



Chaire
Docteur Sadok Besrouer
en médecine familiale

L'ÉQUIPE DE PREMIÈRE LIGNE
Une vision nouvelle,
de nouvelles façons de faire

COMPTE RENDU

du Colloque parrainé par la
Chaire Docteur Sadok Besrouer en médecine familiale de l'Université de Montréal

Avec le soutien de
**la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS),
le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec,
le Centre de formation et expertise en recherche
en administration des services infirmiers (FERASI),
le British Council**

Montréal, 19 et 20 septembre 2002

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	
Le travail en équipe, l'une des clés de l'accès aux services de première ligne	5
Toujours revenir à l'essentiel	6
1. RÉFORMER LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE : <i>pourquoi ? vers quoi ? comment ?</i>	7
a) pourquoi ? <i>Des effectifs insuffisants, qui ne travaillent pas assez ensemble</i>	7
b) vers quoi ? <i>Des objectifs qui font consensus</i>	8
c) comment ?	10
Les approches et les formules retenues en Ontario, en Alberta, Au Québec et en Australie	10
De nombreuses convergences	14
Les obstacles rencontrés	15
Une réussite à responsabilité partagée	17
2. LE PARTAGE DES TÂCHES CLINIQUES <i>Une collaboration qui oblige chacun à se repositionner sur l'échiquier professionnel</i>	22
a) Des rôles à redéfinir et à préciser Le médecin de famille L'infirmière de première ligne, en Ontario, au Royaume-Uni et au Québec	22
b) Une collaboration qui suscite encore interrogations et commentaires	27
c) Les conditions d'une pratique de collaboration fructueuse	29
3. LA GESTION DU CHANGEMENT <i>Laisser ceux qui vivront le changement y dire leur mot</i>	33
4. DES AVENUES DE RECHERCHE <i>Mettre à profit la diversité de nos expériences</i>	35
ANNEXE : L'ESSENTIEL DU PROGRAMME	38

Ce compte-rendu est une synthèse générale des communications présentées au Colloque de septembre 2002 et des échanges entre les participants. Il a été rédigé par un rédacteur indépendant à partir des enregistrements sonores réalisés lors des séances plénières du Colloque, des documents audiovisuels ayant servi de support aux présentations des conférenciers et des résumés écrits des échanges en atelier.

Les propos des conférenciers et des participants ont été regroupés autour de grands thèmes, et ne sont pas nécessairement présentés dans l'ordre où ils ont été prononcés. Sauf exception, ils n'ont pas attribué à leurs auteurs, ce choix visant avant tout à bien mettre en relief l'esprit d'échange et de réflexion collective qui a caractérisé cette journée.

Le compte-rendu présente évidemment une version très abrégée des communications et des échanges du Colloque. Il a cependant été relu, amendé et approuvé par le Comité scientifique responsable de l'événement, qui a jugé qu'il représentait une synthèse fidèle des propos et reflétait de manière équilibrée la diversité des points de vue exprimés.

AVANT-PROPOS

Le travail en équipe, l'une des clés de l'accès aux services de première ligne

La mission de la *Chaire Dr Sadok Besroun en médecine familiale* est de contribuer, par ses activités de recherche, à l'élaboration de solutions aux problèmes d'accès aux services de santé de première ligne et aux problèmes de continuité de ces services, au Canada et ailleurs.

L'un des moyens clés d'y parvenir — et l'un des principaux enjeux des réformes dans lesquelles plusieurs systèmes de santé sont engagés à travers le monde — est la consolidation de véritables équipes de services de santé de première ligne.

Les solutions efficaces à ces problèmes d'accès et de continuité ne peuvent venir que d'un partenariat étroit entre les acteurs concernés. Et c'est précisément ce à quoi le colloque tenu à Montréal, les 19 et 20 septembre 2002, voulait contribuer : créer une occasion d'échange entre les chercheurs, les décideurs de différents paliers et des praticiens activement engagés dans la mise sur pied de nouvelles modalités d'organisation des services de santé de première ligne au Québec, au Canada et à l'étranger.

Lors de ce colloque, plus de 150 de ces acteurs ont mené une réflexion intense, rigoureuse et très ouverte sur cette question. On trouvera ici un compte rendu des enjeux qu'ils ont cernés, des obstacles qu'ils rencontrent et des facteurs qui expliquent les succès qu'ils ont déjà commencé à connaître. On y trouvera surtout des matériaux très riches pour alimenter une réflexion et une pratique qu'il nous faut maintenant poursuivre, développer et approfondir.

Sadok Besroun, M.D.

