

La charge de travail des médecins en Eeyou Istchee : justification d'une requête pour l'augmentation des effectifs médicaux (*per diem*)

Direction de santé publique
Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James



Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James
σ D d b ° b t Δ r Δ · Δ Δ ° Δ q a b r C b σ D °
Cree Board of Health and Social Services of James Bay

Mars 2014

Auteurs : **Anne Foro**, PhD, Agente de planification et de recherche, CCSSSBJ, Département de santé publique, Région sociosanitaire 18
Carole Laforest, MD, Chef du département régional de médecine générale et spécialisée, CCSSSBJ, Région sociosanitaire 18
Raffi Adjemian, MD, Médecin-conseil, CCSSSBJ, Département régional de médecine générale et spécialisée, Région sociosanitaire 18

Sous la direction de : **Jill Elaine Torrie**
Directrice adjointe de santé publique
torrie.jill@ssss.gouv.qc.ca

Mise en page et révision : **Katya Petrov**
katyapetrov@sympatico.ca

Remerciements : *Nous tenons à remercier les membres du département régional de médecine générale et spécialisée pour leur collaboration et nous tenons à la souligner la contribution de Dr Michael Lefson, MD, Chef de services de Chisasibi.*

La reproduction est autorisée pour des fins non commerciales à condition que la source soit reconnue.
Les versions électroniques françaises et anglaises de ce document sont disponibles sur le site :
<http://www.creehealth.org>

© Tous droits réservés Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James,
Chisasibi, Québec JOM 1E0, mars 2014.

ISBN : 978-2-924293-04-1

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2014

Bibliothèque et Archives nationales du Québec (BAnQ)

Bibliothèque de l'Assemblée nationale du Québec

Réseau Santécom

Résumé

Le but de ce document est d'aider à mieux comprendre la charge réelle de travail des médecins qui œuvrent dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James. Pour ce faire, les caractéristiques générales de la région sociosanitaire 18 sont d'abord présentées, puis un cadre d'analyse des facteurs qui peuvent influencer la charge de travail du médecin en contexte rural, éloigné et isolé (figure 2, p. 14).

La revue de littérature a permis d'identifier 8 facteurs clés qui ont été ensuite documentés à l'aide des données de la région sociosanitaire 18 (tableau 5, p. 22). Ces facteurs ont été regroupés en deux grandes catégories, soient les facteurs immédiats et les facteurs globaux d'influence.

Les facteurs « immédiats » qui influencent directement le contexte de la pratique médicale (consultations et autres prestations de soins et de services) sont au nombre de trois, soient les caractéristiques du patient, les caractéristiques du prestataire et le mode de pratique.

Les facteurs « globaux » qui sont au nombre de cinq sont des facteurs indirects, mais non moins importants, en rapport avec le contexte global de la pratique médicale. Il s'agit notamment des facteurs démographiques et sanitaires, des ressources disponibles, des facteurs organisationnels, des facteurs socioculturels et des facteurs géographiques.

L'analyse montre que le profil de morbidité incluant la complexité des cas (chronicité, comorbidité et sévérité), l'astreinte des médecins à fournir tous les trois niveaux de soins, les ressources disponibles et le roulement des personnels, ainsi que le contexte culturel de pratique, sont sans conteste des facteurs importants de la charge de travail des médecins dans notre région. Elle présente également de façon claire les défis inhérents à l'organisation des services dans la région et les éléments qui justifient la demande d'une augmentation des *per diem*.

Table des matières

Résumé	a
Table des matières	b
Tableaux et figures	b
Introduction	c
1. Description générale des caractéristiques sociosanitaires et organisationnelles de la région 18	1
1.1 Profil démographique et sociosanitaire	1
1.2 Organisation générale de l'offre de services	7
2. Définition et approches d'appréciation de la charge de travail des médecins	9
2.1 Définition	9
2.2 Approches d'appréciation de la charge de travail des médecins	10
2.3 Charge de travail et planification des ressources humaines en santé	10
2.4 Cadre d'analyse des facteurs qui influencent la charge de travail	12
3. Résultats de l'analyse de la charge de travail des médecins en Eeyou Istchee	15
3.1 Les impacts différentiels des facteurs démographiques et sanitaires	15
3.2 La médecine de famille en région éloignée : un rôle élargi	16
3.3 Contrainte de ressources et corridor de soins : la région 18 réduite dans ses capacités à un « cSSS » ?	17
3.4 Le turnover/roulement des professionnels et ses implications	18
3.5 Les formes de rémunération et leurs effets sur la charge de travail	20
3.6 Le contexte socioculturel de la pratique	21
3.7 Synthèse des résultats de l'analyse de la charge de travail des médecins en Eeyou Istchee	22
3.8 Conclusion	23
Bibliographie	25
Annexe : détails de l'estimation des besoins en <i>per diem</i>	30

Tableaux et figures

Tableau 1 : Données démographiques de la région 18, 2012	2
Tableau 2 : Données linguistiques de la région 18, 2006 et 2011	4
Tableau 3 : Maladies chroniques et facteurs de risques	6
Tableau 4 : Hospitalisations, 2006-2009	7
Tableau 5 : Facteurs influençant la charge de travail et données correspondantes pour la région 18 ...	22
Figure 1 : Communautés et distances entre communautés de la région 18	3
Figure 2 : Facteurs d'influence de la charge de travail des médecins	14

À noter : Dans ce document, le terme « *per diem* » réfère au mode et au volume de la rémunération autorisée par le Ministère sur la base de l'entente particulière établie avec les régions sanitaires 17, 18, et de la Basse-Côte-Nord.

*« When comparing their staffing levels to benchmark data, practices may need to adjust their numbers based on unique circumstances [...]. Combining industry data with your own unique knowledge about your practice will produce an enlightened staffing plan. »
(Crystal S. Reeves 2002: 46-49)*

Introduction

La pénurie des professionnels de la santé dans les régions rurales ou éloignées est un problème commun dans la plupart des pays, développés ou non. Pour les pays développés, à titre illustratif, on peut citer l’Australie, les États-Unis et le Canada. En Australie, un médecin pour 970 habitants pratique en milieu urbain, contre un pour 1 328 en milieu rural. Aux États-Unis, ce sont environ 9 % des médecins qui exercent en milieu rural où vit 20 % de la population (Grobler et coll. 2009). Au Canada, selon les données de l’ICIS (2011), 8.6 % des médecins exercent en milieu rural où vit 18 % de la population.

Pour remédier au déséquilibre dans la répartition des ressources humaines en santé, les interventions se fondent entre autres, sur une estimation de la charge de travail pour les différentes catégories professionnelles. Dans plusieurs pays, tout comme au Canada, les méthodes d’estimation utilisent souvent comme indicateur le ratio patient/professionnel (Muldoon 2012). Cela en raison du modèle dominant de la productivité. Selon les théories classiques, l’organisation scientifique du travail repose sur une étude « du temps et des mouvements [...] l’observation et la mesure systématique des tâches [elle] augmente la rémunération et la formation professionnelle des employés en même temps qu’elle conduit à une plus grande productivité » (Rouleau 2007 : 17). En d’autres mots, le principe de l’optimisation du temps et des ressources en santé (Jancarik et Vermette 2013) postule l’existence de liens entre, d’une part le nombre de patients (ou taille de la clientèle) et le volume horaire de travail et, d’autre part, entre le volume horaire et le volume de la rémunération (celui-ci étant logiquement proportionnel au volume de travail). Cependant, certaines études suggèrent que l’augmentation de la taille de la clientèle pourrait être au détriment de la qualité des services (CFPC 2012; Muldoon 2012).

En tant qu’élément essentiel pour la planification, la charge de travail permet de définir les besoins, ainsi que les mesures de compensation nécessaires (Vandad 2009, Trotter et coll. 2009). Mais, pour être efficace, l’évaluation de la charge de travail devra tenir compte des facteurs contextuels qui peuvent l’influencer (Muldoon 2012). En effet, les professionnels, s’ils sont appelés à répondre aux mêmes objectifs nationaux de santé, font face à des contextes de pratique différents. C’est ainsi que les réalités en termes de profil sanitaire, de ressources, de culture du milieu et d’organisation de l’offre de services diffèrent parfois grandement en fonction de la situation géographique dans un même pays (CCMSR 2002). Pour souligner l’importance du contexte dans l’appréciation de la charge de travail, les résultats d’un sondage sur la pratique des médecins de famille au Québec et au Canada suggèrent que la comparaison des volumes horaires de travail des médecins tient compte de l’organisation des services, du contexte dans lequel les activités ont lieu, ainsi que de l’accès aux soins spécialisés (Savard 2001). Dans le cas du Québec, la région sociosanitaire 18, lorsque comparée au reste de la province, présente des particularités quant au profil sanitaire de la population, à la culture du milieu et à l’organisation des services de santé.

Le but de ce travail est de faire comprendre la charge réelle de travail des médecins qui œuvrent dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James, en identifiant les facteurs d'influence qui peuvent expliquer la différence qui existe avec la pratique médicale en milieu urbain, semi-urbain et rural moins isolé.

Le document comprend quatre parties. Après une description générale des caractéristiques sanitaires et organisationnelles de la région, quelques approches d'appréciation de la charge de travail sont passées en revue. Un cadre d'analyse, prenant en compte les facteurs organisationnels et contextuels, est ensuite proposé. En prenant appui sur ce cadre, les résultats de l'analyse de la charge de travail pour les médecins de la région 18 sont ensuite présentés. Une conclusion spécifiant les suites de ce travail termine le document.

1. Description générale des caractéristiques sociosanitaires et organisationnelles de la région 18

Cette section donne une vue globale des particularités géographiques, démographiques et organisationnelles de la région sociosanitaire 18.

1.1 Profil démographique et sociosanitaire

1.1.1 Caractéristiques géographiques et démographiques

L'Eeyou Istchee, les Terres-Cries-de-la-Baie-James ou région sociosanitaire 18, est un vaste territoire d'environ 450 000 km² (CNEI 2011), situé dans la partie orientale de la Baie James. Sa population crie, estimée à plus de 16 000 individus en 2012 (MSSS, registre des bénéficiaires cris de la convention du Nord du Québec et de la Baie James, tableau 1) croît à un rythme annuel d'environ 1,5 %, soit à peu près une fois et demie celui de l'ensemble du Québec. On y compte aussi quelque 250 autres autochtones (Algonquins, Malécites, Montagnais, Ojibways, Inuit et Métis) et environ 500 non autochtones (Statistique Canada, recensement de 2006). Le territoire est constitué de neuf communautés cries, dont cinq sur les côtes de la Baie James et de la Baie d'Hudson (Coastal communities) – Chisasibi, Eastmain, Wemindji, Waskaganish, Whapmagoostui – et quatre situées à l'intérieur des terres (Inland communities) – Mistissini, Oujé-Bougoumou, Nemaska et Waswanipi. Catégorisées selon la taille de leur population (tableau 1), les communautés peuvent être regroupées en grandes (Chisasibi et Mistissini avec respectivement 26 % et 22 % de la population totale), moyennes (Waskaganish, Waswanipi et Wemindji avec des populations comprises entre 1 403 et 2 159 habitants) et petites (Whapmagoostui, Oujé-Bougoumou, Nemaska et Eastmain, avec chacune une population entre 680 et 888 habitants).

En lien avec les aspects démographiques, il faut souligner l'importante contribution des adolescentes à la fécondité. Ainsi, les taux de naissance chez les mères adolescentes et les femmes ayant moins de 11 années de scolarité sont 4 à 5 fois plus élevés dans la région crie que dans l'ensemble du Québec (CCSSBJ 2013).

La municipalité de la Baie James, dont fait partie la région 18, se sépare naturellement en deux districts : le District Nord et le District Sud. Le District Nord comprend les communautés cries de Wemindji, Whapmagoostui, Waskaganish, Nemaska et Chisasibi (région 18) ainsi que le village de Radisson (région 10). Le District Sud comprend les communautés cries de Mistissini, Oujé-Bougoumou et Waswanipi (région 18), ainsi que la ville la plus industrielle de la région, Chibougamau-Chapais (région 10) qui est située à plus de 900 kilomètres de Chisasibi. La deuxième municipalité urbaine la plus proche est Val-d'Or (région 8), située à plus de 800 kilomètres de Chisasibi.

Entre les communautés cries, les distances terrestres (à l'exception de Whapmagoostui qui est inaccessible par la route) varient d'un peu plus d'une centaine de kilomètres (Waswanipi – Oujé-Bougoumou : 131 km) à un peu moins d'un millier de kilomètres (Waswanipi – Chisasibi : 974 km) (COTA) (figure 1).

En résumé, sur le plan démographique et géophysique, la région 18 se caractérise par la taille variable et la dispersion de ses neuf communautés sur un vaste territoire, éloigné des centres urbains. Sa

population croît à un rythme une fois et demi supérieur à celui de l'ensemble de la province et les adolescentes contribuent de façon importante à cette évolution démographique.

