d'heures dans une journée pour arriver à satisfaire à la fois les besoins des patients et nos propres besoins, donc ça je ne sais pas dans un monde idéal comment ça peut s'arranger. On peut mettre 48 heures dans une journée et après ça m'en garder quand même une douzaine pour moi! (rire) Ça serait déjà bien! Mais comment l'arranger le système... Il y a des choses incontournables, on déteste tous faire la paperasse, on est inondés de paperasse, alors ça, ça fait partie de... On demande des examens, on a des rapports, on doit les gérer, ça fait partie du jeu. Et ça, on ne le sait pas quand on sort de notre formation, on n'a aucune espèce d'idée de combien de temps cela va utiliser. »*

Le cas08 croit qu'idéalement il faudrait qu'il y ait un nombre suffisant de médecins de famille offrant des services de soins pour l'ensemble de la population. Les médecins se sentiraient ainsi moins coupables lorsqu'ils prennent des vacances ou qu'ils partent en congé parental. Cette culpabilité est non seulement face aux patients mais aussi face aux collègues qui devront assumer une charge de travail supplémentaire durant leur absence. En guise d'exemple, le cas08 rapporte une situation de crise au CH à la suite de quatre départs pour congé de maternité. Ces départs presque simultanés faisaient en sorte que les collègues médecins de famille se devaient d'augmenter la fréquence des grades en hospitalisation et travailler plus fort suivant la lourdeur des gardes.

*« C'est sûr que dans un monde idéal il y aurait suffisamment de médecins pour la population, donc on se sentirait moins coupable quand on prend une vacance... Les filles, il y en a quatre qui sont enceintes et qui vont accoucher en même temps, c'était la crise dans l'hôpital. Je veux dire c'est pas drôle de faire sentir coupables des jeunes femmes de vouloir se reproduire, c'est pas correct là, mais c'est sûr que ça amène une surcharge chez les collègues, qu'on prend avec plaisir d'une certaine façon, parce qu'on est bien contents, c'est un événement heureux d'avoir un enfant. En même temps, c'est certain que... déjà nos tâches sont lourdes, donc de rapprocher les gardes c'est pas... ou de faire des gardes plus lourdes c'est difficile aussi. Peut-être que si on était moins en déficit, qu'il en parte en grossesse ce serait moins pire. »*

Enfin, le cas08 pense qu'idéalement il faudrait améliorer l'accès aux soins et systématiser les corridors de services. En outre, elle est d'avis qu'il serait important que les médecins spécialistes

aient de la reconnaissance envers le travail des médecins de famille. Les médecins spécialistes devraient percevoir les médecins de famille comme des partenaires et des aidants. Il y aurait également lieu d'avoir une meilleure collaboration, des échanges plus faciles et des relations plus fluides entre les médecins de famille et les médecins spécialistes. Ceci faciliterait encore plus la pratique.

*« Mon Dieu, c'est sûr que l'accès aux soins, les corridors de service... Tu sais, comme on parlait hier comment on pourrait être perçus parfois par certains spécialistes, donc d'être vus comme des partenaires et des aidants, parce que ces spécialistes-là, s'il fallait qu'ils voient tout le monde qui ont un problème rénal ou un problème ci ou un problème ça, ils seraient complètement débordés. Donc, qu'il y ait une certaine reconnaissance des spécialistes envers le travail qu'on fait et qu'ils nous guident peut-être un peu par rapport aux choses qu'ils voient... Mettons que bon bien ils reçoivent toujours en consultation le même type de problèmes avec lesquels on devrait pouvoir s'arranger, à ce moment-là ils pourraient nous faire un transfert de connaissance, ou faire une formation du midi, le proposer. Ça ça pourrait être utile aussi. Donc ça, c'est sûr que ça ferait des liens plus fluides. Mais comme je vous disais, en général quand tu es one on one, tu parles à un docteur, en général, c'est assez bien. C'est à systématiser les corridors de service, ça serait plus facilitant encore. »*

## **Place et rôle de l'évaluation économique dans la pratique clinique**

Le cas08 ne connaît ni l'évaluation économique, ni la pharmacéconomie, ni l'économie de la santé. Elle a toutefois écouté avec attention l'explication de l'évaluation économique faite par l'intervieweuse. Il est important de préciser que cette partie de l'entrevue portant sur l'évaluation économique et la prise en compte de considérations d'ordre économique dans la pratique décisionnelle fût particulièrement brève et ce, malgré les tentatives de la part de l'intervieweuse d'approfondir le sujet pour comprendre les perceptions et les attitudes du cas08. Cette dernière est plutôt préoccupée par l'utilisation des ressources comme telle.

Suite à l'explication, le cas08 souligne l'importance de l'évaluation économique dans le processus décisionnel en santé. Entre autres, celle-ci parle du futur avec le vieillissement de la population et voit une utilité à l'évaluation économique afin de continuer à avoir accès à des soins de qualité pour tous. Cependant, elle précise qu'il ne faudrait pas que l'application des informations issues d'évaluations économiques ne soit bête en évacuant le jugement clinique.

*« Bien, moi je pense que c'est important, parce qu'au Québec, au Canada, on va continuer à avoir les gens qui ont besoin de soins de santé. Les besoins vont même connaître une explosion avec les baby-boomers qui s'en viennent tous à la retraite en même temps. Donc si on veut que tout le monde puisse continuer à avoir accès à des soins qui ont du bon sens*



*je pense qu'il faut considérer ces choses-là. Maintenant, tout ne pourrait pas s'assujettir à ça non plus, comme je disais, l'algorithme ne remplace pas le jugement du médecin, donc... et ma crainte serait que ce soit bêtement appliqué. »*

On peut voir dans ce passage que le cas08 fait allusion à l'équité dans l'accès à des services de santé de qualité pour justifier son opinion quant au rôle et à l'utilité de l'évaluation économique dans le processus décisionnel en santé. On devine ici une disposition propre à la médecine sociale. Elle poursuit cependant en laissant sous-entendre, en quelque sorte, l'importance du jugement clinique dans la prise de décision qui est une disposition propre au professionnalisme médical.

Elle a par ailleurs plutôt répondu aux questions sur le sujet selon les perspectives macro et méso. En effet, elle a semblé être davantage concerné par le gaspillage des ressources humaines et financières aux niveaux macro- et méso-décisionnels. Le cas08 a parfois l'impression que les nouvelles directives du MSSS passent par-dessus le gros bon sens, tandis que les organisations de santé semblent parfois faire une utilisation hâtive des budgets alloués par le gouvernement pour des travaux de rénovation. Qui plus est, elle soutient que les médecins ne sont pas nécessairement consultés pour connaître leur opinion et ainsi participer au processus décisionnel et budgétaire.

*« Le ministère dit qu'il faut faire ça. Les lignes directrices du ministère c'est bien beau, mais c'est comme si ça passe par-dessus le gros bon sens des fois. (...) Ce qu'on voit c'est "ah il vient de sortir un gros tapon d'argent, il faut se garrocher là-dessus et l'utiliser quitte à bousculer tout le reste autour." Alors des fois c'est un petit peu... ça amène une certaine crainte parce qu'on ne vient pas nécessairement nous consulter sur le terrain, tu sais là, le plancher des vaches. »*

Les commentaires exprimés dans ce passage sont davantage discutés un peu plus loin puisqu'ils font, de ce fait, partie des facteurs qui peuvent exercer une influence sur l'utilisation des ressources de santé.

## **Place et rôle de l'information et des connaissances dans la pratique clinique**

Le cas08 soutient que les connaissances issues des données probantes (études scientifiques, GPC) influencent sa pratique. Elle accorde de l'importance à la pratique de la MFDP, mais considère que ce n'est pas tout puisque la pratique médicale procède de relations humaines. De part sa complexité, l'être humain ne peut être perçu comme unidimensionnel; il ne peut seulement être considéré comme une mécanique.