Fondateur de la *Chaire D^r Sadok Besroun en médecine familiale* de l'Université de Montréal

***Une réflexion menée
sous différents angles,
allant d'un aperçu général des
réformes entreprises au Canada
et en Australie jusqu'à la
réorganisation du travail
clinique de première ligne,
en passant par diverses
formules de regroupement de
médecins de famille
et les nouvelles collaborations à
établir avec les infirmières et les
autres professionnels
de la santé.***

Toujours revenir à l'essentiel

Nous sommes tous engagés dans un projet collectif dont la finalité est de bâtir un système de santé toujours plus approprié aux besoins de la population et aux façons de soigner qui sont maintenant à notre disposition. Nous sommes conscients qu'il s'agit d'un « work in progress », un genre de « Nintendo de la santé » où nous progressons un peu à tâtons, franchissant les innombrables obstacles et inventant des solutions au fur et à mesure que les problèmes surgissent. Certains sont plus avancés que d'autres ; plusieurs ont même réussi à franchir (ou à contourner...) des obstacles importants sans y laisser trop de plumes. Le temps était donc venu de cerner ensemble la dynamique de cette réforme, histoire de partager nos convictions et nos doutes, nos difficultés et nos bons coups. Les 19 et 20 septembre 2002, les propos d'une quinzaine de conférenciers invités et de quelque 150 participants nous ont permis de le faire.

À travers ces échanges, le souci de préserver les acquis du système actuel et la spécificité des diverses professions s'est évidemment manifesté. Mais l'époque où l'on se braquait sur ces acquis ou sur cette spécificité pour refuser tout changement semble révolue. On s'interroge encore, bien sûr, et tous les doutes ne sont pas dissipés. Ce qui est nouveau, toutefois, et qui augure bien pour les réformes en cours, c'est que ces interrogations sont maintenant partagées, et qu'au lieu de chercher des réponses chacun de son côté, les acteurs semblent décider à les élaborer en commun. Et s'il faut dégager une seule idée de ce colloque, c'est peut-être bien que nous ne pourrions relever les défis qui nous attendent que si nous savons constamment nous recentrer sur l'essentiel : ce qui est souhaitable pour la santé des patients.

Marie-Dominique Beaulieu, M.D.
Titulaire, Chaire D^f Sadok Besroun en médecine familiale,
Université de Montréal

Le Comité scientifique

Marie-Dominique Beaulieu,
M.D., professeur titulaire,
Chaire D^f Sadok Besroun en
médecine familiale,
Université de Montréal

Danielle D'Amour,
inf. Ph.D., professeur adjoint et
Directrice du Centre FERASI,
Faculté des sciences infirmières,
Université de Montréal

Jean-Louis Denis,
Ph.D., professeur titulaire,
Chaire FCRSS/IRSC
Transformations et gouverne des
organisations de santé,
Département d'administration
de la santé,
Université de Montréal

Johanne Goudreau,
inf. Ph.D., professeur adjoint,
Département des sciences
infirmières, Université du Québec à
Hull

Bernard Millette,
M.D., professeur titulaire,
Département
de médecine familiale,
Université de Montréal
Responsable du Groupe de
médecine de famille de Laval

1. RÉFORMER LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE :

pourquoi ? vers quoi ? comment ?

Au cours de la dernière décennie, de nombreux pays industrialisés ont décidé de réexaminer en profondeur leur système de santé, qui ne semblait plus en mesure de répondre avec l'efficacité ou l'efficience voulue à l'évolution des besoins de la population, des technologies disponibles, des découvertes scientifiques ou des progrès cliniques.

La réforme des services de première ligne a généralement été considérée comme l'une des principales clés des solutions à mettre en œuvre.

Cette réforme a emprunté diverses avenues selon les contextes nationaux ou provinciaux, mais, de façon générale, elle tentait de remédier à des problèmes de même nature, en visant des objectifs eux aussi similaires.

a) pourquoi ?

Des effectifs insuffisants, qui ne travaillent pas assez ensemble

Que ce soit au Québec, en Ontario, en Alberta ou en Australie, le besoin d'une réforme des services de santé de première ligne découle sensiblement d'un même constat :

- des déficiences importantes dans l'accès des personnes aux services, dans la continuité des soins qu'elles reçoivent et dans le suivi dont elles font l'objet ;
- un manque d'intégration, de coordination, de fluidité de l'information et de collaboration entre les services de première ligne et ceux de deuxième ligne, mais aussi entre les acteurs mêmes de la première ligne [au Québec, particulièrement, un manque d'intégration entre les cabinets médicaux de première ligne et le réseau des Centres locaux de services communautaires (CLSC)] ;
- un système de santé trop dépendant des services curatifs ou hospitaliers, ne misant pas suffisamment sur l'apport des activités de prévention.

Ce constat n'a pas été remis en question lors du colloque et il n'a pas non plus occupé une place importante dans les échanges. Les participants en ont plutôt fait la base et le point de départ de leur réflexion. On a toutefois rappelé que ce n'est pas la baisse de la qualité des services qui a motivé les réformes en cours au Canada. Au contraire, les études montrent que les services fournis par les médecins de famille sont ceux qui suscitent la plus grande satisfaction de la population... lorsqu'elle y a accès, ce qui n'est pas le cas présentement pour environ 30 % d'entre elle.

***Au Canada,
le problème n'est pas la
qualité des services de
première ligne,
mais leur accessibilité.***

Le manque d'effectif et / ou les modalités de pratique ?