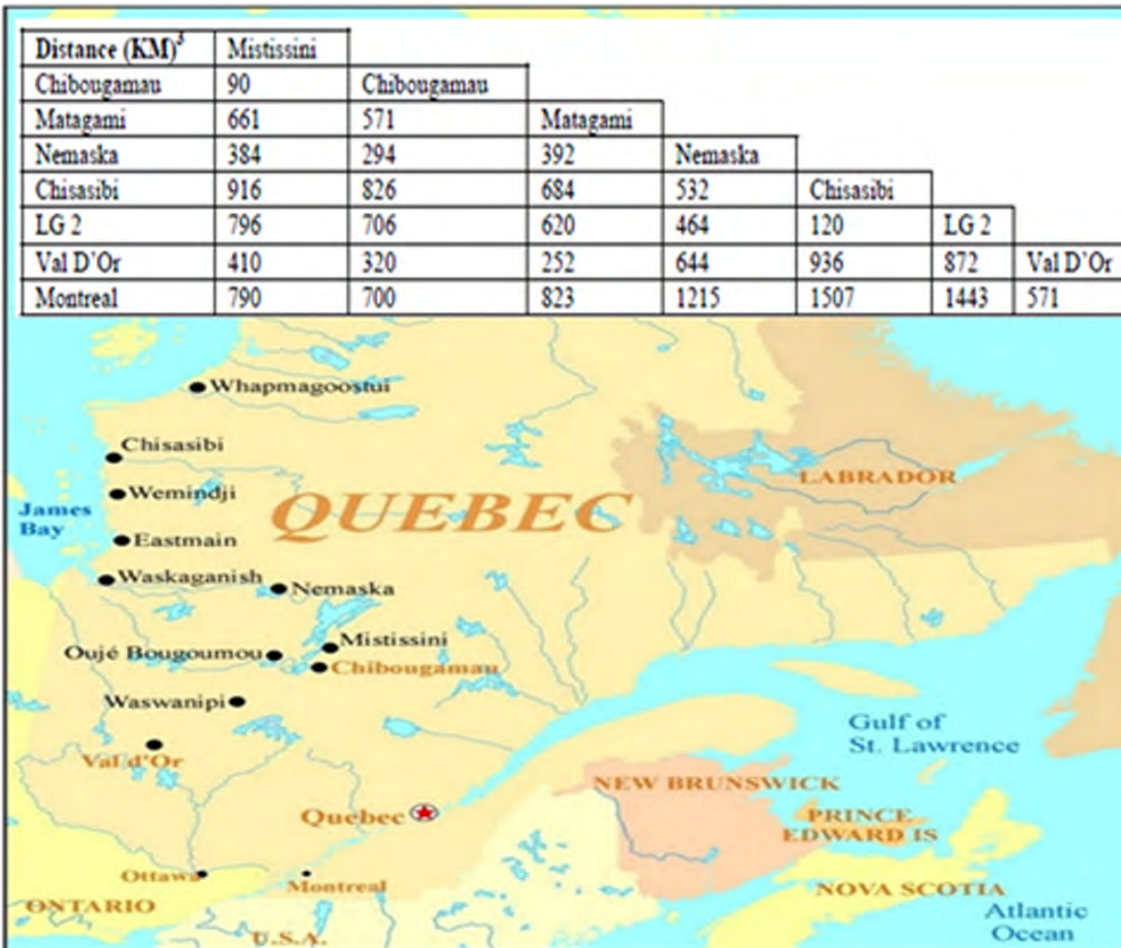
Tableau 1 : Données démographiques de la région 18, 2012

Communauté	Nombre d'individus	%
Chisasibi	4 143	25,9
Mistissini	3 512	21,9
Waskaganish	2 159	13,5
Waswanipi	1 710	10,7
Wemindji	1 403	8,8
Whapmagoostui* ¹	888	5,5
Oujé-Bougoumou	793	5,0
Nemaska	722	4,5
Eastmain	680	4,2
Région 18 (Eeyou Istchee)	16 010	100,0
Population non crie	700	
Population estimée 2012	16 710	

Sources : - MSSS, Registre des autochtones, extraction de juillet 2012;
 - Statistique Canada, recensement de 2006.

¹ * : Cette communauté est limitrophe au village inuit de Kuujuarapik. Elle se trouve sur le territoire de la région 17 (Nunavik) mais fait partie de l'Administration régionale crie et du Grand Conseil des Cris (Eeyou Istchee).

Figure 1 : Communautés et distances entre communautés de la région 18



Source : Cree Outfitting and Tourism Association

1.1.2 Profil sociosanitaire

De façon générale, les données sanitaires au Canada montrent que les nations autochtones, dans les régions éloignées et nordiques, sont en moins bonne santé que les citoyens (CCMSR. 2002). Les Terres-Cries-de-la-Baie-James ne font pas exception et plusieurs indicateurs de morbidité font état d'un écart important entre les deux contextes de vie.

Le contexte social : Sur le plan des données générales, l'espérance de vie d'un enfant né en Eeyou Istchee entre 2003 et 2007 est de 76,7 ans, comparativement à 80,3 pour le reste du Québec. Sur le plan social, plusieurs enquêtes rapportent l'importance qu'accordent les Eeyouch au lien social et à l'identité culturelle. Cependant, ils sont aussi préoccupés par les problèmes sociaux qui tendent à entraver la santé des populations.

Au cours des dernières années, on note une augmentation des cas d'hospitalisation pour motif d'agression, et cela, à des taux bien supérieurs à ceux du Québec et du Nord-du-Québec (CBHSSJB

2013). Les tentatives de suicide impliquant généralement une surdose de drogue figurent parmi les principaux motifs d'hospitalisation chez les jeunes filles.

La persistance du nombre élevé de maladies sexuellement transmissibles chez les jeunes témoigne des risques auxquels ceux-ci s'exposent dans leur sexualité. Depuis 2000, les taux d'infections à chlamydia n'ont cessé d'augmenter, avec un taux annuel de 2 100 cas par 100 000 personnes en 2012 (CCSSSBJ 2013), contre 241 cas pour le reste du Québec en 2011 (Blouin et coll. 2012).

Sur le plan du logement, la pénurie s'illustre par le milieu de vie des enfants âgés de moins de 6 ans. Environ 30 % d'entre eux vivent dans des ménages à trois générations, comparativement à 5 % pour l'ensemble du Canada (CBHSSJB 2013).

Dans le domaine de l'emploi, selon les recensements de 2001 et de 2006, le taux d'emploi dans la région est passé de 48 % à 57 %, soit un accroissement de 9 points de pourcentage. Mais ces statistiques ne sont pas uniformément distribuées sur le territoire. En 2006, l'écart entre les deux communautés ayant le plus faible taux et le taux le plus élevé d'emploi était de 24 % (66 % vs. 42 %).

En lien avec l'emploi et la littératie, on note que le taux de scolarisation dans la région, comparativement à la moyenne provinciale, est très faible : en 2006, 56 % de la population de 15 ans et plus n'avait pas de diplômes d'études secondaires contre 25 % pour l'ensemble du Québec (CCSSSBJ 2013). Selon les données du recensement de 2011, 85,5 % des Eeyouch avaient comme langue le plus souvent parlée à la maison le cri. Seuls 10,6 % et 2,2 % utilisaient respectivement l'anglais et le français le plus souvent à la maison (tableau 2). Sur ce point, il faut souligner l'engagement des cris à préserver leur langue.

Tableau 2 : Données linguistiques de la région 18, 2006 et 2011

Langue parlée le plus souvent à la maison	2006	2011
Cri	82,9 %	85,5 %
Anglais	12,2 %	10,6 %
Français	2,5 %	2,2 %
Anglais et français	0,2 %	0,1 %
Anglais et langue non officielle (ex. cri)	1,7 %	1,1 %
Français et langue non officielle	-	-
Anglais, français et langue non officielle	0,1 %	0,1 %
Autres langues	0,5 %	0,4 %

Sources : Recensement du Canada de 2006 et 2011

Les maladies chroniques : Dans la région 18, les maladies chroniques et leurs déterminants constituent une préoccupation majeure. Déjà, en 1995, le diabète a été identifié comme l'une des deux principales priorités sanitaires de la région. En l'espace de trois décennies, la proportion des Cris âgés de 20 ans et plus atteints de cette affection est devenue 10 fois plus importante, passant de 2,4 % en 1983 à 22,0 % en 2011. Plus d'un adulte sur cinq souffre de diabète, ce qui est presque quatre fois le taux du Québec. Le diabète continue d'affecter davantage les femmes que les hommes et les personnes diagnostiquées le sont à un âge de plus en plus jeune, ce qui les expose à un risque accru de développer des complications au cours de leur vie, à une mort prématurée et à une diminution des années de vie en bonne santé. Le diabète gestationnel est présent chez une femme sur quatre. La moitié des personnes souffrant du diabète présentent un certain degré d'atteinte rénale (Plante et coll. 2012).

Il faut mentionner également l'augmentation des maladies cardiaques, notamment chez les femmes âgées de 45 à 65 ans. À l'évidence, les facteurs de risques de ces affections sont prédominants : le manque d'activité physique, une alimentation inadéquate, le tabagisme et l'obésité. Ce dernier facteur étant présent chez la grande majorité de la population. En effet, 84 % de la population d'Eeyou Istchee a un surpoids, ce qui représente le double de la proportion pour l'ensemble du Québec. (Laforest et coll. 2011, CBHSSJB 2013).

La santé mentale en lien avec les facteurs sociaux (discontinuité culturelle et stress post-traumatique, abus d'alcool, violence et tentative de suicide) constitue un motif d'hospitalisation très fréquent chez les jeunes (Laforest et coll. 2011, Lessard et Aubé 2008). L'exploration récente de données relatives à la santé mentale et à l'abus de substances pour une des communautés de la région 18 montre que 42,4 % des patients présentaient un antécédent d'abus de substance et 36,5 % souffraient d'un problème de santé mentale (tableau 3).

Tableau 3 : Maladies chroniques et facteurs de risques

Item	Valeur région 18	Valeur Québec	Source
Syndrome métabolique			
Diabète (prévalence)	28,4 %* ²	7,6 %	Plante et coll. 2012. <i>Surveillance of Diabetes in Eeyou Istchee (taux ajustés selon l'âge)</i>
Traitements pour dialyse et pré-dialyse (nombre d'épisodes pour l'hôpital de Chisasibi seulement)	2964	ND	CBH, <i>Annual Report 2011-2012</i>
Taux ajusté de mortalité – Appareil circulatoire, 2005-2008	207 par 100 000 personnes	192 par 100 000 personnes	INSPQ. 2011, <i>Portrait de santé du Québec et de ses régions</i>
Appareil respiratoire			
Taux ajusté de mortalité – Appareil respiratoire, 2005-2008	119* par 100 000 personnes	64 par 100 000 personnes	INSPQ. 2011, <i>Portrait de santé du Québec et de ses régions</i>
Tabagisme, 12 ans et +, 2003	45,7 %*	25,9 %	INSPQ. 2006, <i>Portrait de santé du Québec et de ses régions</i>
Appareil ostéoarticulaire			
Arthrite ou rhumatisme, 12 ans et +, 2003	6,5 %*	14,0 %	INSPQ. 2006, <i>Portrait de santé du Québec et de ses régions</i>
Maux de dos autres que la fibromyalgie et l'arthrite, 12 ans et +, 2003	10,4 %*	16,9 %	INSPQ. 2006, <i>Portrait de santé du Québec et de ses régions</i>
Santé mentale			
Population ne se percevant pas en bonne santé mentale, 12 ans et +, 2003	8,1 %*	3,6 %	INSPQ. 2006, <i>Portrait de santé du Québec et de ses régions</i>
Population présentant une consommation élevée d'alcool 12 fois ou plus au cours d'une année, 12 ans et +, 2003	28,4 %*	16,7 %	INSPQ. 2006, <i>Portrait de santé du Québec et de ses régions</i>
Données pour une seule des communautés de la région 18³			
Abus de substances : alcool, Marijuana ou cocaïne	42,4 %		Dossiers médicaux : 2009-2011
Trouble mental	36,5 %		Dossiers médicaux : 2009-2011

Les motifs d'hospitalisation (tableau 4) : à l'exception du cancer, les taux annuels d'hospitalisation dans la région sont plus de deux fois ceux du Québec. De 2006 à 2012, soit sur une période de six ans, 18 802 épisodes d'hospitalisations pour les résidents d'Eeyou Istchee ont eu lieu, ce qui fait une moyenne annuelle de 3 134. Au cours de cette même période, environ 6 500 individus ont été hospitalisés au

² * : différence significative avec le Québec

³ Ces données, du fait qu'elles concernent une seule communauté de la région, ne sont pas comparées aux données de la province.

moins une fois, ce qui représente environ 35 % de la population (ces chiffres excluent les hospitalisations pour accouchements normaux).