*« Je pense que c'est important, mais je pense que c'est pas tout, et je pense qu'il ne faut pas évacuer le reste, il ne faut pas jeter le bébé avec l'eau du bain. Je pense qu'il reste encore une sagesse qui vient avec les années... il y a plus que juste les données probantes parce que ça se passe avec un être humain, puis un être humain c'est complexe, c'est pas unidimensionnel, c'est pas juste une mécanique. En tout cas, moi je pense. »*

Cela dit, le cas08 est d'avis que la seule issue de la pratique médicale ne se limite pas à l'application des connaissances médicales dans la prise en charge du patient. En effet, la seule issue de la pratique médicale ne se limite pas à l'élaboration d'un diagnostic ou à la mort, mais plutôt au cheminement dans la maladie. En prenant pour exemple les soins palliatifs, le cas08 dit que la démarche thérapeutique ne se limite pas seulement aux médicaments mais qu'il y a aussi tout le cheminement vers la mort et comment cette période va se vivre. Qui plus est, le cas08 précise que la **pratique** de la **médecine familiale** procède d'une approche globale et biopsychosociale. Il y a un besoin d'interagir avec le patient et d'entrer en relation. Il s'avère important de reconnaître à l'individu tous ses aspects, qu'ils soient psychosociaux, affectifs ou autres. D'autant plus qu'elle juge que les composantes affectives des maladies jouent un rôle particulièrement important. Il est donc tout aussi important de prendre en considération les particularités du patient dans la prise en charge.

*« Moi je pense que chaque individu est dans son contexte et je pense que c'est important de reconnaître à l'individu tous ses aspects, les aspects émotifs, les aspects qui viennent influencer sur la santé, et même je trouve que les composantes affectives des maladies c'est très important là, pas un peu important, c'est très important. Je pense que si on n'adresse pas ça, ne serait-ce que l'evidence-based medicine, ton patient là, tu lui as trouvé une masse, tu lui dis "monsieur c'est probablement un cancer je vous envoie voir un autre monsieur." Ça finit là? Ça ne peut pas être comme ça, il faut qu'on puisse interagir. Par contre il y a certaines études qui ont montré que peu importe ton attitude, ton état d'esprit, ça ne changeait pas la durée de vie, ça ne changeait pas grand-chose pour le devenir du cancer comme tel ou le décès ou quoi que ce soit, mais je pense que la seule issue c'est pas le décès, c'est comment va se vivre la période avant aussi, comment la bataille va se faire et comment, lorsqu'on cessera les démarches diagnostiques ou thérapeutiques, il y a encore là tout un cheminement à faire. Les soins palliatifs oui c'est des médicaments, mais c'est pas juste ça. »*

On peut voir dans ces deux passages que le cas08 accorde une très grande importance aux aptitudes humaines et relationnelles qui sont des dispositions propres à l'humanisme médical. Les connaissances issues des données probantes qui sont des dispositions propres à la médecine scientifique (ou factuelle), sont importantes mais ne doivent pas être l'unique critère de décision dans la pratique médicale.

Le cas08 prend en considération les recommandations des GPC. Elle reconnaît leur utilité mais est d'avis que ces guides ne doivent pas remplacer l'art de la pratique médicale; et le cas08 de poursuivre en disant en riant à l'intervieweuse de ne pas le dire.

*« Tous les algorithmes et tout ça... C'est sûr qu'on s'en sert et c'est sûr que c'est utile, mais je dirais que ça ne remplace pas l'art non plus. Dites-le pas là! (rire) »*

Sur un ton plus sérieux, elle opine que les GPC lui semblent venir rigidifier beaucoup la pratique laissant ainsi pas de place à la créativité ni au discernement. Les patients n'ayant qu'un seul problème de santé se font rares d'autant plus qu'il faut tenir compte de l'ensemble. À titre d'exemple, le cas08 parle de l'utilisation simultanée de traitements anticoagulant et anti-inflammatoire chez des patients atteints de problèmes cardiaques et musculo-squelettiques.

*« C'est comme ça vient beaucoup rigidifier, ça ne laisse pas de place à la créativité, ça ne laisse pas de place au discernement. Les patients qui ont juste un problème il n'y en a pas bien bien, puis faut tenir compte de l'ensemble. Donc il y a toujours des questions qui sont soulevées et qui sont intéressantes à soulever, et à un moment donné il y en a qui se penchent et qui regardent. Comme par exemple, dernièrement on a eu une conférence sur l'aspirine et les anti-inflammatoires et l'anti-coagulation, quel choix on ferait pour un patient qui a des problèmes cardiaques mais qui a aussi des problèmes musculo-squelettiques et tout ça. »*

Le cas08 est d'opinion que les recommandations des GPC ne doivent pas substituer le bon jugement du clinicien. Elle se dit convaincu d'ailleurs que le bon jugement clinique du médecin évolue avec l'avancement des connaissances et que ce comportement s'acquiert au cours de la formation professionnelle et touche l'ensemble du corps médical. Il existe la nécessité de demeurer à l'affût des choses qui arrivent et des nouvelles recherches, certaines venant quelques fois confirmer une pratique existante tandis que d'autres venant remettre en question une pratique. Il s'avère donc nécessaire de conserver une certaine souplesse afin de pouvoir changer des façons de faire.

*« C'est sûr que ça devient compliqué aussi avec la science qui avance, mais je pense que quand même il devrait toujours y avoir une place dans le milieu des algorithmes pour le bon jugement du clinicien. Mais c'est sûr que le bon jugement du clinicien il avance avec l'avancement des connaissances et je pense qu'on est tous formés comme ça. Je ne pense pas qu'il y a personne qui se dit "moi aujourd'hui je sais l'ensemble des choses que je dois savoir, je ferme les livres maintenant et je ne vais plus à aucune formation, je suis un bon docteur et je vais les soigner comme il faut mes patients." Je pense qu'on doit quand même toujours rester à l'affût, il y a toujours des choses qui arrivent, des recherches qui se font qui peuvent venir soit nous backer dans des conduites qu'on avait déjà ou soit remettre en question des pratiques qu'on avait et il faut garder la flexibilité, la souplesse pour pouvoir changer des façons de faire. Mais je pense que tous ces algorithmes-là ne peuvent pas se substituer au bon jugement du clinicien. »*

Dans ces deux derniers passages, le cas08 semble faire un lien entre l'art de la médecine et le jugement du clinicien. Le bon jugement clinique du médecin s'acquiert au cours de la formation médicale et évolue avec l'avancement des connaissances au cours de la pratique. Tout ceci semble correspondre à ce que Bourdieu appelle le sens du jeu (ou le sens pratique) dans lequel sont impliqués les acteurs sociaux. Le bon jugement ou le bon art dans la pratique de la médecine est le résultat de la mise en œuvre de dispositions acquises tout au long de la formation et de la pratique médicales.

Le cas08 fait appel à différentes sources pour obtenir des informations ou des connaissances. Ces sources lui sont utiles autant pour maintenir ses connaissances que pour en acquérir de nouvelles. Elle utilise principalement des sources écrites, bien que les sources orales lui soient également utiles. Ses lectures sont une source importante. Elle lit des revues médicales et se réfère à des livres de références. Le cas08 participe aux formations hebdomadaires offertes au CH où elle pratique ainsi qu'à des formations par téléconférence offertes aux deux semaines par son université d'attache. Point intéressant à préciser, celle-ci rapporte que les formations au CH sont principalement données par des médecins spécialistes. Il s'agit de formations indépendantes mais dont les présentateurs ou les formateurs sont souvent financés par l'industrie pharmaceutique (ce point est discuté plus en détail un peu plus loin ci-dessous). Elle assiste régulièrement à des congrès et des activités de DPC organisées par les universités ou par les organisations professionnelles. Le cas08 doit généralement se déplacer en dehors de la région pour ses deux types d'activités, bien que certaines activités se déplacent un peu et viennent dans la région.