Certains considèrent donc que c'est la pénurie de médecins de famille et d'infirmières (y inclus d'infirmières adéquatement formées) qui non seulement constitue la cause principale des difficultés actuelles des services de première ligne, mais représente aussi l'obstacle principal des réformes qu'on veut y apporter. Ils estiment qu'il serait illusoire de penser régler le problème en se contentant de regrouper les médecins de famille ou en confiant de nouvelles responsabilités à des infirmières.

En revanche, d'autres soulignent que l'augmentation des effectifs n'est pas non plus la panacée, que le temps est peut-être même venu de changer notre façon de voir la question des ressources humaines en se demandant non plus combien de personnes chaque profession doit compter, mais plutôt sur quels types de compétences ou d'habiletés le système doit compter pour répondre adéquatement aux besoins de la population. Il faut certes s'attaquer au manque d'effectif médical et infirmier, qui n'est plus en nombre suffisant pour répondre aux besoins de la population, mais il faut tout autant trouver de nouvelles modalités de services et de pratique, plus conformes aux besoins changeants de cette population. **Bref, il faut maintenant agir simultanément et de manière cohérente sur les deux fronts.**

Le manque d'effectif médical et infirmier est bien réel et il doit être comblé, sinon il deviendra un obstacle majeur à la réforme actuelle.

Mais il ne peut pas justifier le report des changements qui s'imposent dans l'organisation des services et dans la pratique de première ligne.

b) vers quoi ?

Des objectifs qui font consensus

De façon générale, l'ensemble des mesures proposées ou mises en place par les réformes sont conçues pour accentuer ou renforcer l'apport des services de première ligne au système de santé. D'une part, elles visent à ce que les services de première ligne jouent pleinement leur rôle spécifique dans l'amélioration de la santé de la population. D'autre part, en faisant des services de première ligne la porte d'entrée habituelle du système de santé, elles veulent contribuer à réduire la pression sur les services de deuxième et de troisième ligne et en favoriser une utilisation plus judicieuse.

Ce renforcement des services de santé de première ligne passe généralement par la mise en place de structures, de mécanismes et de conditions qui cherchent à favoriser :

- la spécificité de l'apport des services de première ligne à la santé de la population (approche globale de la personne, travail en équipe multidisciplinaire, accent sur la prévention, prise en charge de sa santé par la population, etc.);
- l'accès rapide et continu de la population aux soins courants dont elle a besoin, à proximité de son milieu de vie (offre d'une gamme étendue de services courants, accès des professionnels aux informations pertinentes et au soutien technique nécessaire, divers moyens assurant la disponibilité des services 24 h. / 7 j., etc.);
- la continuité des services (mécanisme assurant le suivi du patient, coordination des interventions, circulation de l'information, jonction efficace avec la deuxième ligne, etc.).

Une vision commune

Dans un article publié dans *Le Devoir*, en novembre 2000, le D^r Denis Roy a proposé une vision du système de santé définie du point de vue du «citoyen, client et contribuable».

En voici les grandes lignes.

D'abord, un bon médecin de famille.

Mon médecin de famille saurait qui je suis.

Il travaillerait dans une équipe de 8 à 10 médecins de famille.

Cette équipe comprendrait des infirmières engagées dans des activités d'éducation et dans la prise en charge des problèmes.

Cette équipe aurait accès par ententes aux professionnels du CLSC.

Mon médecin, en collaboration avec l'infirmière de son équipe, saurait m'orienter selon mes besoins.

Il collaborerait avec plusieurs autres médecins de son territoire et serait membre d'un département régional de médecine générale.

Une partie de sa rémunération serait définie en fonction de mes caractéristiques et de mes besoins.

Parmi les participants au Colloque qui ont répondu à un sondage maison :

- 88 % se sont dits généralement en accord avec cette vision,
- 62 % ont estimé que le travail en équipe multidisciplinaire en représentait l'élément le plus important,
- 23 % se sont dits en désaccord avec l'orientation relative à la rémunération.

Les principaux besoins pour traduire cette vision dans la réalité :

- la réflexion sur le travail d'équipe,
- le partage des expériences,
- la gestion du changement,
- l'organisation du travail en réseau.

Les principaux obstacles :

- le manque de ressources humaines et financières,
- la résistance au changement,
- la barrière des disciplines.

c) comment ?

◆ *Les approches et les formules retenues en Ontario, en Alberta, au Québec et en Australie*

Pour alimenter les échanges entre les participants, quatre expériences de réforme des services de première ligne ont été présentées. Avant de mettre en relief leurs convergences, en voici les grandes lignes.

Les Réseaux Santé familiale de l'Ontario

La réforme ontarienne repose sur la mise en place, à l'échelle locale, de «réseaux Santé familiale». Les médecins et les autres professionnels sont libres d'y adhérer, mais incités à le faire par des mesures d'ordre financier.

Après avoir fait l'objet d'expériences pilotes, les modalités d'implantation de la réforme ont été établies par entente avec l'association provinciale des médecins.