On note donc des taux élevés d'hospitalisation dans la région, les principales causes étant constituées par les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires (principalement chez les enfants et les personnes âgées), les maladies digestives et les blessures qui sont le plus souvent intentionnelles. Pour ce dernier motif, on note une récente recrudescence de 42 %, alors que les chiffres semblent se stabiliser au niveau de la province, avec même une nette diminution des cas au niveau du Nunavik (région 17). Cette tendance récente s'explique probablement par le fait que, contrairement au reste du Québec, les chutes surviennent chez les adultes relativement jeunes (90 % ont moins de 65 ans), les blessures intentionnelles ont presque doublé, et les agressions physiques sont également en hausse (CBHSSJB 2013; CCSSSJ 2013).

Tableau 4 : Hospitalisations, 2006-2009

Item	Valeur région 18	Valeur Québec
	Taux pour 10 000 personnes	Taux annuel moyen ajusté
Cancer	55	61
Maladies digestives	203 (+ ⁴)	81
Traumatismes	123 (+)	63
Maladies cardiovasculaires	257 (+)	120
Système musculo-squelettique	76 (+)	37
Maladies respiratoires	250 (+)	77
Maladies génito-urinaires	88 (+)	42
Toutes les causes	1 780 (+)	792

Source : INSPQ 2011, Portrait de santé du Québec et de ses régions 2013

Les causes de décès : Entre 2003 et 2007, les principales causes de décès chez les Eeyouch étaient les maladies cardiovasculaires (19,7 % de tous les décès), les cancers (19,3 %) et les causes externes, principalement les blessures (17,4 %). Ce qui est quelque peu en contraste avec le reste du Québec, où les trois principales causes de décès sont les cancers (33 %), les maladies du système circulatoire (27,5 %) et les maladies respiratoires (18,7 %). Le taux de mortalité infantile en Eeyou Istchee, malgré une amélioration, est toujours de deux à trois fois plus élevé que celui de l'ensemble du Québec. Un tiers des décès en excès du taux pour le Québec s'expliquent par les maladies génétiques incurables (CBHSSJB 2013).

1.2 Organisation générale de l'offre de services

Créé en 1978, le CCSSSJ a reçu le mandat de la gestion des services de santé et des services sociaux sur le territoire de la région sociosanitaire 18 ou « Terres-Cries-de-la-Baie-James » (Québec 2013). Cette responsabilité couvre toute la population des neuf communautés de l'Eeyou Istchee, à qui le CCSSSJ doit offrir des services curatifs, de prévention, de promotion, d'adaptation et de réhabilitation. D'un

⁴ + : valeur régionale significativement plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 0,01.

point de vue opérationnel, le CCSSSBJ est comparable à un CSSS, auquel s'ajoutent les fonctions régionales d'une agence et celles d'une direction régionale de santé publique.

L'organisation des services médicaux sur l'ensemble du territoire est assurée par le département régional de Médecine. Les médecins qui y travaillent offrent les services à partir de l'hôpital de Chisasibi et des CMC (Community Miyupimaatisiun Centers) situés dans chaque communauté. Les CMC (équivalent des CLSC) n'offrant principalement que des soins de premier niveau, les besoins en services pour la 2^e et 3^e ligne sont orientés vers l'hôpital de Chisasibi et les hôpitaux de Chibougamou (région 10), de Val-d'Or (région 8) ou de Montréal (région 6). Il faut souligner que le Centre hospitalier de Chisasibi, qui dessert principalement la communauté de Chisasibi, ne dispose pas de services de 3^e ligne et a un nombre limité de services de 2^e ligne.

Afin de faciliter le parcours des patients dans ces différents corridors de soins, le programme de Services aux patients cris (SPC/CPS) assure le transport, le logement et les services d'interprétation (de la langue de prestation, l'anglais ou le français, au cri). Ce programme n'est offert qu'aux bénéficiaires cris de la Convention, bien que les personnes non bénéficiaires puissent utiliser les autres services fournis par le CCSSSBJ (Laforest et coll. 2011).

Sur le plan administratif, la région 18 avec la 10 et la 17 composent les trois régions sociosanitaires de la région administrative 10. Selon la *Convention de la Baie James et du Nord québécois*, la juridiction du CCSSSBJ se fait sur neuf « îlots » (terres de catégorie I sur lesquels habitent les Cris) au sein du vaste territoire qui comprend la région sociosanitaire 10 (Québec 1998). Cette structuration entraîne un flou juridique pour le CCSSSBJ et la région sociosanitaire 10 quant à l'organisation de certaines interventions en santé : par exemple, quelles ambulances doit-on appeler en cas d'accident en dehors des terres de catégorie I ? Comment les services préventifs de santé au travail (fournis par les Directions de santé publique et les CLSC, et payés par la CSST) peuvent-ils être fournis aux personnels des projets de développement dans la région administrative 10, près des communautés cris, et par qui ?

Les Cris devraient-ils participer à l'organisation des services de soins de santé de deuxième ligne fournis dans les régions sociosanitaires 10 et 8 (Abitibi-Témiscamingue) ? Qui est responsable pour les urgences médicales et les évacuations médicales des bénéficiaires cris à l'extérieur des communautés cris ? Qui est responsable lorsque l'individu n'est pas un bénéficiaire cri ? Autant de questions qui n'ont pas encore de réponse unique (CCSSSBJ 2013).

En résumé, l'organisation des soins en territoire cri diffère des autres régions du Québec par : la disponibilité, principalement, d'un premier niveau de soins dans 8/9 communautés; l'hôpital de Chisasibi situé à plus de 900 km de certaines communautés (exemple Waswanipi-Chisasibi); des hôpitaux de référence dans d'autres régions sanitaires dont l'organisation des services diffère quelque peu de celui de la région 18; et une structure administrative encore équivoque pour certains aspects de l'organisation des services. Enfin, la superficie du territoire incluant toute catégorie de terres, donc reflétant mieux les distances à parcourir pour l'accès aux soins de deuxième ligne, s'étend sur plus de 400000 km².

2. Définition et approches d'appréciation de la charge de travail des médecins

2.1 Définition

La charge de travail est un concept polysémique dont, comme le soulignent Lancry-Hoestlandt et Laville (2004: 46), « la simple approche compréhensive convoque le regard » de plusieurs : psychologues, sociologues, gestionnaires des ressources humaines, ergothérapeutes, médecins du travail et travailleurs eux-mêmes. Elle est alors abordée différemment par les spécialistes selon leurs champs d'intérêt.

En psychologie du travail, Leplat (1977) fait une différence entre la charge comme caractéristiques ou exigences de la tâche (obligations et contraintes qu'elle impose au travailleur) et la charge comme conséquence ou résultats pour le travailleur de l'exécution de la tâche (stress, fatigue, performance, etc.).

En ergonomie, la charge de travail est distinguée en charge prescrite (volume et qualité exigée du travail, généralement assigné par l'organisation), réelle (la charge concrète, mesurable sur le terrain) et subjective (la perception que le travailleur a de sa charge de travail). L'intérêt ici est l'analyse qu'on peut faire des écarts entre ces trois types de charge et leur implication pour le travailleur : par exemple le stress et la surcharge (Almaberti 1989; Darses et de Montmoulin 2006; Moliner 2006; Rousseau 2006).

Les gestionnaires et spécialistes des ressources humaines s'intéressent à la charge de travail sous l'angle du volume de travail et de ses relations avec la performance (charge quantitative et qualitative du travail en référence à des normes et des standards généralement fixés par la charge prescrite). C'est cette perspective qui prévaut dans la définition générale que donne le dictionnaire. Selon le Medical Subject Headings [Définition MeSH], c'est la somme totale de travail à exécuter par un individu, un service ou un groupe de travailleurs pendant une durée définie. Le *Business Dictionary* (www.businessdictionary.com/) définit la charge de travail comme « *the amount of work or number of work units assigned to a particular resource over a given period* ». Dans les mêmes termes, mais plus élaborés, Livian et coll. (2001 : 6) définissent la charge de travail comme un « rapport articulant quantité, qualité de travail, temps et ressources disponibles, tant au niveau individuel que collectif. Ce rapport est le résultat, rationnellement calculé ou non, d'une exigence productive ».

Dans le domaine de la pratique médicale, Groenewegen et Hutten (1995 : 349) rapportent la définition suivante du concept : « *The workload of general practitioners (GPs) is usually defined in terms of the number of hours worked (divided into time spent on different practice tasks), rates of contact (office consultation and home-visit rates) and length of consultations* ».

Aux fins de ce travail, qui vise à expliquer l'inadéquation entre la charge réelle de travail des médecins en Eeyou Istchee et les ressources mises à leur disposition, nous nous alignons sur cette perspective gestionnaire qui sous-tend le processus d'allocation des ressources, et plus particulièrement des *per diem* aux régions sanitaires nordiques du Québec (MSSS-FMOQ 2013).

2.2 Approches d'appréciation de la charge de travail des médecins

L'évaluation de la charge de travail s'appuie sur une définition des indicateurs pertinents qui permettent de l'apprécier. L'examen des tâches qui composent le travail permet alors d'attribuer un poids à chaque indicateur (Leplat 1977). À cet effet, certains outils de mesure partent d'une catégorisation des tâches relevant d'une fonction donnée, en l'occurrence celle du médecin généraliste/médecin de famille (Fleming 1982; Conlon et Tharani 2008; Trotter et coll. 2009).

Dans la littérature, on retrouve principalement deux catégories d'outils pour l'appréciation de la charge de travail : ceux qui s'adressent au contenu de la tâche et ceux qui s'adressent aux conséquences ou aux résultats de la réalisation de la tâche.

Les outils élaborés pour l'analyse du contenu de la tâche utilisent des indicateurs se rapportant aux systèmes fonctionnels mis en jeu lors de l'exécution de la tâche : système d'activation physique et/ou mental. C'est dans cette catégorie que l'on retrouve plusieurs outils de mesure de la charge mentale du travail. Celle-ci peut être mesurée selon une approche subjective ou objective. Dans l'approche subjective, les outils les plus utilisés sont : le NASA Task Load Index (TLX), le Subjective Workload Assessment Technique (SWAT) et le Workload Profile (WP). Le NASA Task Load Index (TLX) semble prédominant, ayant été utilisé et validé dans plusieurs études (Byrne 2011; Rubio et coll. 2004). L'approche objective quant à elle, tente de quantifier certaines dimensions cognitives et émotionnelles de la charge mentale du travail au moyen de diverses méthodes tels la réaction et le délai de réaction à des stimuli visuels, tactiles, etc. (Brangier et coll. 2004; Byrne 2011).

Dans la deuxième catégorie, les outils s'adressant aux conséquences ou aux résultats de la tâche contiennent des indicateurs sur le niveau de stress, de fatigue, de performance, etc. C'est dans cette catégorie que l'on classe les outils utilisés pour l'évaluation de la charge de travail des médecins. Les indicateurs portent sur la taille de la clientèle/panel size, le volume des prestations, les temps consacrés aux différentes tâches, le volume total d'heures travaillées par semaine ou dans l'année, etc. (Thomas et coll. 1989).

2.3 Charge de travail et planification des ressources humaines en santé

Tout comme dans d'autres disciplines, la charge de travail est admise comme un élément essentiel pour définir les besoins en personnel médical et pour établir ou projeter les niveaux appropriés de compensation (dotation en personnel, planification des ressources à long terme). La charge de travail peut être évaluée localement au moyen de diverses méthodes de calcul ou par une démarche de benchmarking. L'estimation locale de la charge de travail au niveau d'une institution clinique, par exemple, utilise principalement les données administratives (nombre d'admissions, de visites à domicile, etc.) ou celles du système de facturation des actes médicaux (CIHI 2001), pour produire le statut temps plein (ETP/FTE) des médecins. Elle peut être collective pour l'ensemble de l'institution ou individuelle pour chaque médecin (Murray et coll. 2007). L'estimation par benchmarking compare le résultat local à un étalon (benchmark) généralement défini par les firmes à partir de l'analyse comparée de plusieurs sources (Walker et coll. 2003).

Quant à la projection des ressources humaines sur le long terme, ce sont les approches de modélisation et l'approche Expert qui sont le plus souvent utilisées. Pour les approches de modélisation (encore appelées modèles stocks-flux/stock and flow models), Roberfroid et coll. (2009) ont identifié quatre principaux modèles dont celui de l'offre, celui de la demande, celui des besoins et le benchmarking.

Le modèle de l'offre, encore appelé modèle des tendances/trend model (tendances évolutives du bassin de professionnels : nombre, profils, etc.), part d'un niveau futur d'offre de service arbitrairement défini pour estimer le besoin correspondant en personnel sous forme de ratio médecin-population. Elle s'appuie donc sur le principe du per capita et prend pour acquis que le niveau actuel de distribution des prestataires est adéquat.

Le modèle de la demande part des données d'utilisation des services (ce qui correspond à la demande en services de la population) pour estimer le nombre de médecins requis pour les types de services demandés. Il repose sur le principe que la demande actuelle et sa réponse sont adéquates.

Le modèle des besoins (encore appelé modèle épidémiologique) combine données épidémiologiques (état de santé de la population, prévalence des maladies), démographiques et standards de soins pour estimer le nombre de professionnels ou la quantité de services nécessaires pour assurer l'optimum standard de services. Ce modèle repose sur les principes que tous les besoins en santé devraient trouver une réponse et que les ressources sont utilisées conséquemment selon le niveau des besoins.