*« Les livres, les revues, les formations. D'abord, on disait qu'on avait une formation par semaine à l'hôpital (...). Ici, on a une formation en plus par deux semaines par téléconférence avec l'Université (...). Ensuite, on participe à des formations, des colloques et différentes formations de la FMOQ, de l'Université (...). On se déplace, ça fait du bien. Ils viennent ici un peu aussi, il y a toujours une journée régionale. Il y en a toujours plus qu'une d'ailleurs, il va y en avoir une à (...), une ici, une là, pour que ça adonne un peu avec nos horaires de garde et tout ça. Mais il y en a toujours une régionale à laquelle on peut assister. Cette année c'était sur le diabète, donc on a revu un peu plus comment prescrire les nouvelles insulines, et on a parlé aussi de la nouvelle molécule, puis de la glycémie post-prandiale. Donc ça nous permet de nous tenir à jour pas mal dans les connaissances, et je dirais, comme je vous expliquais hier, que quand on va à (...) à des formations on voit que le principal on l'a déjà vu ici. »*

De plus, le cas08 croit que les cahiers de DPC disponibles dans les revues distribuées gratuitement par les organisations professionnelles, telles que l'Actualité médicale, Le Collège du CMQ et Le Médecin du Québec de la FMOQ, sont de bonnes sources d'informations et de connaissances.

*« Oui, ils ont souvent des cahiers de formation médicale continue qui sont intéressants, certains sujets plus que d'autres, mais oui c'est une bonne source de lecture et de connaissances. »*

Le cas08 avoue faire peu de recherche et de lecture sur l'Internet, bien qu'elle pourrait consulter plus. Elle pourrait par ailleurs avoir tendance à se tourner vers l'Internet lorsqu'elle fait face à un besoin ponctuel d'information sur un sujet pointu.

*« J'y vais un peu, mais pas encore autant que je pourrais. J'ai plusieurs petits livres là, quand je fais ma garde, mais je pourrais consulter plus. Quand il y a un sujet plus pointu, je pourrais avoir tendance à y aller par exemple. »*

Il lui arrive à l'occasion de consulter des collègues médecins de famille, particulièrement lorsqu'elle fait face à un besoin ponctuel d'information sur un cas en particulier.

*« Nous on se parle entre nous, quand on est de garde ensemble. (...) On est capables de dire "regarde, je vais te parler d'un cas, tu me diras ce que tu en penses", donc on fait quand même un peu d'enseignement comme ça entre nous, informel, d'échange et discussion. »*

L'industrie pharmaceutique et ses représentants lui sont une source d'information et de connaissances. Le cas08 reçoit occasionnellement la visite de représentants pharmaceutiques, bien que de moins en moins faute de temps. Lorsqu'elle les voit, celle-ci en profite souvent pour leur poser une question clinique. Le cas08 estime que les représentants l'informent quand même de choses intéressantes, mais qu'elle aime d'ailleurs toujours voir à la lumière des études pour se faire une idée. Point intéressant, les représentants lui remettent des comptes rendus d'études (articles scientifiques ou autres) à titre informatif. Cela étant dit, celle-ci ne dispose pas du temps nécessaire à une analyse en profondeur de l'ensemble des informations qui lui sont présentées.

*« Je les vois occasionnellement, pas beaucoup. Je les vois moins parce que j'ai moins de temps. Souvent je leur pose plus une question clinique ou quelque chose... puis ils le savent hein, ils sont vraiment entraînés pour être super rapides. (rire) Ah, je ne voudrais pas être à leur place! (dit en chuchotant) "Bon, j'ai deux minutes à vous consacrer, qu'est-ce que vous allez me dire d'intéressant en deux minutes!" Mais il y a quand même des fois des choses intéressantes, mais qu'on aime toujours voir à la lumière... bon, ils nous apportent des études et tout ça. C'est sûr qu'on n'aura pas nécessairement le temps de lire toutes les études qui nous sont présentées pour se faire une idée, si, bon est-ce que c'était un devis valable? Bon, la différence sur leur courbe est-elle née d'un genre de Cirque du Soleil de statistiques? Est-ce que c'est cliniquement significatif? Est-ce que ce qui est statistiquement significatif est-ce que c'est cliniquement significatif? Non c'est pas toujours évident. »*

Le cas08 se dit consciente que les formations hebdomadaires offertes au CH où elle pratique sont données par des présentateurs ou formateurs qui sont souvent financés par l'industrie pharmaceutique. Qui plus est, il est évident que plusieurs des diapositives des présentations

PowerPoint ont été réalisées par les compagnies pharmaceutiques elles-mêmes. Malgré cela, elle ne semble pas craindre les conflits d'intérêts. Premièrement, le cas08 pense que les présentateurs ou les formateurs comprennent qu'il n'est pas dans leur intérêt de faire une présentation biaisée puisqu'ils ne seront plus invités. Deuxièmement, elle est d'avis que les présentateurs ou les formateurs sont en mesure de mettre leur grain de sel dans les présentations et d'ainsi enlever peut-être ce qu'il y a de biaisé dans le contenu des présentations PowerPoint préparées par l'industrie. Enfin, même dans les situations où il y a un biais commercial évident puisqu'il s'agit de la promotion d'une nouvelle classe thérapeutique, le cas08 croit quand même qu'il n'y a pas tant de biais que ça et que ça demeure une formation avant tout.

*« Bon, ceux qui présentent souvent au jeudi midi sont souvent financés par les compagnies pharmaceutiques, mais ils n'ont pas intérêt à nous présenter une conférence qui est trop biaisée parce qu'on le réinvite plus. Si tout le monde a coché qu'il y avait un biais évident il ne reviendra pas, alors c'est pas dans leur intérêt. C'est sûr qu'il y a beaucoup de diapositives qui sont préparées par les compagnies pharmaceutiques, avec de beaux graphiques, c'est quand même quelque chose, ils ont des moyens l'industrie pharmaceutique, donc ils peuvent produire ça, mais souvent la personne qui présente est capable de mettre son grain de sel aussi, et d'enlever un peu de ce qu'il y a de biaisé peut-être. C'est sûr que quand ils viennent nous présenter Januvia, ils viennent nous présenter une nouvelle molécule, c'est normal que... le biais commercial est là, c'est la compagnie qui présente une nouvelle molécule, mais en même temps c'est une molécule nouvelle, un nouveau principe, une nouvelle façon de voir, donc je ne dirais pas que c'est un biais tant que ça, c'est une formation. »*

Lorsque l'intervieweuse lui demande qu'est-ce qu'elle entend par l'art de la médecine et qu'elle est sa place dans sa pratique, le cas08 répond d'emblée qu'elle considère l'art comme une capacité relationnelle. Elle aborde la capacité d'entrer en relation avec les patients, de décoder ce qu'ils communiquent au non verbal, de communiquer avec eux pour qu'ils parlent de leurs peurs ou autres et de respecter les choix des patients. Celle-ci cite en exemple une de ses patientes qui refuse toujours de faire une colonoscopie malgré de lourds antécédents familiaux. Le cas08 maintient le lien avec la patiente et elle demeure toujours son médecin de famille malgré cela. La relation médecin-patient tient pour beaucoup de l'art de la médecine.

*« L'art de la médecine je pense que c'est une capacité d'être en relation avec son patient, de décoder des fois ce qui n'est pas dit, d'aller chercher les peurs ou etc., d'être capables de respecter le patient dans ses choix, par exemple celle qui ne veut pas faire sa colonoscopie, je veux dire elle reste ma patiente pareil, je maintiens mon lien et à un moment donné peut-être qu'on y arrivera, et si on n'y arrive pas bien qu'est-ce que tu veux, ce sera aussi son choix, que j'aurai tenté d'éclairer. Donc il y a beaucoup dans la relation patient/médecin qui tient de l'art de la médecine. »*

En deuxième lieu, le cas08 poursuit ses propos en disant que l'art de médecine se fonde également sur le « pifomètre » du clinicien; quelque chose de difficile à expliquer ajoute-t-elle. Son utilisation de l'expression pifomètre viendrait d'une de ses lectures dans une revue anglaise dans laquelle l'auteur utilisait l'expression « *snif test* ». Elle aborde le flair clinique intuitif du médecin. Il s'agit de la faculté de rester sensible et de croire à ses intuitions. Le cas08 imagine que ceci s'acquiert avec la pratique à travers un ensemble d'expériences professionnelles telles que de voir des patients et d'être à leur écoute et aussi d'être à l'écoute de ses propres messages internes.