Un réseau Santé familial

- Un groupe formé d'au moins 5 médecins de famille qui décident volontairement de collaborer entre eux et avec d'autres professionnels de la santé, notamment des infirmières praticiennes, pour fournir, de manière coordonnée, des soins accessibles à des patients qui adhèrent eux aussi volontairement à leur réseau.
- Le réseau est obligatoirement doté d'une structure formelle de gouvernance.
- Il doit offrir des soins en dehors des heures de bureau, par l'entremise de personnel sur appel et d'un service téléphonique d'aide médicale.

Le gouvernement a injecté 250 M \$ pour soutenir l'implantation de la réforme : 100 M \$ pour rehausser les revenus des médecins de famille, 150 M \$ pour soutenir l'informatisation de la pratique médicale et sa liaison avec les centres hospitaliers et les laboratoires.

Le gouvernement a créé une nouvelle agence provinciale, le Réseau Santé familiale de l'Ontario, pour superviser et soutenir l'implantation de cette réforme des services de santé de première ligne. Depuis 2002, après entente avec l'Association médicale de l'Ontario, cette agence peut proposer des ententes de mise en réseau à tous les médecins de famille de l'Ontario.

À ce jour, les projets pilotes se poursuivent et une dizaine de réseaux de Santé familiale se sont formés et ont commencé à fournir des services.

De nouvelles modalités de rémunération ont été établies pour les médecins du réseau.

- La formule allie la capitation, le paiement à l'acte, des paiements forfaitaires et des primes spéciales.
- Elle inclut un paiement de base annuel établi selon l'âge et le sexe des patients inscrits (96.85 \$ en moyenne par patient annuellement).
- Certains paiements sont faits directement aux médecins, mais, de façon générale, ils sont effectués au réseau.
- La formule entraîne une hausse appréciable du revenu des médecins qui fournissent une gamme étendue de soins.

Les patients s'inscrivent auprès d'un médecin de famille du réseau.

- Ils s'engagent à faire d'abord appel à lui quand ils ont besoin de soins et à ne pas en changer plus de deux fois par année.
- Ils autorisent le ministère de la Santé à lui communiquer toutes les informations pertinentes sur les services qu'ils ont reçus.

Déjà, des bénéfices observables.

Les premières évaluations de l'expérience ontarienne ont indiqué clairement que l'appartenance à un réseau entraîne des bénéfices pour les patients, les médecins et le système de santé.

- ***Les patients*** peuvent compter sur un meilleur accès aux soins de première ligne, sur des soins mieux coordonnés et plus continus, qui mettent l'accent sur la prévention.
- ***Les médecins*** retirent des bénéfices nombreux et divers de leur regroupement.
 - Ils peuvent miser sur un revenu plus stable et plus prévisible, qui leur permet, par exemple, de prendre des vacances ou de participer à des sessions de formation sans craindre une perte de revenu. En outre, le nouveau mode de rémunération reconnaît et récompense une approche globale et préventive des soins.
 - La mise en réseau a été l'occasion pour eux d'améliorer l'organisation de leur pratique et, grâce à l'informatisation, d'avoir un meilleur suivi des informations cliniques.
 - Leur qualité de vie est également améliorée par différentes mesures. Le partage des gardes ou la mise en place d'une clinique en dehors des heures normales de bureau leur permet d'avoir plus de soirées et de fin de semaines libres, tout en ayant l'esprit tranquille parce qu'ils savent que leurs patients recevront l'attention appropriée et que leur dossier fera mention de tous les soins reçus.
- ***Le système de santé*** dans son ensemble profite de la mise en place des réseaux santé familiale par un recours plus judicieux aux urgences, une amélioration du recrutement et de la rétention des médecins de famille, une population en meilleure santé.

Les Primary Care Initiatives de l'Alberta

En Alberta, la réforme des soins de première ligne a été remise à l'ordre du jour à la suite de la régionalisation des services de santé. De nombreux projets pilotes, financés par des fonds de transition provenant de différentes sources, ont permis d'explorer diverses formules de réseau de médecins de famille, de travail en équipe multidisciplinaire ou d'approche commune des soins.

Ce sont les médecins de famille eux-mêmes, et non les associations professionnelles ou le gouvernement, qui exercent le leadership de la réforme et décident de former des partenariats ou des alliances stratégiques, c'est-à-dire des entités autonomes qui concluent des ententes formelles pour travailler ensemble à atteindre un but commun. Les instances régionales de la santé et le gouvernement ont choisi d'adopter une position d'appui.

Dans la région de Calgary, la réforme a débouché sur les «Primary Care Initiative», un regroupement centré sur la pratique des médecins de famille, et non sur le médecin de famille lui-même.

La mise en réseau de ces pratiques, faite en partenariat avec l'instance de santé régionale, a été facilitée et encouragée par la définition d'un nouveau cadre légal qui précise les buts et les modalités du partenariat et de l'appartenance à un réseau centré sur le patient. Les questions liées à la rémunération ont été abordées sur la base des nouveaux modèles de pratique développés.