Enfin, le benchmarking par un processus comparatif définit un pays, une région ou une institution (l'étalon) comme indicateur pratique de référence en matière d'affectation des ressources humaines. Les projections faites pour un pays, une région ou une institution donnée sont alors comparées à cet étalon/benchmark (Goodman et coll. 1996). Il faut noter que ces modèles de projections sont parfois utilisés en combinaison. Au Canada, les modèles de l'offre, de la demande et des besoins ont été utilisés, notamment en Ontario, en Nouvelle-Écosse et au Québec (Persaud et coll. 1999; Byrick et coll. 2002; Basu et Gupta 2005; Birch et coll. 2007).

Ce qu'il faut noter par rapport à ces modèles d'estimation de la charge de travail et des besoins futurs en ressources humaines, ce sont les défis inhérents à leur utilisation. En ce qui concerne les méthodes d'estimation de la charge de travail, Muldoon (2012 : 28) explique la complexité d'utiliser la taille de la clientèle comme système de comptabilisation du travail des médecins. Cela en raison de facteurs d'influence tels le contexte de pratique (pratique seul ou en interprofessionnel, à plein temps ou à temps partiel, en milieu rural ou urbain, etc.) ou les caractéristiques des patients qui ne sont pas pris en compte par les formules de calcul utilisées : « *Practice context is also important. Family doctors practicing in remote areas or mainly seeing high-needs patients might have more difficulty coping with a large panel than those in well-resourced urban centres or with healthier, less resource-dependent patients* ».

La même insuffisance demeure avec les approches de modélisation pour la planification des ressources humaines à long terme. Ces modèles statiques doivent modéliser des phénomènes dynamiques et ne prennent en compte qu'un nombre limité de variables. Par ailleurs, les projections faites s'appuient sur les données d'une situation présente sans qu'au préalable une évaluation initiale ne définisse le déficit qui existe entre la demande et les besoins actuels en personnel : « *Assessing the adequacy of the*

workforce and determining the existence of imbalances at baseline is central to workforce planning [...]. Some indicators can be helpful in performing a gap analysis, such as employment indicators (e.g. vacancy rates, growth of the workforce, occupational unemployment rate and turnover rate), activity indicators (e.g. overtime), monetary indicators (e.g. wages), and normative population-based indicators (e.g. doctor/population ratios) » (Roberfroid et coll. 2009 : 9). Un autre défi est d'obtenir les données nécessaires de qualité. Les données administratives par exemple, plus accessibles, ne portent généralement pas sur les éléments de contexte et autres facteurs d'influence.

2.4 Cadre d'analyse des facteurs qui influencent la charge de travail

Selon Lancry-Hoestlandt et coll. (2004 : 47, citant Daniellou 1996), « la nécessité de comprendre, mais aussi d'aménager le travail, impose d'identifier, analyser et décomposer l'activité en ses déterminants ». Cependant, la littérature montre que les facteurs déterminants de la pratique médicale qui peuvent résulter en une variation de la charge de travail ne sont généralement pas pris en compte dans l'estimation de celle-ci. Cela, sans doute, pour les raisons précédemment évoquées : limite des modèles, manque de données, complexité de la pratique médicale difficile à quantifier, etc. Dans ces conditions, une approche qui utilise à la fois des données de diverses natures (études quantitatives, qualitatives et mixtes, littérature grise et données locales agrégées sous forme de rapports, avis d'experts et descriptions de cas) permet le mieux de faire une analyse pertinente de situation (Mays et coll. 2005; Price 2009; CCNMO 2011).

Dans cette optique, l'analyse faite ici utilise une approche mixte pour le développement d'une argumentation objective et valide sur la charge de travail des médecins en Eeyou Istchee. Les principales sources de données sont les rapports élaborés au niveau local, combiné à une recherche de la littérature à partir de mots clés (physician or general practitioner or doctor + workload + rural or aboriginal) dans le site de recherche Google Scholar. Cela a été complété par une recherche manuelle des références pertinentes des articles consultés. L'analyse incorpore également des informations issues d'entretiens non formels (Bruneteaux et Lanzarini 1998), ainsi que les correspondances administratives obtenues auprès des professionnels et des responsables de l'organisation des services cliniques pour la région.

À partir de ces différentes sources, les facteurs pouvant influencer les pratiques médicales en contexte rural ont été passés en revue. Les plus importants, selon la littérature, ont été classés en deux grandes catégories : 1) celles que nous avons nommées facteurs immédiats d'influence et, 2) les facteurs globaux d'influence. Les trois facteurs suivants ont été identifiés comme ayant une influence immédiate ou directe sur la charge de travail (en termes de volume des consultations et de durée de la prise en charge : consultations et suivi) :

1. les caractéristiques du patient : âge, sexe, type de pathologie et sévérité, comorbidité et problème psychosocial (Carr-Hill et coll. 1998; Deveugele et coll. 2002; Howie et coll. 1991; Andersson et coll. 1993; Tahepold et coll. 2003; Zantinge et coll. 2005; Groenewegen et coll. 1995; Thommasen et coll. 2006; Larkins et coll. 2006)
2. les caractéristiques du prestataire : expérience et expertise, sexe, intérêt de pratique pour la prévention et la qualité (Carr-Hill et coll. 1998; Deveugele et coll. 2002; Andersson et coll. 1993; Slade et Busing 2002; Groenewegen et coll. 1995)

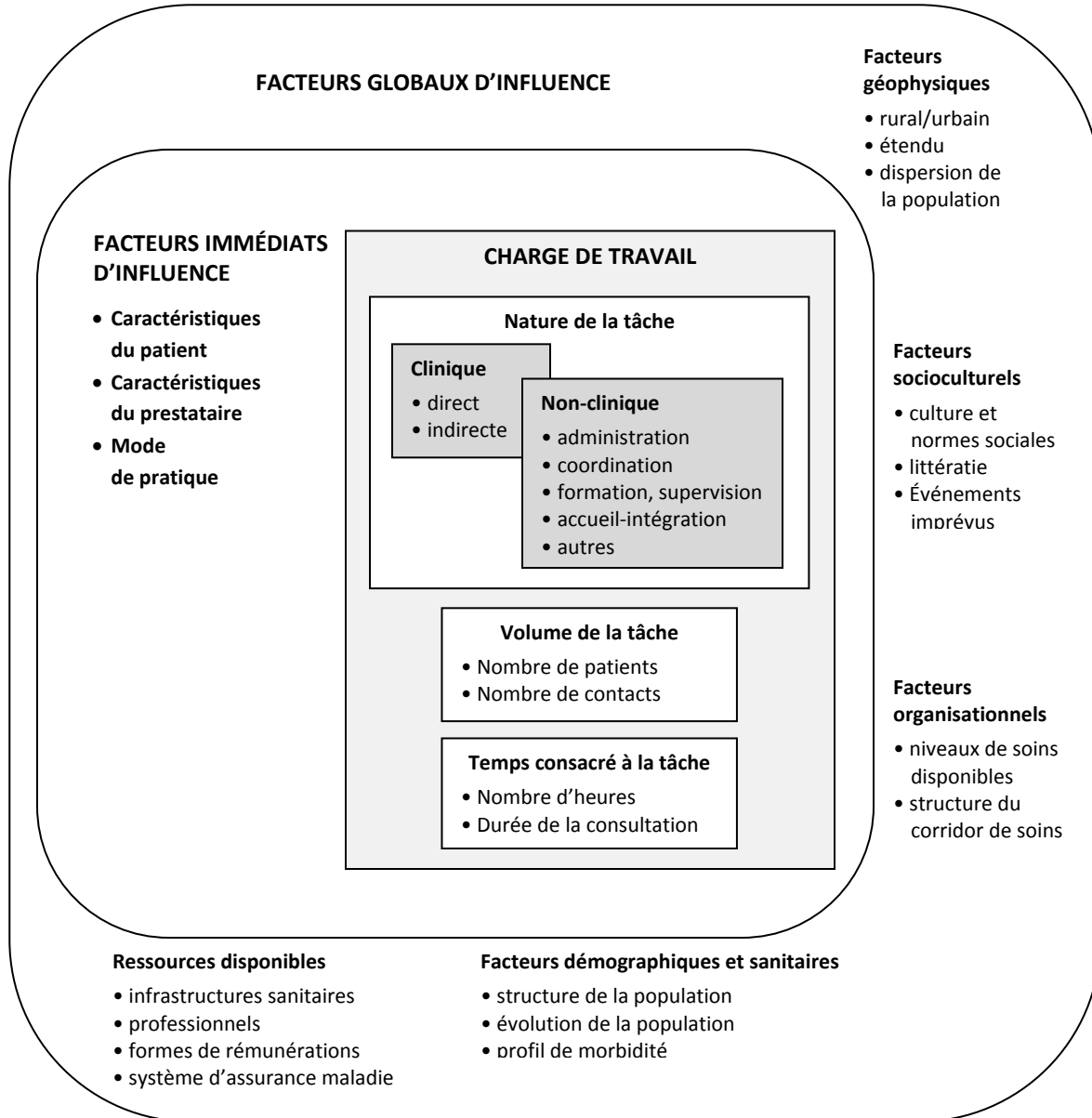
3. le mode de pratique : en solo ou de groupe, plein temps ou temps partiel, permanent ou occasionnel/dépanneur (Steinhaeuser et coll. 2011; Carr-Hill et coll. 1998; Slade et Busing 2002)

Les facteurs globaux d'influence ont été regroupés en cinq sous catégories, les :

1. Facteurs démographiques et sanitaires : structure et évolution de la population, profil de morbidité (Muldoon et coll. 2012; Pong et coll. 2011; Larkins et coll. 2006)
2. Ressources disponibles : nombre de professionnels, catégories, statut temps plein et temps partiel, roulement (Reeves 2002; Misra-Hebert et coll. 2004; Hayesa et coll. 2005; Kash et coll. 2006; Green et Van Iersel 2007); forme de rémunération (Contandriopoulos et coll. 2001; Dumont et coll. 2008; Wranik et Durier-Copp 2009; Léger 2011); système d'assurance maladie (Hooker 2013)
3. Facteurs organisationnels : niveaux de soins, structure des corridors de soins (Muldoon et coll. 2012)
4. Facteurs socioculturels : culture et normes sociales, littératie et niveau de connaissance en santé (Bernèche et Traoré 2003), événements imprévus
5. Facteurs géographiques : milieu rural vs urbain, étendu du territoire de responsabilité, niveau de dispersion de la population (Slade et Busing 2002; Humphreys et coll. 2003; Lemchuk-Favel et Jock 2004; AMWAC 2005; Steinhaeuser et coll. 2011).

Pour une vue synthétique, l'ensemble des facteurs a été regroupé dans le schéma ci-dessous. En cohérence avec la conception précédemment retenue pour la charge de travail des médecins (Groenewegen et Hutten 1995), celle-ci est définie dans le cadre d'analyse par trois dimensions essentielles, soient la *nature* (clinique ou non) de la tâche, le *volume* (taille de la clientèle) de la tâche et le *temps* (*nombre d'heures travaillées, durée de la consultation*) consacré à la tâche. Ces dimensions constituent les principaux codes de rétroaction sur la performance du praticien, et c'est à partir d'elles que l'on tente d'évaluer les diverses contraintes engendrées par le travail du médecin.

Figure 2 : Facteurs d'influence de la charge de travail des médecins



3. Résultats de l'analyse de la charge de travail des médecins en Eeyou Istchee

L'analyse prend appui sur les facteurs précédemment identifiés dans le cadre d'analyse en les regroupant sous six rubriques significatives. La première, intitulée « impacts différentiels des facteurs démographiques et sanitaires », intègre les groupes de facteurs 1 et 4, la deuxième les groupes de facteurs 1, 5, 6 et 8, la troisième les groupes de facteurs 6 et 7, la quatrième et la cinquième rubrique prennent en compte les groupes de facteurs 2, 3 et 5 et enfin, la sixième rubrique porte sur le groupe de facteur 7 qui décrit le contexte socioculturel de la pratique médicale.

À la fin de cette section, une synthèse des données de la région 18, correspondant aux différents facteurs d'influence de la charge de travail des médecins, est présentée sous forme de tableau (tableau 5).

3.1 Les impacts différentiels des facteurs démographiques et sanitaires

Les données démographiques montrent que la région d'Eeyou Istchee se caractérise par une population jeune, où les adolescentes contribuent de façon importante au niveau de fécondité. Sur le plan de la morbidité, les maladies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires, maladies pulmonaires chroniques et santé mentale) et les traumatismes constituent, avec leurs déterminants, des problèmes majeurs de santé publique. Cette situation donne priorité aux activités de santé maternelle et infantile, ainsi qu'à la prise en charge des maladies chroniques.

Selon le cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques au Québec, les pratiques cliniques préventives constituent un important levier et sont partie intégrante de la prise en charge de ces affectations (Dubé et coll. 2012). Aussi, dans la région 18, on doit s'attendre à ce que le suivi médical, le counselling et le dépistage soient des interventions qui occupent plus de place, de temps et de ressources comparativement à d'autres régions du Québec.