*« Après ça, je pense que le pifomètre du clinicien, c'est ça qui est le plus difficile à expliquer. Encore une fois je lisais dans je pense une revue anglaise - parce que j'ai retenu le terme de sniff test - c'est que le patient ne passait pas son sniff test, ça ne sentait pas bon son histoire et il y avait quelque chose qu'il fallait aller éclaircir là-dedans, et finalement c'était une intoxication au plomb, mais c'était la persistance, le flair clinique du médecin de dire "oui il a mal au ventre, mais l'examen est comme ci, les labos sont comme ça, la radiographie est comme ça, oui mais il y a quelque chose qui me fatigue quand même." Alors de rester sensible et de croire ses intuitions, de dire "il y a probablement quelque chose qui fait qu'il y a une cloche qui sonne ou un petit quelque chose qui nous dit qu'il faut rester alerte ou aller voir ailleurs, plus loin." Ça, ça s'acquiert j'imagine avec la pratique, à force de voir des patients et à force d'être à l'écoute de ses messages internes aussi, et à l'écoute du patient, c'est un ensemble de choses. »*

Le cas08 est sous l'impression que l'art de la médecine, et plus particulièrement le côté intuitif de la pratique qu'elle surnomme son pifomètre (ou son flair clinique intuitif), représente une partie importante de sa pratique. Elle estime qu'il s'agit peut-être de 30 pourcent, bien que ce chiffre lui semble conservateur.

*« Ouais... J'aurais tendance à dire qu'il doit y en avoir au moins un 30%, je pense que oui, peut-être plus que ça encore, mais mettons ça, 30%, c'est conservateur et ça montre quand même que c'est un bon tiers. J'ai l'impression que c'est important. »*

Les connaissances de l'histoire du patient lui sont utiles pour son pifomètre, bien que des fois le flair clinique intuitif vienne sans connaître le patient. De plus, le cas08 ajoute qu'il y a un rôle pour les connaissances acquises dans la formation qui ont été incorporées, en quelque sorte. Elle donne en exemple une situation clinique qu'elle a vécue dans un service d'urgence et pour laquelle elle avait fièrement posé un diagnostic d'un problème rare tandis qu'aucun de ses collègues qui avaient vu la patiente auparavant n'avaient posé un diagnostic. Selon elle, il s'agit d'une connaissance acquise durant sa formation qu'elle avait mis « dans le fond d'un tiroir » de sa mémoire et dont elle a été capable de retrouver lorsque nécessaire.

*« Possiblement parce qu'on le connaît, mais des fois on ne le connaît pas et... je ne sais pas si c'est l'intuition. Je pense à un cas, et pendant toute ma formation je me disais il ne faudrait pas que je rate ce diagnostic-là. Et une fois un cas s'est présenté devant moi et je*

*ne l'écoutais pas, j'avais un petit ding-ding dans ma tête et je ne l'écoutais pas, et là tout d'un coup j'étais en train de rédiger mes notes, et j'ai dit "c'est ça! c'est ça qui se passe chez la madame." J'étais tellement fière après ça. Et j'étais à l'urgence, et je ne la connaissais pas la personne, c'était une demande de consultation. C'était pas juste... parce qu'il y avait quand même des critères pour le voir le diagnostic, mais ceux qui l'avaient vue avant moi ne l'avait pas vu non plus, et je ne sais pas, c'est pas le pifomètre c'est quelque chose qui nous revient de je ne sais où dans notre formation, c'est qu'on a appris une affaire rare et qu'on a mis ça en quelque part dans le fond d'un tiroir, et là on est capable de le retrouver quand on en a besoin. Bon, est-ce que ça c'est l'art de la médecine? Peut-être un peu, un peu d'intuition aussi. Donc c'est sûr que ça aide de connaître le patient, mais des fois l'intuition vient même sans connaître le patient. »*

Ces quatre derniers passages parlent de l'art de la médecine et de l'intuition. Dans un premier temps, ils abordent le côté humain de la pratique avec l'attention aux personnes, que ce soit fait consciemment ou non. On peut y entrevoir l'importance des aptitudes humaines et relationnelles. Cette attention aux personnes, à ce qu'elles vivent, à ce qu'elles disent ou non, pourrait être vu comme un pifomètre; c'est-à-dire comme un flair clinique intuitif. Tout ceci semble correspondre à ce que Bourdieu appelle le sens du jeu (ou le sens pratique) dans lequel sont impliqués les acteurs sociaux. La bonne intuition ou le bon art dans la pratique de la médecine est le résultat de la mise en œuvre de dispositions innées et de dispositions acquises tout au long de la formation et de la pratique médicales.

## **Place et rôle du médecin de famille dans l'utilisation des ressources de santé**

Le cas08 se dit en accord avec la double considération de la responsabilité face au patient et de la responsabilité face à la société dans la pratique de la médecine familiale. Elle pense que les médecins de famille se doivent d'être sensibilisés à cette double responsabilité puisqu'ils ont effectivement une certaine responsabilité au niveau du contrôle des coûts. La responsabilité face à la société ne serait cependant pas nécessairement une responsabilité facile à assumer suivant les attentes de la population quant au rôle des médecins. En outre, elle est d'opinion qu'il existe une forme de déification de la technologie chez beaucoup d'individus. Les individus s'attendent, entre autres, à ce que les médecins leur donne un accès libre et gratuit à tout ce qui existe comme technologie. L'incertitude dans la pratique de la médecine familiale et la déification de la technologie peuvent générer beaucoup d'exams diagnostiques; d'où l'importance de la



disponibilité de critères objectifs d'utilisation des ressources et de la connaissance de ceux-ci par les médecins.

*« Bien je pense que c'est vrai, et je pense qu'on doit être sensibilisés à ça. Et comme on parlait tout à l'heure que l'espèce d'incertitude et la déification de la technologie, et tout ça, peut générer beaucoup d'investigation, donc vraiment y aller avec des critères objectifs, et qu'on les connaisse davantage. Par exemple, pour des entorses de chevilles, il y a les critères d'Ottawa, et si tu suis les critères d'Ottawa, tu sais à qui tu passes ou non une radiographie. C'est pas d'emblée qu'on devrait leur passer une radiographie. Et là on parle juste d'une radiographie simple là, donc on imagine tout le reste. Donc effectivement, on a une certaine responsabilité au niveau du contrôle des coûts. Mais ce n'est pas une responsabilité qui serait facile nécessairement à assumer face aux attentes des gens. Les attentes des gens sont plutôt qu'on leur donne un accès libre et gratuit à tout ce qui existe comme technologie. »*

Dans ce passage, on peut voir que le cas08 reconnaît que le rôle des médecins de famille au niveau du contrôle des coûts de la société. Il s'agit là d'une disposition propre à la médecine sociale.

Le cas08 croit que les deux responsabilités peuvent être compatibles. Elle semble conceptualiser la responsabilité face à la société comme la prise de décision d'utilisation des ressources fondée sur la pertinence du service de santé (et le refus de l'accès au service en l'absence de pertinence). Quant à la prise en compte de considération économique, le cas08 mentionne la pertinence du service de santé et l'utilisation des ressources de la société en tant que payeurs de taxes. Selon celle-ci, le coût n'a pas d'importance tant que le service de santé est pertinent et de ce fait, nécessaire. Elle souligne le rôle primordial de l'indication médicale pour juger de la pertinence des services de santé. Toutefois, lorsque le service n'est pas indiqué, donc non pertinent pour l'état du patient, ce n'est pas une bonne utilisation des ressources. Le médecin de famille devrait en informer le patient et suggérer de ne pas utiliser les ressources.