Dans la région de Calgary, les «Primary Care Initiative» développent des associations formelles entre les groupes de médecins de famille et les régions socio-sanitaires locales. On voudrait en arriver à ce que 80 % des pratiques de médecine familiale de la région soit reliées à la région par des technologies de l'information et à ce que 30 % des médecins de familles participent à des soins partagés.

Trois priorités

Les médecins de familles et l'instance régionale ont convenu que les réseaux de pratiques de médecine familiale s'intéresseraient à trois priorités : les soins partagés, l'accès aux soins épisodiques sans rendez-vous et la circulation de l'information.

- Par soins partagés, on entend diverses modalités de relations et de soutien : entre les omnipraticiens et les spécialistes, entre les omnipraticiens et les autres dispensateurs de soins, et entre l'équipe de soin et les patients. Le but est de fournir le maximum de soins à proximité des lieux de vie des patients et, en fournissant à ces derniers l'information nécessaire, d'accroître leur capacité de prendre soin d'eux-mêmes.
- L'accès à des soins épisodiques sans rendez-vous prévoit, entre autres, la mise en place d'un service téléphonique de triage (24 h. / 7 j.) intégré aux pratiques médicales. Les médecins de famille agiront en soutien (consultations téléphoniques, rendez-vous à brève échéance, etc.) On prévoit également l'ouverture d'une clinique, opérée par les médecins de famille de la région et fournissant certains services diagnostiques, de laboratoire ou techniques. En fait, on vise à soutenir à la fois l'accès aux soins dans la communauté et la capacité des médecins de famille de les fournir.
- L'accès rapide et sécuritaire à l'information pertinente sur les patients représente une dimension essentielle d'un réseau de pratiques médicales et de soins partagés.

Les Groupes de médecine de famille du Québec

Au Québec, on a choisi de faire du réseau de première ligne l'assise principale du système de santé et de services sociaux. Une nouvelle entité, le Groupe de médecine de famille (GMF), sera dorénavant le principal acteur du volet médical de première ligne à l'échelle locale.

Afin de compléter son offre de services et assurer son intégration au réseau de première ligne, le GMF négociera des ententes avec le CLSC de son territoire, responsable à l'échelle locale du volet social des services de première ligne.

En plus des ententes qu'il doit conclure avec le CLSC de son territoire, le GMF pourra négocier des ententes de collaboration avec d'autres professionnels, organismes ou établissements du réseau socio-sanitaire.

L'implantation des GMF est en cours depuis 2001. Le gouvernement a choisi de ne pas passer par l'étape des projets pilotes. Dans une phase de démarrage transitoire, il soutient la formation et l'implantation d'un premier noyau de 20 GMF pour, par la suite, ajuster la formule et la généraliser. L'objectif est d'en arriver à ce que 80 % des médecins de famille se regroupent au sein des GMF. On cherchera à atteindre cet objectif tout en laissant aux médecins qui désirent continuer une pratique individuelle l'entière liberté de le faire.

Le GMF est un regroupement volontaire de médecins de famille qui proviennent de différents milieux et s'engagent, en collaboration avec des infirmières et d'autres professionnels de la santé, à fournir, sur un territoire donné, une gamme de soins médicaux de première ligne (24 h. / 7 j.) à une clientèle inscrite volontairement auprès d'un médecin du groupe.

- Le degré de coordination et d'intensité des regroupements peut varier, allant d'une unité formée de personnes qui travaillent ensemble dans un même bureau à un réseau d'individus qui se soutiennent au besoin.

- Les GMF s'inscriront également dans le plan d'organisation des services de santé élaboré par les Régies régionales, l'instance gouvernementale chargée de la gestion des soins de santé et des services sociaux dans leur région.

Les Divisions d'omnipraticiens de l'Australie

En Australie, plusieurs objectifs de la réforme des services de santé de première ligne étaient similaires à ceux des expériences canadiennes, mais la réforme australienne mettait également un accent particulier sur l'amélioration de la santé en milieu rural et sur une formation plus poussée des médecins de famille. Pour atteindre ces objectifs, on a adopté la formule des «Divisions d'omnipraticiens», qui sont de grands groupes d'omnipraticiens exerçant sur un territoire donné. Il s'agit en fait de réseaux qui relient les omnipraticiens entre eux mais aussi avec les hôpitaux, le gouvernement, les organisations de santé et la communauté locale dont ils font partie.

- Une Division regroupe en moyenne 142 omnipraticiens, mais ce nombre varie de 12 à 700, et la population à qui ces omnipraticiens fournissent des services est en moyenne de 130,000 personnes, mais peut aller jusqu'à 600,000.
- La Division n'est pas engagée dans les services cliniques ni dans la gestion financière des pratiques. Son rôle à l'endroit des omnipraticiens qu'elle regroupe est similaire à celui des départements hospitaliers à l'endroit des spécialistes qui y travaillent.

- Essentiellement, elle s'occupe de gérer différents programmes de santé (santé mentale, diabète, etc.) et de promotion de la santé, d'assurer la liaison avec les centres hospitaliers et de fournir certains services (formation, etc.) aux omnipraticiens qui en sont membres. En fin de compte, les Divisions sont payées pour contribuer à définir les besoins de leur communauté et à y répondre.