Dans ce sens, la littérature sur les pratiques cliniques montre que les maladies chroniques impliquent une charge de travail plus élevée. Cela en raison de la complexité des cas (maladie évolutive et comorbidité) et parce qu'elles exigent, pour leur prise en charge, notamment l'évaluation complète des conditions de santé et le suivi à plus long terme du patient. Dans une étude sur la performance des services médicaux autochtones en Queensland, Panaretto et coll. (2013 : 8) rapportent que « *the data also demonstrate the depth of workforce needed by all services to assist in major lifestyle change. The high prevalence of smoking, obesity, diabetes and hypertension are consistent across all services; the prevalence for tobacco and at-risk alcohol use, resulting in much higher than the workloads faced by mainstream general practice in Australia* ». Dans une étude réalisée dans l'Ohio, Potts et coll. (2011 : 53) soulignent l'importance de prendre en compte la complexité médicale des patients pour ajuster la taille de la clientèle. Par une approche de modélisation, les auteurs ont établi un score de gravité pour six maladies chroniques, soient l'asthme, la maladie rénale chronique, la maladie coronarienne, le diabète, l'insuffisance cardiaque et l'hypertension. Ces résultats ont ensuite été utilisés pour l'ajustement de la taille de la clientèle de chaque médecin en fonction du score cumulé pour l'ensemble de ses patients.

Dans une étude sur le temps de consultation, Carr-Hill et coll. (1998) ont trouvé que les temps de consultation les plus longs étaient avec les femmes, les personnes âgées et les comorbidités. Dans une

recherche multicentrique sur la durée de la consultation dans six pays européens, Deveugele et coll. (2002) on trouvé que les variables « pays », « caractéristiques du patient » et « caractéristiques du médecin » expliquaient 25 % de la variation totale du temps de consultation. Les caractéristiques du patient (âge, sexe, éducation, et importance des problèmes psychosociaux) à eux seuls expliquaient 55 % de la variance. Dans une étude réalisée en Grande-Bretagne, Howie et coll. (1991) ont trouvé que les temps de consultation les plus longs en médecine générale étaient associés aux problèmes psychosociaux, aux maladies chroniques et aux activités de promotion. Plusieurs études ont également montré que les patients présentant des problèmes psychologiques avaient un temps de consultation plus long (Andersson et coll. 1993; Tahepold et coll. 2003; Zantinge et coll. 2005).

L'impact des facteurs démographiques et sanitaires apparaît aussi dans l'utilisation accrue des services de santé. En l'absence de données sur les consultations externes, l'utilisation des services peut être appréciée approximativement par les hospitalisations. À titre d'illustration, dans le cas du diabète pour lequel la région dispose de données récentes, il apparaît que l'utilisation des services est plus importante pour les cas de diabète anciens et ceux qui présentent des complications. Entre 2008 et 2009, la prévalence du diabète était de 21 %, mais ceux-ci comptaient pour 53 % des hospitalisations. Pour cette même période, le taux d'hospitalisation des patients atteints de diabète était deux fois plus élevé dans la région 18 que pour le reste du Québec (Plante et coll. 2012).

En conclusion, selon les données sociosanitaires de la région 18 (tableau 3), plusieurs de ces affectations chroniques et les facteurs de risque associés existent à des proportions beaucoup plus élevées que les moyennes de la province au Québec.

3.2 La médecine de famille en région éloignée : un rôle élargi

Tel que mentionné dans une des correspondances administratives (Marcoux 2012), l'infrastructure technologique de la pratique en milieu rural exige des cliniciens expérimentés tandis que l'absence des autres niveaux de soins oblige les omnipraticiens à assumer certaines charges de la médecine spécialisée (Smith et Hays 2004; Bell et coll. 2010; Cameron et coll. 2012).

Dans un travail de planification qui visait à assurer une dotation optimale et une distribution appropriée des médecins généralistes à travers l'Australie, le Medical Workforce Advisory Committee (AMWAC 2005 : XXXii) explique le rôle élargi et l'expertise pluridisciplinaire qu'exige la pratique médicale en milieu rural : « *The role of rural or remote GPs is often broader than that of their urban counterparts. This may be because of geographic and professional isolation and a lack of nearby supporting or complementary services such as medical specialists. GPs also practice a range of special skills including procedural work (anaesthetics, obstetrics and surgery), emergency care and Aboriginal health care* ». Cette argumentation du Medical Workforce Advisory Committee est soutenue entre autres par une étude réalisée par Humphreys et coll. (2003 : 416 et 418) sur les liens entre la localisation géographique et la complexité des activités entreprises par les médecins. Les auteurs ont trouvé que la proportion de médecins généralistes offrant des services complexes s'accroît avec le niveau de ruralité ou d'éloignement de leur milieu de pratique : « *the proportion of GPs providing complex services increases with increasing rurality or remoteness. Isolated rural and remote GPs manage myocardial infarctions to a higher level than GPs in larger rural and regional centres, are more likely to administer cytotoxic drugs,*

perform forensic examinations, stabilise injured patients pending retrieval, and coordinate discharge planning more often [...] GPs in the most rural and remote communities are the most likely to provide all three levels of care ». L'étude suggère ainsi que la ruralité affecte le contenu, le coût, la structure et les aspects organisationnels de la pratique médicale et par là, la charge de travail des médecins. Allant dans le même sens, Slade et Busing (2002 : 1407) dans leur étude sur la charge de travail des médecins de famille au Canada ont trouvé que « *FP/GPs who served inner-city populations reported 48.6 (95 % CI 46.8-50.5) total weekly work hours, whereas those serving rural populations reported 57.0 (95 % CI 54.7-59.2) hours [...] FP/GPs practicing in less populated provinces and in rural areas reported the highest numbers of work hours, medical services offered and clinical procedures performed* ». Il s'avère donc que le contexte de pratique est un facteur important. Aussi, les praticiens du milieu rural, qui reçoivent en général des patients avec de plus grands besoins en santé, peuvent avoir de la difficulté à gérer une large clientèle, notamment si on les compare à leurs homologues exerçant dans des structures urbaines mieux équipées, avec des patients généralement moins démunis. Cette influence du contexte de pratique est supportée par plusieurs autres travaux (Strasser 1995; Britt et coll. 2001; Smith et Hays 2004; Bell et coll. 2010; Dunbar et Peach 2012).

3.3 Contrainte de ressources et corridor de soins : la région 18 réduite dans ses capacités à un « cSSS » ?

En termes opérationnels, la région sociosanitaire 18 ressemble à un cSSS - un petit « c » qui doit assurer selon les mêmes principes des services sociaux et de santé comme partout au Québec – avec moins de ressources à la fois matérielles et humaines. De manière comparative, pour reprendre la caricature faite par un professionnel de la région, « un cSSS c'est plusieurs infirmières autour de plusieurs médecins alors que la région 18, c'est un médecin avec, relativement, 'plusieurs' infirmières autour » (données d'entretien non formel).

Comme le souligne si bien le dernier rapport du Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) sur la performance du système de santé, « la disponibilité des ressources (capacité financière, humaine et matérielle) a un impact sur plusieurs dimensions de la performance, dont l'accessibilité, la qualité technique, la continuité, la coordination ainsi que l'efficacité » (Dugas et coll. 2013 : 8).

Dans une étude sur l'évaluation économique des services aux populations indigènes en Australie, Ong et coll (2012 : 2) ont justifié la mise en place d'un outil spécifique qui prend en compte les coûts additionnels encourus du fait de la nature même de ces services qui diffèrent des services standards en médecine générale : « *Separate evaluations were necessary to account for differences in demographics, the target disease burden, the prevalence and distribution of harmful exposures, the way health interventions are delivered, and their effectiveness.* »

L'amplification des conséquences de la contrainte en ressources est due au fait que les processus de liaison et de coordination en tant que principe énoncé par le Ministère de la santé et des services sociaux (Dubé et coll. 2012) pour la gestion des maladies chroniques sont plus complexes dans le contexte des régions éloignées. Pour la référence des patients en 2^e et 3^e lignes par exemple, la connexion des équipes professionnelles peut nécessiter tout un processus de négociation comme dans le cas de l'hôpital de Val-d'Or ces dernières années. Un autre exemple de complexification (représenté

par les multiples points d'arrêt) est que pour la région 18, dans le corridor de soins du patient référé, il y a le Service aux patients cris (SPC/CPS) avant d'atteindre l'institution clinique de référence. De plus, le lien se fait entre deux structures dont les tissus organisationnels sont quelque peu différents (en région métropolitaine, c'est passer d'un cabinet médical ou d'un CSSS à un hôpital vs. en territoire Cri, c'est passer d'un CMC à un hôpital urbain).

Sans avoir une quantification de l'impact de ces facteurs de complexification, il est évident que cela accroît les délais de cheminement du patient et exige un nombre plus important de contacts, de paperasse (outils cliniques et administratifs) et d'interactions pour les prestataires (Ammenwerth et Spötl 2009). Dans leur étude sur la comparaison des charges de travail des médecins de première ligne en milieu urbain et rural en Allemagne, Steinhäuser et coll. (2011) concluent bien que « *Rather, it must be concluded that hindering factors associated with working in rural areas are much more complex and need to be evaluated in depth within future research.* »

3.4 Le turnover/roulement des professionnels et ses implications

3.4.1 Un processus perpétuel d'intégration des nouveaux venus

En matière d'affectation des ressources humaines, les niveaux de dotation doivent être appréciés non pas seulement en fonction du nombre, mais aussi de la stabilité et du statut des personnels (plein temps, temps partiel, occasionnel ou dépanneur). En effet, la littérature tend à montrer que ces différents facteurs ont un impact sur l'organisation des services et la charge de travail des professionnels demeurant sur place (Misra-Hebert et coll. 2004; Hayes et coll. 2005; Kash et coll. 2006).

Pour la région sanitaire 18, un des facteurs à considérer est l'important roulement du personnel. À titre illustratif, l'un des CMC a vu en moyenne 3 à 4 départs de médecins par année au cours des cinq dernières années (information factuelle). De façon grossière et selon la formule : rapport du nombre de départs à l'effectif total, le taux de rotation de ce CMC qui comptait six médecins en 2011-2012 serait d'au moins 50 % (CBHSSBJ 2012). Les raisons sous-jacentes au départ des médecins de la région sont entre autres le fait qu'il ne soit pas possible pour eux d'investir (immobilier et autres) dans leur milieu de travail (la catégorisation des terres par la convention de la Baie-James), de trouver facilement du travail pour leur conjoint(e), de scolariser leurs enfants et d'être en permanence disponible pour changer ou assurer un poste de garde. Ainsi, travailler en région 18, c'est accepter de naviguer entre l'urgence, le sans rendez-vous, le suivi de bureau, l'hospitalisation (Chisasibi seulement), l'hémodialyse (Mistissini et Chisasibi), les soins à domicile, sans compter la supervision, la formation, la prévention, etc. (Laforest 2013). Ces raisons sous-jacentes au roulement du personnel, qui sont aussi celles de la difficulté à recruter et à retenir les personnels de santé, sont largement corroborées par la littérature (Grobler et coll. 2009). La région sociosanitaire 18, qui partage avec les autres régions éloignées les difficultés de recrutement et de rétention des professionnels de la santé, est encore plus affectée par le phénomène. (Ricketts 2005; Green et Van Iersel 2007; Viscomi et coll. 2013). Cela en raison de la faiblesse des services administratifs de soutien aux services cliniques (plusieurs postes vacants, insuffisance des ressources compétentes disponibles dans la région, périodes d'absence, etc.).

Selon Reeves (2002 : 48), le roulement du personnel est un facteur qui devrait être pris en compte dans l'estimation des ressources humaines à allouer : « *If the practice's employee-turnover rate is high, that usually means the practice is functioning in "training" mode a large portion of the time. New employees generally require more time to perform routine tasks and responsibilities than do veteran workers. Those staff members who have been with the practice for two or more years are likely to perform their jobs more efficiently, to look ahead at what needs to be done, to make decisions [...]. If your staffing ratio is high compared to the identified benchmarks, figure the percentage of staff members who have been with your organization for less than one year. If this number is over 30 percent, it may explain why your staffing levels are high.* » Dans une étude menée en Ontario dans le Weeneebayko Health Ahtuskaywin, une régie régionale de santé autochtone, les auteurs ont trouvé qu'en dépit de l'absence d'incitatifs financiers, les médecins essayaient de répondre aux besoins de la population en période de pénurie d'effectifs, ce qui entraînait un accroissement substantiel de leur charge de travail. Ils concluent que dans de telles régions éloignées et sujettes à des périodes de pénurie aigüe, des mesures devraient être prises afin d'éviter l'épuisement professionnel des médecins (Green et Van Iersel 2007).