*« C'est-à-dire que ce qu'il faut faire c'est que... le coût n'est jamais trop si c'est la bonne affaire au bon moment, donc si ça prend une résonance magnétique pour faire l'évaluation d'une possible sténose spinale cervicale, on ne commencera pas par passer un Taco avant, on va aller tout de suite à la résonance magnétique. Le Taco n'est pas suffisamment bon pour ça. Donc je pense que ça peut être compatible. Le meilleur intérêt du patient c'est de passer des examens pertinents quand c'est pertinent et d'y avoir accès quand il en a besoin. Mais c'est aussi ... on devrait être capable de dire à un patient "vous n'en avez pas besoin de radiographie de la cheville parce qu'il y a eu des critères qui ont été élaborés pour déterminer qui ou non en avait besoin, et dans une bonne utilisation des ressources... ". »*

Ceci dit, elle poursuit ses propos en ajoutant qu'il est possible que le patient puisse exiger son droit à l'accès aux services de santé en utilisant son statut de payeur de taxes. Selon elle, le patient a peu d'intérêt pour le coût à la société. Il a payé ses taxes toute sa vie.

*« Mais le patient des fois dit "bien moi j'ai payé des taxes toute ma vie et je vais en passer une radiographie, m'entends-tu?" (...) Non, que ça coûte cher à la société c'est pas son problème, il a assez payé des taxes toute sa vie... »*

Dans ces passages, on peut d'abord voir l'importance de l'indication médicale dans le choix des services et la décision d'utilisation. Les coûts ne sont jamais trop élevés s'il est pertinent et nécessaire d'utiliser le service de santé. Aux yeux du cas08, il s'agit alors d'une bonne utilisation des ressources. D'un autre côté, il ne faudrait pas utiliser des services qui ne sont pas indiqués selon l'état des patients. En second lieu, le médecin a des responsabilités face aux patients et ces derniers peuvent exiger l'accès et l'utilisation des services suivant leur statut de payeurs de taxes. Ces passages laissent donc entrevoir que les considérations d'ordre clinique et d'ordre professionnel ont préséance sur les considérations d'ordre économique.

Le cas08 développe davantage sa pensée en affirmant que les médecins ont quand même un devoir de ne pas faire une utilisation des ressources à tout escient. Les prescriptions de médicaments antibiotiques en sont de bons exemples. Elle croit que la relation médecin-patient joue un rôle important à ce niveau. Le médecin peut prendre le temps d'expliquer et de faire comprendre au patient.

*« Je pense qu'on doit quand même... comme par exemple, face à la prescription d'antibiotiques, on a un devoir de ne pas prescrire des antibiotiques à tout venant parce qu'on a déjà assez de problèmes avec la résistance aux antibiotiques, le Clostridium difficile. (...) Bien c'est justement là que la relation patient/médecin je pense intervient. Mais il faut prendre le temps de l'expliquer. Je pense que les gens peuvent assez bien comprendre (...). »*

Le cas08 ne semble pas avoir intériorisé les contraintes budgétaires du système de santé. Les coûts des services ne sont généralement pas un de ses critères de décision. Cela dit, elle semble exceptionnellement tenir compte de considérations d'ordre économique dans ses choix de prescription lorsque les régimes publics ou privés d'assurance médicaments ne couvrent pas les médicaments ou lorsque le montant de la coassurance est trop élevé suivant la situation économique du patient.

*« Parce que ce sont beaucoup des personnes âgées qui dépendent de leur petit revenu de retraite, ils n'en ont pas nécessairement beaucoup. Donc je dirais qu'en général ce ne sont pas des gens très fortunés, donc pour moi c'est un empêchement de prescrire certaines molécules si elles ne sont pas remboursées. »*

En outre, elle rapporte que la présence de régimes publics ou privés d'assurance médicaments peut exercer une certaine influence sur sa pratique. En effet, la décision d'utiliser des thérapies

médicamenteuses peut parfois être influencée par la présence de ce type de régimes d'assurance. D'autant plus que le niveau socio-économique de plusieurs de ses patients ne leur permet pas toujours de payer leurs médicaments.

*« Ça va influencer, parce qu'ici on est dans un milieu socio-sanitaire où il y a quand même de la pauvreté, et si les gens ne sont pas capables de faire payer leur médicament, ils ne le prendront pas. Donc c'est certain que ce soit sur le formulaire c'est un plus. »*

Cela dit, le cas08 croit que les médecins de famille ont probablement intériorisé leur responsabilité face à la société à des degrés variables. L'insécurité dans la pratique de la médecine familiale et les pressions exercées par l'industrie pharmaceutique et leurs représentants sur les médecins afin que ces derniers prescrivent les médicaments d'origine et les nouveaux médicaments en seraient parmi les causes.

*« C'est variable je dirais entre les médecins. Comme je vous expliquais, il y a toute l'insécurité qui peut porter à en faire plus. Il y a aussi... Comme par exemple les médicaments génériques ou non, il y a des représentants des fois qui viennent nous voir et ils nous disent "là maintenant on a sorti un nouveau Lipidil machin là, parce que l'ancien est maintenant rendu disponible en générique, et vous savez, la recherche pharmaceutique c'est important et si vous prescrivez un générique à vos patients vous ne nous encouragez pas à continuer à faire de la recherche, alors vous devriez plutôt prescrire notre nouvelle molécule qui a l'avantage de..." (...) Il y a des pressions qui sont exercées aussi par le milieu pharmaceutique pour prescrire toujours la nouvelle molécule. »*

Selon elle, l'insécurité dans la pratique de la médecine familiale est difficile à gérer, particulièrement en début de carrière, et constitue un des facteurs qui peuvent exercer une influence sur l'utilisation des ressources de santé. En outre, les jeunes médecins de famille vivent beaucoup d'insécurité ce qui les incite à faire énormément d'examen paracliniques et de pratiquer une médecine très défensive dans le but de réduire le risque médico-légal.

*« Puis dans la pratique quotidienne il y a une certaine insécurité à gérer, faut que tu fasses confiance aussi... faut que tu te fasses confiance et faut que tu fasses confiance que... bon, si le patient ne va pas mieux il va revenir, il va re-consulter, tu vas lui donner des conseils, et quand il va revenir tu vas pouvoir utiliser le temps qui s'est écoulé et la réponse aux traitements pour te faire une idée plus approfondie du diagnostic. Je pense que ça c'est quelque chose de très pas facile à gérer, et je le vois chez des jeunes médecins, des jeunes médecins de famille qui vivent beaucoup d'insécurité ce qui les incite à faire beaucoup, beaucoup, beaucoup, beaucoup, beaucoup d'examen paracliniques, et de faire une médecine qui est très, très médico-légalement préventive... je veux dire, tu penses à couvrir tes fesses avant de... »*

À la toute fin de ce passage, le cas08 effleure très brièvement la crainte de l'erreur médicale et, de ce fait, la crainte de poursuites pour faute professionnelle. Ceci amène une pratique médicale où les médecins de famille, et plus particulièrement les plus jeunes, sont soucieux de se protéger médico-

légalement. Ce passage fait donc allusion à la présence des avocats et des juges dans le champ de la médecine familiale.

Le cas08 fait une utilisation prudente des nouveaux médicaments, préférant être patiente d'avoir un certain recul puisque, selon elle, ceux-ci ne sont pas toujours à la hauteur des promesses faites. Elle préfère donc attendre qu'il y ait plus d'expériences avec les nouveaux médicaments, que ceux-ci fassent leurs preuves dans des études sérieuses publiées, et de voir des présentations lors de conférences où des médecins cliniciens indépendants (sans lien avec l'industrie pharmaceutique) parlent de leur expérience avec les nouveaux médicaments. Cela étant dit, elle ajoute que l'apport de la contribution novatrice de ces derniers, associée à l'accumulation des données probantes, joue aussi sur sa décision de les adopter plus rapidement.