Le mode de rémunération est organisé de manière à encourager financièrement la qualité de la pratique.

- Les montants octroyés varient en fonction de facteurs tels que l'offre de soins après les heures de bureau ou en milieu rural, la participation à la planification des soins de longue durée, l'utilisation de l'informatique pour les prescriptions, l'accréditation ou les stages offerts aux étudiants.
- La formule prévoit une rémunération supplémentaire pour certaines tâches : une évaluation annuelle de la santé des personnes âgées et des autochtones, l'élaboration de plans multidisciplinaires pour certaines clientèles de même que la tenue de conférences de cas.
- Elle offre une incitation financière à l'immunisation.
- Elle fournit un soutien financier et technique à l'informatisation des pratiques.

Une réforme, avec ses plus et ses moins

SELON *Grant Russell*, l'Australie, contrairement au Canada, n'avait pas à faire face à une pénurie d'effectif. La réforme visait davantage à améliorer la qualité des soins et à renforcer la formation des omnipraticiens. Et, de fait, les omnipraticiens australiens sont maintenant mieux formés, ils sont mieux intégrés au système de santé et leur rôle s'est étendu. Par contre, le moral des médecins semble en baisse alors que la paperasse, elle, connaît une hausse vertigineuse...

Il semble se développer un sentiment généralisé que la réforme des services de première ligne a dévié de sa trajectoire initiale. Ainsi, on a d'abord enclenché la réforme par la base, en finançant des initiatives très variées et très intéressantes de regroupements de médecins de famille et de nouvelles modalités de pratique. Mais l'évolution récente de la réforme vers une approche «top down», davantage axée sur le contrôle, a entraîné la disparition de la plupart de ces initiatives locales. Par ailleurs, les Divisions, conçues d'abord pour intégrer et soutenir la pratique individuelle des médecins auprès de leurs patients, semblent maintenant plus intéressées à atteindre des objectifs de santé publique.

◆ *De nombreuses convergences*

Au-delà des objectifs communs, on trouve de nombreuses similarités dans les formules que l'Ontario, l'Alberta et le Québec entendent mettre en place à l'échelle locale.

- Elles placent au cœur des services de santé de première ligne le regroupement des médecins de famille d'un territoire qui se partagent les soins auprès d'une clientèle inscrite à leur réseau ou à leur groupe.
- Elles visent à ce que ces médecins de famille associent étroitement d'autres professionnels de la santé à leur pratique, particulièrement des infirmières, et développent une approche multidisciplinaire des soins.
- Elles ont dû ajuster ou modifier le mode de rémunération des médecins pour le rendre plus conforme aux nouvelles façons de pratiquer.

- Elles reposent sur l'adhésion volontaire des médecins de famille et des autres professionnels à cette nouvelle organisation des pratiques, mais toutes ont prévu des mesures d'ordre financier pour encourager cette adhésion.
- Elles reposent sur l'adhésion volontaire des patients à un regroupement, mais exigent certains engagements de leur part.
- Elles insistent sur l'importance fondamentale de doter ces regroupements et, de façon plus générale, les services de première ligne, d'un système d'information et de communication performant.

...et quelques particularités

La stratégie adoptée pour implanter ces formules présente cependant quelques particularités selon les provinces.

- L'Ontario a confié le soin de coordonner l'implantation de la réforme à une agence centrale autonome. Au Québec, c'est un groupe d'experts, soutenus par le ministère de la Santé, qui a cette tâche. L'Alberta a plutôt laissé l'initiative aux instances régionales de la santé. On a souligné l'intérêt d'une agence centrée exclusivement sur la tâche d'implantation et pouvant agir à une certaine distance du gouvernement. Mais on a également noté que l'absence d'instances régionales pouvait représenter un frein à l'implantation de la réforme.
- L'Ontario et l'Alberta se sont appuyées sur des projets pilotes, alors que le Québec a immédiatement mis en place un premier noyau de groupes de médecins.
- L'Ontario a soutenu l'implantation de la réforme par un investissement financier beaucoup plus important que celui consenti par le Québec et l'Alberta.

◆ *Les obstacles rencontrés*

Des logiques différentes, des messages contradictoires, des rythmes qui ne s'accordent pas

Deux logiques différentes semblent entrer en conflit plus souvent qu'elles ne s'accordent : celle des instances politiques et des instances publiques de gestion, d'une part, et celle des médecins et des autres professionnels de la santé, d'autre part. Autrement dit, celle de la décision et de la planification, et celle du terrain.

- La complexité du processus politico-administratif et la rigidité du cadre budgétaire annuel font que l'État n'a pas toujours la souplesse nécessaire pour prendre des décisions rapides ou consentir au moment opportun les investissements nécessaires à une réforme.
- Il manque de cohérence et de suivi entre les étapes de la réforme (projets pilotes tous azimuts financés par plusieurs organismes, projets de démonstration, généralisation) et des messages contradictoires sont émis d'une étape à l'autre. D'un côté, à l'étape des projets pilotes, on encourage les initiatives variées de la base et on encourage l'adaptation de la réforme aux contextes locaux ou régionaux ; de l'autre, quand on arrive à l'implantation générale de la réforme, on se replie sur des approches «top down», uniformes et avant tout soucieuses de contrôle.