L'autre aspect important à souligner, c'est la relation systémique entre pénurie, charge de travail et roulement de personnel. En effet, la pénurie entraîne une charge élevée de travail pour les professionnels en place, ce qui a son tour contribue à baisser leur satisfaction au travail et démotivent aussi bien les potentiels postulants que les professionnels présents, alimentant ainsi le roulement. Enfin, le roulement entretient la pénurie (Misra-Hebert et coll. 2004; Van Ham et coll. 2006; Hayes et coll. 2005; Cameron et coll. 2012).

3.4.2 Le temps d'ajustement des médecins : « permanents », comme dépanneurs

Dans le cadre de ce travail, l'ajustement désigne le temps d'adaptation ou d'accommodement du médecin à son contexte de pratique. Il est en lien direct avec le roulement, car c'est de ce dernier que résultent les différents changements (cadre physique et caractéristiques des patients) auxquels le praticien doit s'accommoder.

En Eeyou Istchee, l'ajustement vaut aussi bien pour le médecin dépanneur que « permanent ». De l'avis d'un médecin de la région, en place depuis quelques années, ce temps d'ajustement, s'il est variable, prendrait en moyenne un an. Or, c'est souvent au bout de cette année, sinon les suivantes, que le professionnel quitte la région. Le médecin permanent dans sa première année d'exercice, tel que souligné dans la section précédente, a besoin de l'appui des collègues plus anciens pour cet ajustement. Il prend alors sur son propre temps et sur ceux de ses collègues.

Comme l'explique Reeves (2002 : 47-48), dans son article sur l'estimation des ressources humaines en santé, lorsqu'un médecin partage son temps entre plusieurs lieux de pratique, comme c'est le cas des médecins dépanneurs et ceux à temps partiel, alors le besoin en ressources peut être plus important : « *if a practice's satellite location is used only part of the time, with physicians and office staff floating between the two facilities, the practice's total staffing needs for the two locations may be slightly greater.* » Cela s'explique logiquement par le fait que passer d'un type de clientèle à un autre introduit un facteur de variation dans la nature des services à offrir et demande donc un temps d'ajustement. Ce besoin peut être moindre pour le contexte de pratique habituel (c'est-à-dire la structure où le médecin

exercice la plus grande partie de son temps), cela parce que le temps d'ajustement est presque inexistant. C'est ce qui explique qu'en Eeyou Istchee, l'accent soit mis sur les médecins dépanneurs réguliers, qui selon leur longue expérience de pratique ponctuelle dans la région sont plus à même de répondre de façon efficiente aux besoins des patients.

3.5 Les formes de rémunération et leurs effets sur la charge de travail

Un pan de la littérature tend à montrer que les modes de rémunération des médecins affectent leurs comportements en matière de prestations (nombre de patients, temps de travail, qualité des services), ce qui se reflète dans leur charge de travail. Par exemple, le mode de paiement à l'acte favoriserait certains actes médicaux, le recrutement de plus de patients, l'éviction des patients lourds et de tous les actes qui prendraient plus de temps comme le counselling et la prévention, etc. (Contandriopoulos et coll. 2001; Boulenger et Castongay 2012; Wranik et Durier-Copp 2009). La rémunération par forfait (capitation, forfait horaire, *per diem*, vacation), amènerait à voir moins de patients et à allonger les temps de consultation. La rémunération mixte qui combine le forfait (*per diem*) et le supplément à l'acte tenterait de limiter les effets négatifs du paiement à l'acte et de favoriser la qualité du contact avec le patient (Dumont et coll. 2006).

Cependant, il faut noter que les résultats de la recherche restent partagés quant aux effets de la rémunération à l'acte. Selon certains, l'augmentation de la rémunération qui l'accompagne tend, pour les médecins, à faire diminuer leur charge de travail. Cela du fait qu'ils auraient rapidement atteint en peu d'heures le seuil désiré de salaire et donc accordent plus de temps à leurs activités personnelles, notamment des vacances plus longues et une meilleure conciliation famille travail (Scott 2001).

Le sondage du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC 2007, 2009) a montré qu'une bonne proportion des médecins, notamment les jeunes, compte diminuer leur charge de travail pour plus de temps et une vie personnelle. Mais ce qu'il faut noter dans le cas des médecins en zone reculée, c'est que le contexte de travail ne se prête pas à aménager du temps pour soit. Il s'agit de petites communautés où les besoins sont énormes, le médecin de la zone connu de tous, ce qui fait l'objet de nombreuses attentes pour son rôle, de sorte que même aller en formation peut être vue par la population comme des « vacances » (Cameron et coll. 2012). Par ailleurs dans le cas des médecins de la région 18, jusqu'en décembre 2013, il n'y avait pas plusieurs formes de rémunération – la seule qui prévalait était le *per diem* (MSSS-FMOQ 2013; FMOQ-MSSS 2013) – de sorte que l'incitatif fondé sur le comparatif des formes de rémunération était pratiquement absent. Dans ce sens, un avis avait été émis par l'équipe régionale des médecins sur un système de rémunération avec une prime d'ajustement pour la clinique, expliquant l'impact potentiel de celui-ci : introduction des effets pervers de la rémunération à l'acte, complexification de l'organisation des prestations déjà en difficulté du fait de la pénurie, iniquité entre les différents postes de prestation (les médecins qui consacraient plus de temps aux urgences et à l'hospitalisation ne recevraient pas cette bonification, comparativement à ceux qui feraient plus de clinique) (Robin-Boudreau et coll. 2013).

3.6 Le contexte socioculturel de la pratique

Avant la colonisation, les Premières Nations avaient « leurs propres systèmes économiques, politiques, sociales et de santé, développés au sein de leurs communautés selon leurs traditions et selon leurs besoins environnementaux » (Hart-Wasekeesikaw et coll. 2009 : 5, citant Dickason, O. P. 1994). Le contact avec les Européens a été le point de départ de grands changements dans leurs modes de vie et conséquemment du profil de morbidité. Tel que souligné dans une section précédente, le profile sanitaire de la région 18 se caractérise par la prévalence élevée des maladies chroniques.

Selon le MSSS (Dubé et coll. 2012), un des grands principes de la prise en charge des maladies chroniques est l'habilitation du patient pour une autogestion de sa condition médicale. Selon Rootman et Gordon-El-Bihbety (2008), l'habilitation est un processus éducationnel dont le succès passe par le niveau de littératie. Dans l'enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes, les résultats québécois ont montré que « les compétences en littératie sont liées de façon positive à l'état de santé physique des individus » (Bernèche et Traoré 2003 : 2). La littératie en santé est définie comme « la capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie » (Mannarts 2011 : 4). Or, cette littératie est « intimement liée à la culture à laquelle appartient la personne dont les habiletés sont mesurées » (Désilets et coll. 2008 : 13).

Dans le contexte de la région 18, ce facteur devient important à considérer (Bernèche et Traoré 2003; CCA 2008a). En effet, l'effort d'accompagnement des professionnels est à la hauteur de la capacité du patient à s'approprier un paquet d'informations dans un langage pour lequel il peut être inconfortable et dans une approche autre que la sienne (Désilets et coll. 2008; CCA 2008b). Pour des services offerts en principe dans les deux langues que sont l'anglais et le français, les statistiques montrent que le niveau de scolarisation, et par conséquent celui de la littératie en santé dans les communautés de la région 18, est très faible comparativement au reste du Québec : en 2006, la proportion des plus de 15 ans sans diplôme d'études secondaires était plus du double de la proportion pour l'ensemble du Québec. Ce qui se traduit dans la pratique médicale par un temps de communication plus long, voir le recours à un traducteur, allongeant ainsi le temps de la consultation.

Le contexte social de pauvreté – dans son sens le plus large, tel que désigné dans la conception crie par le terme de « kitimakisowin » – est également un facteur à prendre en compte, vu le taux d'emploi qui était de 57 % en 2006 (Hart-Wasekeesikaw et coll. 2009 : 7). La pauvreté en tant que déterminant majeur de la santé influence aussi le processus des soins depuis la demande. Selon Hooker (2013 : 347), chez les personnes matériellement pauvres, « la demande de services va souvent au-delà de ce que l'on observe habituellement comme répartition des soins de santé en général [...]. Ces problèmes peuvent exiger plus de temps et de ressources de la part d'une pratique clinique déjà surchargée ». Ceci étant un commentaire à l'étude de Muldoon et coll. (2013 : 384) qui concluait que « poor patients generate a higher workload for PCPs [primary care providers] in CHCs [community health centres]; however, this is principally because they are sicker than higher-income patients.»

Enfin, la survenue d'événements imprévus tels les pannes d'électricité prolongées, les bris de communication de l'Internet, les feux de brousse et la détérioration des infrastructures sanitaires

(déménagement des cliniques de Nemaska, Waswanipi, Eastmain et Mistissini au cours de la dernière année) mobilisent les professionnels de la santé dans les équipes interdisciplinaires de gestion de crises et les processus de négociations avec les responsables locaux pour les réfections.

3.7 Synthèse des résultats de l'analyse de la charge de travail des médecins en Eeyou Istchee

Le tableau ci-dessous résume les données correspondantes aux facteurs d'influence de la charge de travail des médecins dans la région sociosanitaire 18.

Tableau 5 : Facteurs influençant la charge de travail et données correspondantes pour la région 18

Catégorie	Facteurs identifiés dans la littérature	Données quantitatives ou qualitatives correspondantes de la région 18
Facteurs immédiats d'influence		
1. Caractéristiques du patient	âge, sexe, type de pathologie et sévérité, comorbidité et problème psychosocial	Taux des maladies chroniques : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Évolution du diabète : de 2,4 % en 1983 à 22,0 % en 2011 ▪ Santé mentale (données pour 1 seule communauté): <ul style="list-style-type: none"> - Trouble mental : 36,5 % - Abus d'alcool, marijuana ou cocaïne : 42,4 % - Tentatives de suicide parmi les principaux motifs d'hospitalisation chez les jeunes filles
2. Caractéristiques du prestataire	expérience et expertise, sexe, intérêt de pratique pour la prévention et la qualité	- L'expérience avec les cas complexes et le contexte culturel de pratique est souvent récente pour les médecins permanents et dépanneurs
3. Mode de pratique	en solo ou de groupe, plein temps ou temps partiel, permanent ou occasionnel/dépanneur	- Le travail plein temps des médecins au Nord est de 36 semaines - La moitié des médecins qui interviennent dans la région sont à temps partiel
Facteurs globaux d'influence		
4. Facteurs démographiques et sanitaires	Structure et évolution de la population, profil de morbidité	- Taux d'accroissement de la population : 1.5 % soit une fois et demie celui de l'ensemble du Québec - Fécondité chez les adolescentes : le taux de naissance chez les mères adolescentes ayant moins de 11 années de scolarité est 4 à 5 fois plus élevé dans la région que pour l'ensemble du Québec - Conditions de logement : environ 30 % des enfants de moins de six ans vivent dans des ménages à trois générations, contre 5 % pour l'ensemble du Canada - Différences statistiquement significatives avec les moyennes de la province pour plusieurs affectations chroniques et les facteurs de risque qui leurs sont associés : voir tableau 3, p. 6 - Taux d'incidence des ISST : pour l'infection à la chlamydia, presque 9 fois le chiffre du reste du Québec
5. Ressources disponibles	Nombre de professionnels, catégories, statut temps plein et temps partiel, roulement; forme de rémunération; système d'assurance maladie	- Temps de pratique des médecins dans la région généralement court - Taux élevé de roulement des personnels - Un temps nécessaire pour l'ajustement des médecins dépanneurs comme « permanents »

Catégorie	Facteurs identifiés dans la littérature	- Données quantitatives ou qualitatives correspondantes de la région 18
6. Facteurs organisationnels	Niveaux de soins, structure des corridors de soins	- Référence pour des soins de 2 ^e et 3 ^e niveaux hors de la région 18 : pour le patient cri, être référé au Sud, c'est entrer dans un système de corridor plus complexe, avec comme conséquence le stress et les problèmes de communication que cela engendre aussi bien pour le patient que les professionnels
7. Facteurs socioculturels	Culture et normes sociales, littératie et niveau de connaissance en santé; événements imprévus	- Taux de scolarisation : en 2006, 56 % de la population de 15 ans et plus n'avait pas de diplômes d'études secondaires contre 25 % pour l'ensemble du Québec - Langue parlée : en 2011, 85.5 % des Eeyouch avaient comme langue la plus souvent parlée à la maison le cri. Seuls 10.6 % et 2.2 % utilisaient respectivement l'anglais et le français le plus souvent à la maison - Événements imprévus : bris de communication, feux de brousse, détérioration des infrastructures sanitaires (déménagement des cliniques de Nemaska, Waswanipi, Eastmain et Mistissini au cours de la dernière année)
8. Facteurs géographiques	Milieu rural + isolé + autochtone vs. urbain, étendue du territoire de responsabilité, niveau de dispersion de la population	- Éloignement, isolement et ruralité : de 100 à 1000 km séparent les communautés. De 90 à 1500 km séparent les communautés cri des centres de référence de Chibougamau, Val d'Or et Montréal.