*« Je ne dirais pas que j'attends si longtemps que ça mais je ne suis vraiment pas parmi les premières à prescrire les nouvelles molécules, vraiment pas. J'aime mieux me donner un peu de recul, je trouve que souvent ça ne livre pas toutes les promesses qu'on nous fait, donc qu'on ait un peu plus d'expérience, qu'on voit passer plus de papiers, qu'on ait des conférences, que des gens qui n'ont pas de parti pris pharmaceutique nous parlent de la molécule. Mais je m'intéresse quand même. Par exemple, je lisais l'Actualité Médicale hier soir, et là c'était l'agomélatine, c'est un agoniste de la mélatonine qui est étudiée actuellement pour le sommeil et pour la dépression, ça semble être intéressant comme avenue à explorer. Donc je ne suis pas cantonnée dans les vieilles recettes et les vieilles affaires non plus, mais quand on me dit que c'est juste du bon et zéro pas bon, je me dis "écoute, il y a sûrement un peu de pas bon là, ça va sûrement sortir à un moment donné le moins bon." Donc on attend quand même un petit peu, sauf si je suis dans une situation clinique où j'ai épuisé un petit peu les chemins traditionnels et que ça ne m'a pas amenée où je voulais, donc à ce moment-là peut-être je serais plus tentée d'aller voir ce que les plus récents ont à nous offrir. Par exemple, quand le Lyrica est sorti, ça j'ai été assez rapidement convaincue que ça pouvait être intéressant, pré-métabolisé, donc un peu moins peut-être d'effets secondaires, un effet un peu plus rapide; là je l'ai utilisé quand même assez rapidement. »*

D'autre part, le cas08 est d'avis que la responsabilité face à la société n'incombe pas seulement aux médecins de famille, mais aussi aux acteurs de la société et aux acteurs de tous les niveaux du système de santé : politique (macro), administratif (méso) et clinique (micro). Cette responsabilité se doit d'être répartie sur plusieurs épaules, sinon elle serait trop lourde sur une seule épaule.

*« C'est une responsabilité des patients, une responsabilité des médecins, une responsabilité du ministère, une responsabilité des spécialistes, une responsabilité qui doit être répartie sur plusieurs épaules pour que ce ne soit pas trop lourd, si c'est pris sur une seule épaule c'est trop lourd. »*

C'est peut-être le moment dans l'entrevue où elle est devenue le plus passionnée dans ses propos. Elle a donc plutôt répondu aux questions concernant la double considération de la responsabilité face au patient et de la responsabilité face à la société dans la pratique de la médecine familiale selon une perspective macro; concentrant surtout ses réponses aux perspectives du système de santé et de la société plus précisément et limitant, en quelque sorte, une réponse selon la perspective de la pratique clinique. Elle fait par la suite mention des diverses pressions exercées par la société sur les médecins. De façon plus précise, les médecins font face à des attentes sociales, des pressions et des demandes conflictuelles. Tout ceci influence définitivement l'utilisation des ressources de santé

Il semble important ici de réitérer l'opinion exprimée un peu plus haut par le cas08 à savoir que, dans les contextes actuels de rareté des ressources et d'utilisation optimale des ressources, les médecins de famille pourraient jouer un rôle privilégié de premier plan pour une utilisation rationnelle des ressources humaines, financières et techniques en santé.

*« Je pense que les ressources ne sont pas énormes, et que pour une utilisation optimale des ressources je pense qu'on pourrait avoir un rôle privilégié pour faire une utilisation rationnelle des ressources, des spécialistes, des plateaux techniques, tout ça dont je parlais au début de l'entrevue. »*

Cela étant dit, elle est toutefois d'opinion que la responsabilité à la société se doit d'être conjointe et partagée. Il est important que cette responsabilité ne soit pas rajoutée seulement sur le dos des médecins de famille puisque ceux-ci ont déjà beaucoup de responsabilités. En fait, elle semble craindre que les médecins de famille ne soient éventuellement blâmés pour les difficultés économiques du système de santé. Elle semble laisser sous-entendre que les médecins de famille sont souvent utilisés comme bouche-trous, comme ceux qu'il est bien commode d'accuser et de responsabiliser pour toutes les failles dans la société. La responsabilité à la société doit donc incomber à tous et à chacun.

*« Après ça, je pense qu'on ne pourra pas rajouter ça par-dessus tout le reste qu'on met aux médecins de famille. Il va falloir que ce soit partagé, je ne sais pas comment, mais ça ne pourra pas nous arriver comme une commande du ministère. On a déjà beaucoup de responsabilités donc il faut que ce soit une responsabilité partagée. On ne pourra pas nous utiliser pour nous blâmer des difficultés économiques. Au niveau du... juste ça là... Parce que ça c'est être perçu comme "bon encore une fois là, tu sais..." Il me semble qu'on est des bons candidats à se faire frapper sur la tête! (rire) Je trouve que ça devient tannant. Donc il faut trouver une façon de le faire pour qu'on n'ait pas l'impression que justement on va être encore les bouche-trous, encore ceux qu'il sera commode d'accuser, de responsabiliser pour toutes les failles dans la société. Il va falloir faire bien attention à ça*

*parce que c'est déjà assez difficile comme ça, s'il faut en plus prendre l'odieux du déficit du système de santé... »*

Quant au niveau clinique, le cas08 pense qu'il y aurait lieu de sélectionner et de socialiser un peu différemment les futurs médecins afin d'augmenter la possibilité d'une collaboration plus solidaire, c'est-à-dire d'une collaboration liée par une responsabilité et des intérêts communs. En effet, selon celle-ci, la manière dont on sélectionne les futurs médecins attire peut-être davantage des premiers de classe ayant surtout de bonnes compétences scientifiques et un besoin farouche d'autonomie. D'autant plus qu'à l'époque du cas08, les nouveaux étudiants en médecine se faisaient dire en début de programme « on est la crème de la crème ». Le sentiment d'être l'élite de la société peut venir exacerber le sentiment d'autonomie professionnelle. Des modifications aux niveaux de la sélection et de la socialisation des médecins pourraient donc permettre d'obtenir une collaboration plus solidaire de la part du corps médical.

*« Bien moi je pense qu'il faut que ce soit une responsabilité qui est partagée, on ne pourra pas venir nous... Bon, premièrement, je pense que ceux qui sont allés en médecine... je pense qu'il y a une espèce de besoin farouche d'autonomie. Vous dites chacun fait à sa tête, il y a peut-être un peu... dans comment on sélectionne ceux qui vont venir en médecine, il y a peut-être un peu de notre faute aussi là-dedans. C'est-à-dire que oui ça prend une bonne tête pour faire de la médecine, mais là on va tous nous enfler la tête... ce qu'on nous dit aussitôt qu'on met le pied à la Faculté, "on est la crème de la crème", alors c'est facile, tu as tout le temps été un premier de classe et en plus tu te fais dire que tu es la crème de la crème, après ça les autres ont juste à prendre leur trou, c'est toi le meilleur! Donc ça c'est une façon de socialiser les médecins. Et aussi de privilégier toujours les compétences scientifiques au détriment des fois de d'autres compétences. Je veux dire, quand même moi j'avais appliqué dans les trois facultés et il y en a juste une qui a considéré ma candidature et qui m'a permis de cheminer jusqu'au bout, parce que je n'avais pas le cheminement parfait. Donc là il y aurait une possibilité d'obtenir une collaboration plus solidaire en socialisant différemment un peu les médecins. »*

Le cas08 fait allusion à une déconnexion de la réalité de la part des décideurs administratifs (niveau méso) et politiques (niveau macro) du système de santé. En outre, le processus décisionnel et les décisions sont parfois en rupture avec la réalité concrète du terrain. Quant au niveau administratif (organisationnel ou institutionnel), le cas 08 parle de la mauvaise utilisation des ressources financières et autres par les autorités régionales et du peu de place laissée aux médecins de famille dans les décisions. Entre autres, elle rapporte que, dans son établissement, il semble y avoir une utilisation hâtive, en quelque sorte, des argents alloués par le gouvernement pour des

rénovations et ce, sans prendre en considération les besoins et les suggestions des professionnels sur le terrain et des utilisateurs des services.