Il résulte une absence générale de synchronie entre les acteurs, puisque c'est l'instance politique qui dicte l'ordre du jour et impose un rythme qui n'est pas toujours en phase avec les étapes normales d'implantation et d'appropriation d'une réforme. Ainsi, les instances politiques et les instances de gestion prennent du temps à décider, mais, une fois les décisions prises, elles voudraient implanter la réforme très rapidement, quitte à sauter ou à précipiter les étapes nécessaires à l'appropriation de tout changement complexe.

☑ **Des résistances sur le terrain**

Diverses résistances aux changements se manifestent également sur le terrain :

- La méfiance et l'opposition d'une partie de la profession médicale, devenue sceptique ou cynique face aux intentions du gouvernement.
- La culture et les modes de pratique en régions urbaines, où la population aussi bien que les médecins de famille sont habitués à un accès relativement rapide aux spécialistes et ne sont pas toujours prêts à changer ces habitudes pour une utilisation plus intensive des ressources de première ligne.
- Des problèmes de perception, la réforme des services de première ligne faisant partie d'un ensemble de projets qui sont perçus comme des projets concurrents alors que, dans les faits, ils sont complémentaires.
- La désinformation et les rumeurs qui accompagnent tout nouveau projet, et qui nuisent évidemment à sa juste compréhension.

La crainte de s'organiser

SELON *Jean-Louis Denis*, la profession médicale semble découvrir la nécessité de changer sa façon de s'organiser. C'est une attitude qui peut étonner puisque cette nécessité découle des changements qui sont survenus dans la profession même et dans ses conditions d'exercice. En effet, la pression de facteurs aussi divers que l'évolution de la profession infirmière, celle des moyens techniques ou la nature des soins à fournir font en sorte que la pratique médicale comme on la connaissait il y a quelques décennies — un individu ayant un important statut professionnel et social, mais peu de moyens techniques et de personnel de soutien... — est en voie de disparition. Et tout indique que ces changements vont s'intensifier.

Pour y faire face, il faut se doter d'une organisation appropriée de la pratique, quelle qu'en soit la forme. Or, les professionnels voient souvent l'organisation comme une contrainte, imposée par des bureaucrates et visant à limiter la liberté de leur pratique. Pourtant, la qualité de leur pratique et la mise en valeur de leur expertise est de plus en plus dépendante d'un cadre organisationnel capable de gérer des ressources et des expertises diversifiées. Les organisations sont devenues essentielles pour appuyer une pratique de qualité. Sans elles, les conditions de pratique vont aller en se détériorant et la profession va souffrir de plus en plus de la pénurie des ressources.

☑ **Un cadre financier, légal et réglementaire mal adapté aux objectifs visés**

À ces obstacles, liés avant tout à un choc de cultures ou à des habitudes, s'ajoutent des rigidités administratives, légales ou réglementaires.

- Le mode de rémunération actuel des médecins de famille qui exercent en clinique ou en cabinet n'est pas adapté aux nouveaux contextes et aux nouveaux modèles de pratique que l'on veut mettre en place. La rémunération à l'acte semble difficilement compatible avec les activités de prévention et de promotion de la santé, avec une approche globalisante et intégrée des services, et avec les pratiques de collaboration entre professionnels que l'on veut voir se développer en première ligne.

- Le cadre légal et réglementaire, particulièrement celui qui régit des responsabilités des diverses professions, représente davantage un frein à la collaboration que le levier qu'il devrait être.

◆ *Une réussite à responsabilité partagée*

Les participants au Colloque ont mentionné plusieurs facteurs qui peuvent favoriser la réussite de la réforme, voire s'en révéler des conditions nécessaires. Il s'agit essentiellement de moyens dont il faut se doter ou de stratégies qu'il faut mettre en œuvre pour surmonter les obstacles rencontrés. Leur mise en place peut être vue comme autant de défis à relever par tous les acteurs engagés dans la réforme : le gouvernement central, les instances chargées de la planification et de l'organisation des services dans une région donnée, les organismes de régulation professionnelle et les syndicats, les regroupements de professionnels formés à l'échelle locale et les professionnels eux-mêmes.

Il arrive que la mise en place de ces conditions soit la responsabilité d'un acteur en particulier, mais, le plus souvent, elle relève d'une responsabilité partagée et interpelle plusieurs des acteurs engagés dans la réforme.