3.8 Conclusion

En résumé de l'analyse : Le but de ce texte était de faire comprendre la charge réelle de travail des médecins œuvrant dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James. L'analyse de la littérature a permis de repérer les lacunes inhérentes aux méthodes utilisées pour l'estimation de la charge de travail et la planification des ressources humaines. Notamment, elles ne prennent pas en compte certains facteurs contextuels importants qui permettraient une estimation plus juste de la charge de travail dans différents contextes. Cette analyse, incluant les données sociosanitaires de la région 18, a également permis de revisiter les défis inhérents à l'organisation des services dans la région et de les mettre en cohérence avec la solution déjà proposée d'obtenir une augmentation des *per diem*.

L'analyse à partir du cadre proposé montre que les principaux facteurs qui influencent la charge de travail des médecins, sont outre les caractéristiques du patient, le profil sociosanitaire de la région avec une prédominance des maladies chroniques et de leurs déterminants, le manque de spécialistes, les grandes distances et la coordination complexe de l'accès aux soins de deuxième et troisième ligne, le faible niveau de littératie dans la région, le contexte de pauvreté, ainsi que la pénurie chronique et le roulement important du personnel de santé. L'impact de ces différents facteurs se voit au niveau de l'utilisation des services, notamment hospitaliers pour lesquelles la région dispose de statistiques.

La vacance de plusieurs postes et le manque de spécialistes obligent le peu de médecins sur place à assurer une part de soins de spécialité et une part plus importante qu'ailleurs du travail administratif et de coordination. Souvent pris par les urgences, les médecins ont de la difficulté à assurer le suivi minimal d'un contact/an pour la plupart des patients souffrant de maladies chroniques. Ce qui paraît

inacceptable et incohérent du point de vue de l'équité et du point de vue des objectifs de santé publique.

Le dépannage – un choix stratégique/raisonné par la pratique : Le dépannage est un choix stratégique tenant compte des besoins de couverture en services pour la population d'Eeyou Istchee. En effet, les médecins permanents temps complet ne résident pas continuellement sur le territoire, cela en raison du contexte de pratique qui est pour eux un milieu de travail, mais non un milieu de vie. Ce choix tient compte également des ressources humaines disponibles, des difficultés de recrutement et de rétention des personnels. Il permet à la région de pourvoir aux besoins des patients dans un contexte de pénurie chronique et de roulement important des personnels.

L'option d'orienter les efforts vers un personnel permanent se heurte à ce qu'on pourrait nommer la solution paradoxale du médecin permanent. En effet, pour les petites communautés éloignées, l'isolement professionnel et social implique d'avoir au moins deux médecins permanents pour une communauté. Cependant, la petite taille de ces communautés (masse critique pour le maintien des compétences) et l'insuffisance du plateau technique ne permettent pas de retenir deux médecins permanents. D'où la solution viable de trouver un appui par le système de dépannage.

À la suite des nombreuses correspondances avec le comité paritaire MSSS-FMOQ en 2012 et 2013, nous réitérons selon une estimation réaliste des besoins, la demande d'un total de 10 985 *per diem*, dont 8867 serait nécessaire pour commencer par la cible de 80 %. Le détail de ces estimations se trouve joint en annexe du présent texte.

Les suites de ce travail : Dans le but d'approfondir la réflexion amorcée, l'équipe sanitaire de la région 18 souhaite pouvoir compter sur l'appui du MSSS afin d'entreprendre un projet de recherche sur la charge de travail des personnels de santé en région éloignée. Le but final serait de développer un outil de mesure qui prenne en compte (par exemple des coefficients de pondération) les facteurs spécifiques qui influencent le travail médical dans ce contexte particulier. Un outil qui serait utile dans des contextes similaires de pratique pour la province, voir l'ensemble du pays.

Bibliographie

- Amalberti, R. (1989). La charge de travail : un point sur les théories, les méthodes et les applications. *Médecine aéronautique*, 28(112), 314-319.
- Ammenwerth, E., & Spotl, H. P. (2009). The time needed for clinical documentation versus direct patient care. A work-sampling analysis of physicians' activities. *Methods Inf Med*, 48(1), 84-91.
- AMWAC, Australian Medical Workforce Advisory Committee (2005). *The General Practice Workforce in Australia: Supply and Requirements to 2013* (pp. 658). Sydney, Australian: AMWAC.
- Andersson, S.-O., Ferry, S., & Mattsson, B. (1993). Factors associated with consultation length and characteristics of short and long consultations *Scand J Prim Health Care* 11(1), 61-67.
- Basu, K., & Gupta, A. (2005). A physician demand and supply forecast model for Nova Scotia. *Cah Sociol Demogr Med* 45(2-3), 255-285.
- Bell, E., Walker, J., Allen, R., MacCarrick, G., & Albert, E. (2010). Non Clinical Rural and Remote Competencies: Can They Be Defined? [13]. *Focus on Health Professional Education: A Multi-disciplinary Journal*, 11(2), 28-41.
- Bernèche, F., & Traoré, I. (2007). *Y a-t-il des liens entre la littératie et la santé ? Ce que montrent les résultats québécois de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes, 2003*. Québec : Institut de la statistique du Québec
- Birch, S., Kephart, G., Tomblin-Murphy, G., O'Brien-Pallas, L., Alder, R., & MacKenzie, A. (2007). Human resources planning and the production of health: a needs-based analytical framework *Canadian public policy vol XXXIII* (supplement/no special), S1-S16.
- Blouin, K., Allard, P.-R., Parent, R., Bitera, R., Noel, L., Goggin, P. et al. (2012). *Rapport intégré : épidémiologie des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec*. Québec : INSPQ.
- Boulenger, S., & Castongay, J. (2012). Portrait de la rémunération des médecins de 2000 à 2009. *Rapport série scientifique*. Québec : CIRANO.
- Brangier, E., Lancry, A., & Louche, C. (2004). Introduction générale : le domaine de la psychologie du travail et des organisations. In E. Brangier, A. Lancry & C. Louche (Eds.), *Les dimensions humaines du travail. Théories et pratiques en psychologie du travail et des organisations* (pp. 15-41). Nancy : Presses universitaires de Nancy.
- Britt, H., Miller, G., & Valenti, L. (2001) It's different in the bush. A comparison of general practice activity in metropolitan and rural areas of Australia 1998–2000. *General Practice Series No. 6*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.
- Bruneteaux, P., & Lanzarini, C. (1998). Les entretiens informels. *Sociétés Contemporaines*, 30, 157-180.
- Byrick, R., Craig, D., & Carli, F. (2002). A physician workforce planning model applied to Canadian anesthesiology: assessment of needs. *Can J Anaesth*, 49(7), 663-670.
- Byrne, A. (2011). Measurement of Mental Workload in Clinical Medicine: A Review. *Study Anesth Pain*, 1(2), 90-94. doi: 10.5812/kowsar.22287523.2045
- Cameron, P. J., Este, D. C., & Worthington, C. A. (2012). Professional, personal and community: 3 domains of physician retention in rural communities. *Can J Rural Med*, 17(2), 47-55.
- Carr-Hill, R., Jenkins-Clarke, S., Dixon, P., & Pringle, M. (1998). Do minutes count? Consultation lengths in general practice. *Journal of Health Services Research & Policy*, 3(4), 207-213.
- CBHSSBJ, Cree Board of Health and Social Services of James Bay (2012). *CBHSSJB 2011-2012 Annual Report of the Cree Board of Health and Social Services of James Bay*. Québec: CBHSSJB.
- CCA, Conseil Canadien sur l'apprentissage (2008a). Améliorer les niveaux de littératie chez les Canadiens autochtones. Carnet du savoir septembre 2008. Repéré a : <http://www.ccl-cca.ca/CCL/Reports/>
- CCA, Conseil Canadien sur l'apprentissage (2008b). Comment un faible niveau de littératie peut nuire à la santé. Carnet du savoir mars 2008. Repéré a : <http://www.ccl-cca.ca/CCL/Reports/>

- CCMSR, Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale (2002). *La santé rurale aux mains des communautés rurales Orientations stratégiques pour les communautés rurales, éloignées, Nordiques et autochtones*. Canada : CCMSR.
- CCNMO, Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (2011). *Intégrer divers genres de connaissances pour influencer l'élaboration des politiques*. Hamilton, ON : Université McMaster.
- CCSSSB, Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (2013). *Plan régional dans le cadre du développement Nordique*. Québec : CCSSSB.
- CBHSSBJ, Cree Board of Health and Social Services of James Bay (2013). *Overview of the Health of the Population of Region 18*. Québec: CBHSSBJ.
- CFPC, The College of Family Physicians of Canada (2012). *Best advice: panel size. Canada: CFPC*.
- CIHI, Canadian Institute for Health Information (2001). *The practicing physician community in Canada 1989/90 to 1998/99: workforce and workload as gleaned through billing profiles for physician services*. Canada: CIHI.
- CNEI, Cree Nations of Eeyou Istchee (2011). *Cree vision of Plan Nord*. Canada: Cree Nations of Eeyou Istchee.
- Conlon, M., & Tharani, Z. (2008). The implementation of a physician workload system in an academic health care setting: The Physician Activity Information System (PhAIS). *BC medical journal*, 50(10), 565-570.
- Contandriopoulos, P., Fournier, M.-A., Dassa, C., Latour, R., Perron, M., Champagne, F., et al. (2001). *Profil de pratique des médecins généralistes du Québec. Rapport de recherche*. Canada: Groupe interdisciplinaire de recherche en santé - GRIS, Université de Montréal.
- COTA, Cree Outfitting and Tourism Association. *Driving distances to Cree communities*. Repéré à : <http://www.creetourism.ca/>
- CRMCC, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (2007). *ABC sur le SNM : heures de travail*. Canada : CRMCC.
- CRMCC, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (2009). *ABC sur le SNM, octobre 2009 : différences générationnelles*. Canada : CRMCC.
- Darses, F., & de Montmollin, M. (Eds.) (2006). *L'ergonomie 4^e éd.* Paris : La Découverte, coll. Repères.
- Désilets, M., Campeau, J., & Racine, A. (2008). Étude exploratoire sur l'analphabétisme en lien avec la santé et le vieillissement de la population. Québec : MELS.
- Deveugele, M., Derese, A., Brink-Muinen, A. v. d., Bensing, J., & Maeseneer, J. D. (2002). Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ*, 325(7362), 472. doi: 10.1136/bmj.325.7362.472
- Dickason, O. P. (1994). *Canada's First Nations: A history of founding peoples from earliest times*. Toronto: McClelland & Stewart.
- Dubé, F., Noreau, É., & Landry, G. (2012). *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*. Québec : MSSS. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca>
- Dugas, F., Salois, R., Robitaille, A. D., Langavant, G. C., Ouellet, M., Labbé, D., et al. (2013). *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2013 : Résultats et analyses*. Québec : Commissaire à la santé et au bien-être.
- Dumont, E., Fortin, B., Jacquemet, N., & Shearer, B. (2008). *Physicians' multitasking and incentives : empirical evidence from a natural experiment*. Québec : CIRANO.
- Dunbar, J. A., & Peach, E. (2012). The disparity called rural health: What is it, and what needs to be done? *Australian Journal of Rural Health*, 20(6), 290-292. doi: 10.1111/ajr.12000
- Fleming, D. M. (1982). Practice activity analysis: Workload review. *Journal of Royal College of General Practitioners*, 32, 292-297.
- FMOQ-MSSS, Comité paritaire Fédération des médecins omnipraticiens du Québec – Ministère de la santé et des services sociaux (2013). *Mécanisme de dépannage : Guide d'information à l'intention des médecins omnipraticiens dépanneurs*. Québec : Comité paritaire FMOQ-MSSS.