*« Comme par exemple, là on a l'occasion de faire une certaine rénovation dans notre hôpital avec le centre ambulatoire, donc ça serait bien de pouvoir intégrer déjà des choses, comment se rendre à telle place, comme des lignes à terre dans les planchers, avant de changer les planchers ça serait peut-être intéressant de prévoir déjà qu'il va y avoir un système pour diriger les gens, tu sais là, voir un petit peu plus loin, voir quelle population on soigne... Ce qu'on voit c'est "ah il vient de sortir un gros tapon d'argent, il faut se garrocher là-dessus et l'utiliser quitte à bousculer tout le reste autour." Alors des fois c'est un petit peu... ça amène une certaine crainte parce qu'on ne vient pas nécessairement nous consulter sur le terrain, tu sais là, le plancher des vaches. »*

Enfin, au niveau politique, le cas08 a parfois l'impression que les nouvelles directives du MSSS passent par-dessus le gros bon sens. Malgré cela, elle rapporte que, dans son établissement, tous est fait en fonction de plaire au ministère et ce, que ce soit les nouvelles directions, les nouvelles modes ou encore, les nouvelles façons de gérer.

*« Par exemple, dans mon hôpital, les nouvelles directions, les nouvelles modes, les nouvelles façons de gérer sont vraiment pour plaire au ministère. Le ministère dit qu'il faut faire ça. Les lignes directrices du ministère c'est bien beau, mais c'est comme si ça passe par-dessus le gros bon sens des fois. »*

De façon tout à fait intéressante, le cas08 rapporte que même lorsque les médecins de famille sont conscients de leur responsabilité face à la société et que, de ce fait, ils s'impliquent de différentes façons afin d'apporter des changements, ceux-ci ont souvent l'impression que le fruit de leur travail ou de leur réflexion, qu'il soit individuel ou collectif, n'est pas considéré dans les processus décisionnel et budgétaire. Les médecins ne sont pas invités à s'impliquer dans le processus décisionnel. Ils n'ont pas de droit de parole, en quelque sorte. En guise d'exemple, elle mentionne que des médecins sont payés par le MSSS pour siéger à divers comités, groupes de travail et groupes de réflexion, tels que le Département régional de médecine général (DRMG). Le cas08 rapporte avoir eu à gérer une situation de crise au niveau de l'organisation des services hospitaliers d'urgence à l'époque où elle siégeait au DRMG. Or, elle soutient que le gouvernement n'est jamais venu consulter le DRMG pour connaître l'état de leurs travaux et de leur réflexion ainsi que les inviter à émettre des pistes de solutions.

*« Même là, le DRMG - c'est le département régional de médecine générale qui est institué partout à la grandeur du Québec - quand il y a eu la crise dans les urgences et que (...) allait fermer son urgence et que ça donné lieu à tout le ramdam qui a contribué à rajouter à notre grande popularité à (...). (rire) Ils ne sont jamais venus nous consulter. Ils nous payent, le gouvernement paye, on est 12 médecins autour de la table à chaque mois à consacrer la journée au complet à la planification, à l'organisation des soins, des services,*

*des corridors de service, à mettre les priorités, tout ça, quand est-ce qu'ils sont venus nous demander c'était quoi l'état de nos travaux et c'était quoi notre idée, et ce qu'on pensait et comment on pouvait aider les médecins de famille à avoir une meilleure pratique? Jamais, jamais. Ils nous payent pour faire ça, pendant ce temps-là ces 12 médecins qui ne sont pas au service de la population directement - parce qu'on espère l'être indirectement, on consacre du temps pour le faire - et on ne vient jamais nous demander ce que nous autres on a pensé qui pourrait aider, des solutions. Non, je trouve que c'est de la poudre aux yeux. »*

Ceci peut amener plusieurs d'entre eux à se démobiliser. Le cas08 dit qu'elle avait elle-même le désir de participer à l'élaboration d'une meilleure organisation des soins et une allocation rationnelle des ressources. Elle a participé, et participe toujours, à différents comités dans son établissement (niveau local) ainsi qu'au niveau régional. Or son expérience l'a plutôt démobilisé et elle ne croit pas avoir été la seule avec cette arrière-goût.

*« Je trouve ça dommage, parce que je parlais de l'aspect médico-administratif et politique, moi je me suis quand même impliquée en me disant je ne pourrai pas chialer si je n'ai pas participé, donc je vais participer et on va essayer d'améliorer les choses, puis je trouve que les efforts qu'on fait dans ce sens-là sont plutôt à l'effet de nous démobiliser. Ça finit comme ça, moi mon expérience s'est terminée comme ça. Je trouve ça plate, parce que toute cette ferveur que j'avais à dire "oui, moi je veux participer à l'élaboration d'une meilleure allocation de ressources, de rationaliser, d'organiser." Je trouve ça un peu triste de voir que l'expérience démobilise plutôt que mobilise. Je ne pense pas que je suis toute seule dans mon cas, peut-être que les filles le sont plus, les gars entre eux sont un petit peu peut-être plus... ils restent peut-être plus, mais moi ça m'a vraiment découragé. »*

Dans ce passage, le cas08 parle de sa participation à des activités médico-administratives avec l'objectif d'aider à l'amélioration de l'organisation des services de santé et à l'utilisation rationnelle des ressources. Ceci laisse entrevoir une disposition propre à la médecine sociale.

Le cas08 élabore davantage sur les diverses pressions exercées par la société sur les médecins. De façon plus précise, les médecins font face à des attentes sociales, des pressions et des demandes conflictuelles de la part de divers acteurs de la société. Il semble que la société soit de plus en plus empreinte d'une culture axée sur les connaissances spécialisées, l'expertise et les technologies (incluant les médicaments). Ceci peut résulter en une utilisation des ressources qui n'est pas nécessairement toujours à bon escient. En outre, le cas08 parle de sa frustration face à la logique de plus en plus populaire « un symptôme, une pilule ».

*« On dirait que de nos jours il y a beaucoup, un symptôme une pilule, un symptôme une pilule, comme si on devait tomber dans une catégorie qu'il y a une pilule pour tu sais. C'est un peu fatigant. »*



Il y a aussi la déification de la technologie. Elle pense que beaucoup d'individus ne jurent que par les technologies. Certains patients ne seront être satisfaits s'ils n'ont pas accès à des examens diagnostiques par exemple, et ce même si ces examens ne sont pas jugés nécessaires par le médecin. Aux yeux du cas08, il en revient peut-être aux médecins en tant que cliniciens de tenir la bride. Celle-ci souligne qu'il n'est pas facile de dire non aux patients et d'ensuite prendre le temps nécessaire pour expliquer la décision clinique et de convaincre le patient. Il est beaucoup plus facile de signer une requête pour donner un accès aux services diagnostiques. Elle considère que tout ceci n'est pas évident. Elle ajoute d'ailleurs que si les médecins de famille réussissaient davantage à tenir la bride, alors peut-être que les plateaux techniques seraient moins engorgés.

*« Et aussi, peut-être que si on utilisait les plateaux techniques toujours à bon escient, selon les guides de pratique tout ça, mais il faut dire qu'il y a beaucoup de personnes maintenant qui ne jurent que par la technologie, des patients qui ne seront pas satisfaits tant qu'ils n'auront pas eu leurs rayons X ou leur résonance magnétique. Alors c'est à nous aussi comme clinicien de tenir la bride peut-être. Ce n'est pas facile de dire à un patient non, on n'ira pas en résonance parce que ça ne sert à rien, on va voir plein de choses qui n'auront pas de corrélation clinique, et on est capable d'évaluer la situation sans cette imagerie coûteuse-là. Alors ça prend beaucoup plus de temps de convaincre le patient de ça que de signer un papier pour faire une résonance magnétique! C'est pas évident. Peut-être que si on réussissait plus à le faire ce serait moins engorgé. »*

Enfin, le cas08 parle également de l'insistance de plusieurs patients à être référés pour une consultation en médecine spécialisée. Certains vont même jusqu'à lui demander d'être référés sans qu'elle les voit et les examine au préalable. Selon ses dires, c'est tout comme si certains individus voyaient le médecin de famille comme une distributrice sur laquelle il est possible de peser sur le piton pour recevoir une consultation en médecine spécialisée, une requête pour un examen en imagerie par résonance magnétique ou encore, une prescription médicamenteuse.