- Goodman, D., Fisher, E., Bubolz, T., Mohr, J., Poage, J., & Wennberg, J. (1996). Benchmarking the US physician workforce. An alternative to needs-based or demand-based planning. *Jama*, 276, 1811-1817.
- Green, M. E., & Van Iersel, R. I. (2007). Response of rural physicians in a non-fee-for-service environment to acute increases in demand due to physician shortages. *Can J Rural Med*, 12(1), 10-15.
- Grobler, L., Marais, B., Mabunda, S., Marindi, P., Reuter, H., & Volmink, J. (2009). Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas [Art. No.: CD005314]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009(1). doi: 10.1002/14651858.CD005314.pub2.
- Groenewegen, P. P., & Hutten, J. B. (1995). The influence of supply-related characteristics on general practitioners' workload. *Soc Sci Med*, 40(3), 349-358.
- Hart-Wasekesikaw, F., Gregory, D., Hart, M., Kinoshameg, R., Rukholm, E., & Villeneuve, M. (2009). *Compétence culturelle et sécurité culturelle en enseignement infirmier des Premières nations, des Inuit et des Métis : Analyse intégrée de la documentation*. Canada : L'Association des infirmières et des infirmiers autochtones du Canada.
- Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., et al. (2006). Nurse turnover: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), 237-263. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.02.007>
- Hooker, R. S. (2013). Travailler avec les mal desservis sur le plan médical. *Can Fam Physician*, 59(4), 347-348.
- Howie, J. G. R., Porter, A. M. D., Heaney, d. J., & Hopton, J. L. (1991). Long to short consultation ratio: a proxy measure of quality of care for general practice. *Br J Gen Pract*, 41(343), 48-54.
- Humphreys, J. S., Jones, J. A., Jones, M. P., Mildenhall, D., Mara, P. R., Chater, B., et al. (2003). The influence of geographical location on the complexity of rural general practice activities. *Med J Aust*, 179(8), 416-420.
- ICIS, Institut canadien d'information sur la santé (2011). *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens*. Canada : ICIS.
- Jancarik, A.-S.; Vermette, L. (2013), Recension des écrits sur des méthodes de types Lean. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Kash, B. A., Castle, N. G., Naufal, G. S., & Hawes, C. (2006). Effect of staff turnover on staffing: A closer look at registered nurses, licensed vocational nurses, and certified nursing assistants. *Gerontologist*, 46(5), 609-619.
- Laforest C. (2013). Besoins prioritaires pour la région 18. Repéré à : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine/prem>
- Laforest, C., Adjemian, R., & Marcoux, L. (2011). Plan d'organisation des services médicaux sur le territoire et demande d'augmentation des PREM/per diem/forfaits au comité paritaire (FMOQ/MSSS) (pp. 28). Québec : CCSSBJ.
- Lancry-Hoestlandt, A., & Antoine, L. A. (2004). Le travail : des personnes, des actes, des contextes. In E. Brangier, A. Lancry & C. Louche (Eds.), *Les dimensions humaines du travail. Théories et pratiques en psychologie du travail et des organisations* (pp. 44-63). Nancy : Presses universitaires de Nancy.
- Larkins, S., Geia, L., & Panaretto, K. (2006). Consultations in general practice and at an aboriginal community controlled health service: do they differ? *Rural Remote Heal*, 6, 560.
- Léger, P. (2011). Physician payment mechanisms: An overview of policy options for Canada. *CHSRF Series on Cost Drivers and Health System Efficiency*. Canada: CHSRF.
- Lemchuk-Favel, L., & Jock, R. (2004). Aboriginal Health Systems in Canada: Nine Case Studies. *Journal of Aboriginal Health*, 1(1), 28-51.
- Leplat, J. (1977). Les facteurs déterminant la charge de travail : rapport introductif. *Le travail humain*, 40(2), 195-202.
- Lessard, L., & Aubé, D. (2008). *Étude contextuelle sur les services de santé mentale dans l'Iiyiyiu Aschii*. In INSPQ (Ed.). Québec : INSPQ.

- Livian, F., Falcoz, C., & Barret, C. (2001). Comment les entreprises en viennent-elles à déterminer la charge de travail : analyse à partir de trois enquêtes de terrain. In Rousseau T. La charge de travail, *Actes du séminaire organisé par le Réseau de l'ANACT le 9 mai 2001* (pp. 6-12). France : ANACT
- Mannarts, D. (2011). Dossier thématique : Littérature en santé. *Cultures & Santé asbl n°8*.
- Marcoux, L. (2012). Correspondance administrative n°6 au Comité paritaire MSSS-FMOQ (pp. 2). Québec : CCSSSBJ, Département régional de médecine.
- Mays, N., Pope, C., & Popay, J. (2005). Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy-making in the health field. *J Health Serv Res Policy, 10*(S1), 6-20.
- Misra-Hebert, A. D., Kay, R., & Stoller, J. K. (2004). A review of physician turnover: rates, causes, and consequences. *Am J Med Qual, 19*(2), 56-66.
- Molinier, P. (Ed.) (2006). *Les enjeux psychiques du travail. Introduction à la psychodynamique du travail*. Paris Petite Bibliothèque Payot.
- MSSS-FMOQ, Comité paritaire Ministère de la santé et des services sociaux – Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (2013). *Manuel des omnipraticiens brochure n°1 mise à jour : 84*. Juillet 2013. Québec : MSSS-FMOQ.
- Muldoon, L., Dahrouge, S., Russell, G., Hogg, W., & Ward, N. (2012). How Many Patients Should a Family Physician Have? Factors to Consider in Answering a Deceptively Simple Question. *Healthcare Policy, 7*(4), 26-34.
- Muldoon, L., Rayner, J., & Dahrouge, S. (2013). Patient poverty and workload in primary care: Study of prescription drug benefit recipients in community health centres. *Can Fam Physician, 59*, 384-390.
- Murray, M., Davies, M., & Boushon, B. (2007). Panel size: how many patients can one doctor manage? *Fam Pract Manag, 14*(4), 44-51.
- Ong, K., Carter, R., Kelaher, M., & Anderson, I. (2012). Differences in primary health care delivery to Australia's Indigenous population: a template for use in economic evaluations. *BMC Health Services Research, 12*(1), 307.
- Panaretto, K. S., Gardner, K. L., Button, S., Carson, A., Schibasaki, R., Wason, G., et al. (2013). Prevention and management of chronic disease in Aboriginal and Islander Community Controlled Health Services in Queensland: a quality improvement study assessing change in selected clinical performance indicators over time in a cohort of services. *BMJ Open, 3*(4). doi: 10.1136/bmjopen-2012-002083
- Persaud, D., Cockerill, R., Pink, G., & Trope, G. (1999). Determining Ontario's supply and requirements for ophthalmologists in 2000 and 2005: 1. Methods. *Can J Ophthalmol, 34*, 74-81.
- Plante, C., Larocque, I., Rochette, L. J. T., Dannenbaum, D., & Lejeune, P. (2012). Surveillance of Diabetes in Eeyou Istchee (Region 18): Cree Diabetes Information System Linkage Study (Report not published yet). Québec: CCSSSBJ.
- Pong, R. W., DesMeules, M., Heng, D., Lagacé, C., Guernsey, J. R., Kazanjian, A., et al. (2011). Patterns of health services utilization in rural Canada. *Chronic Diseases and Injuries in Canada, 31*, 1-44.
- Potts, B., Adams, R., & Spadin, M. (2011). Sustaining Primary Care Practice: A Model to Calculate Disease Burden and Adjust Panel Size. *The Permanente Journal, 15* (1), 53-56.
- Price, B. (2009). Guidance on conducting a literature search and reviewing mixed literature. *Nursing Standard, 23*(24), 43-49. doi: 10.7748/ns2009.02.23.24.43.c6829
- Québec (1998). *Convention de la Baie-James et du Nord québécois et conventions complémentaires Éd. 1998*. (ISBN 2-551 -1 7981-5). Québec: Gouvernement du Québec, repéré à : <http://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca>
- Québec, MSSS. (2013). *Chapitre S-5 : Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris, Update 1, August 2013*. Québec : Éditeur officiel du Québec.
- Reeves, C. S. (2002). How Many Staff Members Do You Need? *Fam Pract Manag, 9*(8), 45-49.
- Ricketts, T. C. (2005). Workforce Issues in Rural Areas: A Focus on Policy Equity. *American Journal of Public Health, 95*(1), 42-48. doi: 10.2105/ajph.2004.047597

- Roberfroid, D., Leonard, C., & Stordeur, S. (2009). Physician supply forecast: better than peering in a crystal ball? *Human Resources for Health*, 7(1), 10.
- Robin-Boudreau, M., Boulanger, N., Prévost, F., Lefson, M., & Laforest, C. (2013). *Correspondance administrative n°7 au Comité paritaire FMOQ-MSSS*. Québec : CCSSBJ, Département régional de médecine.
- Rouleau, L. (2007). Chapitre 1 : La fondation. In L. Rouleau (Eds), *Théories des organisations. Approches classiques, contemporaines et de l'avant garde*, (pp.13-24). Québec : PUQ.
- Rootman, I., & Gordon-El-Bihbety, D. (2008). *Rapport du Groupe d'experts sur la littérature en matière de santé : Vision d'une culture de la santé au Canada* (pp. 50) : Association canadienne de santé publique.
- Rousseau, M. T. (2006). Mieux évaluer la charge de travail. *Revue de la qualité de vie au travail*, 307, 1-3.
- Rubio, S., Díaz, E., Martín, J., & Puente, J. M. (2004). Evaluation of Subjective Mental Workload: A Comparison of SWAT, NASA-TLX, and Workload Profile Methods. *Applied Psychology*, 53(1), 61-86. doi: 10.1111/j.1464-0597.2004.00161.x
- Savard, I., & Rodrigue, J. (2001). La pratique professionnelle des médecins de famille au Québec et au Canada. *Le Médecin du Québec*, 36(11), 103-108.
- Scott, A. (2001). Eliciting GPs' preferences for pecuniary and non-pecuniary job characteristics. *J Health Econ*, 20(3), 329-347.
- Slade, S., & Busing, N. (2002). Weekly work hours and clinical activities of Canadian family physicians: results of the 1997/98 National Family Physician Survey of the College of Family Physicians of Canada. *CMAJ*, 166, 1407-1411.
- Smith, J., & Hays, R. (2004). Is rural medicine a separate discipline? *Aust J Rural Health*, 12(2), 67-72.
- Steinhaeuser, J., Joos, S., Szecsenyi, J., & Miksch, A. (2011). A comparison of the workload of rural and urban primary care physicians in Germany: analysis of a questionnaire survey. *BMC Family Practice*, 12(1), 112.
- Strasser, R. (1995). Rural general practice: is it a distinct discipline? *Aust Fam Physician*, 24(5), 870-871.
- Tahepold, H., Maaroo, H. I., Kalda, R., & van den Brink-Muinen, A. (2003). Structure and duration of consultations in Estonian family practice. *Scand J Prim Health Care*, 21(3), 167-170.
- Thomas, K., Birch, S., Milner, P., Nicholl, J., Westlake, L., & Williams, R. (1989). Estimates of general practitioner workload: a review. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 39, 509-513.
- Thommasen, H. V., Tatlock, J., Elliott, R., Zhang, W., & Sheps, S. (2006). Review of salaried physician visits in a rural remote community - Bella Coola Valley. *Can J Rural Med*, 11(1), 23-31.
- Trotter, M. J., Larsen, E. T., Tait, N., & Wright, J. R. (2009). Time Study of Clinical and Nonclinical Workload in Pathology and Laboratory Medicine. *Am J Clin Pathol* 131(759-767). doi: 10.1309/AJCP8SKO6BUJQXHD
- Van Ham, I., Verhoeven, A. A., Groenier, K. H., Groothoff, J. W., & De Haan, J. (2006). Job satisfaction among general practitioners: a systematic literature review. *Eur J Gen Pract*, 12(4), 174-180.
- Vandad, Y. (2009) *Workload Models*. Toronto: Hospitalist Consulting Solutions. *Hospitalist Consulting Solutions White Paper Series*. Canada: Hospitalist Consulting Solutions.
- Viscomi, M., Larkins, S., & Gupta, T. S. (2013). Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. *Can J Rural Med*, 18(1), 13-23.
- Walker, D. L., & Gans, D. N. (2003). *Rightsizing: Appropriate Staffing for Your Medical Practice*. Washington, DC Washington, DC: MGMA.
- Wranik, D., & Durier-Copp, M. (2010). Physician Remuneration Methods for Family Physicians in Canada: Expected Outcomes and Lessons Learned. *Health Care Analysis*, 18(1), 35-59. doi: 10.1007/s10728-008-0105-9
- Zantinge, E. M., Verhaak, P. F., Kerssens, J. J., & Bensing, J. M. (2005). The workload of GPs: consultations of patients with psychological and somatic problems compared. *Br J Gen Pract*, 55(517), 609-614.

Annexe : détails de l'estimation des besoins en *per diem*

Plan régional des effectifs médicaux : estimation du nombre de <i>per diem</i> pour couvrir 80 % des besoins prévisionnels pour 2013-2014										
Communauté	Modèle médical – en semaine : médecin présent	Modèle médical – fin de semaine: médecin présent	<i>per diem</i> de 1 ^{re} ligne	<i>per diem</i> de 2 ^e ligne : hospitalisation, urgence, hémodialyse	<i>per diem</i> médico-administratif local	<i>per diem</i> médico-administratif régional	<i>per diem</i> total	Forfaits = disponibilité d'une heure sur appel	Banque d'heures : par. 4.01	Banque d'heures : par. 4.03 et 4.04
Chisasibi	8	5	780	1 825			2 605	4 168		
Mistissini	7	3	1 040	1 095			2 135	3 242		
Waskaganish	2,5	1,5	806				806	1 158		
Waswanipi	2	1,5	676				676	1 158		
Whapmagoostui	1,75	1,5	611				611	1 158		
Wemindji	2	1,5	676				676	695		
Eastmain	0,7	1	286				286	463		
Nemaska	0,7	1	286				286	463		
Oujé-Bougoumou	0,7	1	286				286	463		
Régional			0			300	300		1 155	203
Local			0		200		200			
Total	25,35	17	5 447	2 920	200	300	8 867	12 967	1 155	203
<i>per diem</i> total 2013							10 985			
% de réalisation avec un niveau d'autorisation de 8 932 <i>per diem</i>							81 %			