*« Beaucoup de gens veulent voir le spécialiste, même que des gens me laissent des billets "donnez-moi une consultation pour aller voir l'orthopédiste." "Mais madame, je ne vous ai même pas évaluée concernant le problème pour lequel vous voulez voir l'orthopédiste, je suis capable d'évaluer plusieurs situations et ce n'est pas souhaitable de référer sans avoir soi-même jeter un œil sur le problème." Mais les gens s'attendent que... comme une distributrice là, tu pèses sur le piton et il sort une consult, tu pèses sur le piton et il sort une requête de résonance magnétique, tu pèses sur le piton et il sort une pilule! »*

Point intéressant, les médias viennent parfois aider ou rendre plus difficile, selon les situations, le travail des médecins. Toujours en parlant de la prescription de médicaments antibiotiques, le cas08 rapporte les nouvelles à sensation portant sur les poussés épidémiques de *Clostridium difficile* dans les hôpitaux québécois en 2003 et 2004 et ayant fait les manchettes. Selon elle, les informations présentées par les médias frappaient l'imaginaire parce qu'on y parlait de

morts. Ceci aurait eu certaines répercussions sur la pratique des médecins puisqu'ils pouvaient utiliser l'argument de la résistance aux antibiotiques et du risque d'une éventuelle infection au Clostridium difficile afin de justifier aux patients leur décision de ne pas prescrire un médicament antibiotique.

*« Ça, le clostridium c'est venu nous aider, c'est une espèce de gros montre là... "si je vous prescrivais des antibiotiques et que ce n'est pas approprié, et que vous contactiez un clostridium ça serait beaucoup de risques à prendre pour une situation qui ne le justifierait pas." Il y a eu assez de publicité là-dessus, c'est quand même bon. (...) La résistance aux antibiotiques on en a parlé dans les médias un peu, mais ça frappe moins l'imagination que les colites à Clostridium. Il faut qu'il y ait des morts, c'est tu plate... on dirait pour que ça frappe plus l'imagination. »*

Le cas08 fait également mention des pressions exercées par l'industrie pharmaceutique sur les médecins, les infirmiers et infirmières GMF ainsi que sur les patients et la population. En premier lieu, il y a de fortes pressions exercées par l'industrie pharmaceutique et leurs représentants sur les médecins afin que ces derniers continuent de prescrire les médicaments d'origine plutôt que les médicaments génériques. Le milieu pharmaceutique utilise alors l'argument d'encourager la recherche pharmaceutique. Bien qu'elle sache que certains médecins remarquent des différences dans la réponse thérapeutique entre certains médicaments d'origine et leurs génériques, le cas08 confie ne pas avoir vécu ce genre d'expérience puisqu'elle n'a pas inscrit souvent la mention « ne pas substituer » sur ses prescriptions.

*« Comme par exemple les médicaments génériques ou non, il y a des représentants des fois qui viennent nous voir et ils nous disent "là maintenant on a sorti un nouveau Lipidil machin là, parce que l'ancien est maintenant rendu disponible en générique, et vous savez, la recherche pharmaceutique c'est important et si vous prescrivez un générique à vos patients vous ne nous encouragez pas à continuer à faire de la recherche, alors vous devriez plutôt prescrire notre nouvelle molécule qui a l'avantage de..." Et des fois il y a des médecins qui ont observé que par exemple tel hypolipémiant chez tel patient, s'il prend un générique ça ne fait pas, et s'il ne prend pas de substitution ça fonctionne mieux. Je n'ai pas vraiment d'expérience de ça, ça ne m'est pas arrivé si souvent de demander qu'il n'y ait pas de substitution. »*

Le cas08 fait aussi mention des fortes pressions exercées par l'industrie pharmaceutique et leurs représentants sur les médecins afin que ces derniers prescrivent les nouveaux médicaments. Celle-ci semble n'apprécier guère les « modes pharmaceutiques ». Elle préfère prendre un peu de recul et attendre de voir. Selon ses dires, les nouvelles molécules deviennent disponibles et on laisse entendre qu'il s'agit de « molécules miracles ». Le temps montre souvent que les miracles ça n'existe pas.

*« Il y a des pressions qui sont exercées aussi par le milieu pharmaceutique pour prescrire toujours la nouvelle molécule. Les modes pharmaceutiques c'est toujours un petit peu tannant, j'aime toujours mieux laisser un peu de recul pour qu'on ait le temps de voir. Les molécules sortent, ce sont des molécules miracles, puis après ça... les miracles ça n'existe pas vraiment, on finit toujours par déchanter un petit peu. »*

En deuxième lieu, le cas08 ajoute que les compagnies pharmaceutiques sollicitent même les infirmiers et infirmières GMF. En outre, certaines compagnies pharmaceutiques auraient invité l'ensemble des infirmiers et infirmières GMF à participer à une formation sur le dépistage de l'ostéoporose offerte dans la ville de Québec. Le cas08 se demande quels types de connaissances seront transmis aux infirmiers et infirmières GMF si ces compagnies pharmaceutiques qui paient pour la réalisation de l'activité de formation et les déplacements des participants. Elle se demande d'ailleurs quels sont les intérêts des compagnies pharmaceutiques, faire du dépistage des individus à risque ou faire de la vente de médicaments.

*« Et l'autre chose c'est que... comme là, elles me disaient qu'il y avait des compagnies pharmaceutiques qui leur offraient d'aller à une formation à Québec toutes les infirmières de GMF pour faire le dépistage de l'ostéoporose. Donc là tu te demandes toujours oui, mais là c'est les compagnies pharmaceutiques qui payent, quelles sont les connaissances qu'elles vont leur transmettre, et là on fait-tu de la vente de pilule ou on fait du dépistage, juste identifier des patients à risque oui mais...? »*

Enfin, le cas08 est d'avis que la présence d'affiches et de pamphlets des compagnies pharmaceutiques dans les salles d'attente comme sources d'information en matière de santé est une situation problématique qui peut avoir des conséquences et des effets pervers. En effet, la lecture de ce type d'informations est responsable d'un autodiagnostic en matière de santé chez un bon nombre d'individus et d'une demande d'un traitement médicamenteux. Le cas08 considère que les affiches et les pamphlets ne sont que des stratégies et des activités de marketing des compagnies pharmaceutiques avec l'objectif de recruter de nouveaux patients. Elle opine que le rôle des compagnies pharmaceutiques n'est pas de dépister les problèmes de santé chez les individus. C'est davantage le rôle du médecin de famille de dépister les problèmes de santé chez les individus et ce, en faisant un bon questionnaire et en étant sensible à ces derniers.

*« C'est comme les compagnies pharmaceutiques qui font des affiches pour aller dans les salles d'attente; donc ils arrivent tous, ils ont lu la petite affaire de dépression, la petite affaire d'hypertrophie bénigne de la prostate, ils ont lu la dysfonction érectile, et là ils rentrent avec un besoin de pilules là! Ils se sont auto-diagnostiqués! Ça on appelle ça du recrutement de patients, puis on n'aime pas bien bien ça. Je ne pense pas que c'est aux compagnies pharmaceutiques de dépister les patients. Je pense que ça reste quand même le rôle du médecin de famille de faire un bon questionnaire, puis d'être sensible au patient et de voir s'il est dépressif ou pas. L'hypertrophie bénigne de la prostate, ça fait partie de*

*mon questionnaire aussi, puis... en tout cas. C'est pas corporatiste comme tel, mais c'est plus comme pour... »*

Le cas08 termine ses propos en ajoutant que ses commentaires ne sont pas empreints d'intérêts corporatistes (ou intérêts professionnels). En fait, il s'agirait davantage d'une fatigue, d'une frustration face à la logique de plus en plus populaire « un symptôme, une pilule ».

*« C'est pas corporatiste comme tel, mais c'est plus comme pour... On dirait que de nos jours il y a beaucoup, un symptôme une pilule, un symptôme une pilule, comme si on devait tomber dans une catégorie qu'il y a une pilule pour tu sais. C'est un peu fatigant. »*