DES RESPONSABILITÉS QUI REVIENNENT AUX INSTANCES GOUVERNEMENTALES ET PROFESSIONNELLES

⇒ **Un leadership clair et ferme, mais une stratégie d'implantation adaptée et flexible**

Certains projets de réforme des services de première ligne sont sur la planche à dessin depuis des décennies, sans trop de résultats probants. On doit donc passer à l'action. Pour ce faire, cependant, on doit d'abord être fermement convaincu, face à l'évolution des technologies et des professions, que des changements importants s'imposent. Selon les participants au Colloque, il semble y avoir présentement un large consensus sur la nécessité d'une réforme et sur les orientations adoptées. On doit donc saisir l'opportunité et aller de l'avant avec ceux qui partagent cette conviction.

- Dans cette perspective, c'est d'abord au gouvernement qu'il revient de proposer une vision globale du système de santé qu'il veut mettre en place, de la promouvoir auprès des acteurs concernés et de la population, d'énoncer des orientations claires à la réforme envisagée et, surtout, de montrer une volonté politique ferme d'implanter cette réforme et de soutenir cette implantation.

Cette vision claire ne doit cependant pas être à ce point précise qu'elle entende dicter le moindre geste aux acteurs du terrain. Autant la volonté du gouvernement doit être inébranlable sur le fond des choses, autant celui-ci doit faire preuve de flexibilité et de patience dans l'implantation de la réforme. Le changement doit être perçu comme un processus évolutif, qui reconnaît les acquis de la médecine de famille, tente de les conserver et les utilise comme point de départ du travail qui reste à faire.

- On devrait laisser à l'instance chargée de la gestion du système de santé dans une région donnée la capacité d'adapter les orientations générales, les stratégies d'implantation et les mesures d'incitation ou de soutien au contexte et à la dynamique de sa région.
- On devrait surtout laisser aux acteurs qui sont au front à la fois le choix des moyens, la marge de manœuvre et le temps nécessaire pour s'approprier la nouvelle mission et les nouvelles règles du jeu.

De manière plus précise, on contribuera au succès de la réforme si on respecte les conditions suivantes :

- expérimenter avec souplesse différentes façons de faire qui reflèteront la diversité des personnes, des contextes d'implantation, des régions ;
- créer des «win win situations» où les parties en présence auront pris le temps nécessaire pour comprendre la réalité, les besoins et les attentes de l'autre, bâtir une relation de confiance et chercher ensemble des solutions qui répondront à ces besoins et à ces attentes ;
- expliquer les motifs de la réforme et travailler sur les perceptions et les craintes pour contrer la méfiance et la désinformation ;
- partager avec la population la vision qui sous-tend la réforme et l'associer dans la mesure du possible aux stratégies d'implantation.

⇒ **Un ajustement du cadre légal, réglementaire et professionnel**

- L'État, les organismes de régulation professionnelle et les organisations syndicales doivent s'entendre pour établir de nouvelles règles légales ou réglementaires qui encadreront de manière plus adéquate les nouvelles formes de pratique de groupe et, plus particulièrement, préciseront les zones d'imputabilité.
- On doit développer une nouvelle culture professionnelle et ajuster le cadre juridique qui régit l'exercice des professions de façon à tenir compte des nouveaux modes de pratique, d'un nouveau partage des actes professionnels, des nouveaux rapports de collaboration entre les professions, et entre les soins de première ligne et les soins spécialisés.

⇒ **Un ajustement du mode de rémunération**

- On doit négocier un nouveau mode de rémunération des médecins qui tienne compte des nouvelles conditions de pratique (appartenance à un groupe, interdisciplinarité) et des nouvelles activités professionnelles liées à une médecine familiale de groupe. Ce mode de rémunération doit inciter les médecins de famille à adopter une pratique de groupe.
- On doit simplifier les tâches administratives liées à la pratique de groupe, à la coordination des professionnels et des services, à la jonction des lignes de services.

⇒ **Un soutien financier et humain**

- On doit prévoir un financement suffisant pour couvrir les coûts de transition et d'implantation de la réforme, mais aussi pour offrir des mesures financières qui inciteront les médecins à y adhérer.

Entre les stratèges et les cliniciens, un niveau tactique de concertation

SELON *Claudine Archambault*, une des difficultés rencontrées par les différentes expériences d'intégration ou de coordination des services destinés à une clientèle donnée est d'assurer la participation des médecins de famille au système mis en place. Dans la région des Bois-Francs, on a tenté de résoudre cette difficulté en confiant aux omnipraticiens un rôle intermédiaire dans l'orientation et la coordination des services de première ligne aux personnes âgées. On a confié à un «comité médical territorial», formé d'une douzaine d'omnipraticiens aux pratiques diverses, un rôle tactique clé qui lui permet d'influer à la fois sur le niveau stratégique de concertation (formé de représentants des organisations du réseau régional) et sur le niveau clinique, où des équipes de gestionnaires de cas coordonnent les services directs aux personnes.

La réforme des services de première ligne pourrait s'inspirer de cette expérience. Ainsi, on peut imaginer qu'une instance de concertation des médecins de famille, adaptée au nouveau contexte, voire élargie à d'autres professionnels ou aux milieux de la recherche, pourrait jouer un rôle

- On doit prévoir un soutien pratique (fonction conseil, personne ressource) à l'établissement et à la mise en oeuvre des nouvelles modalités d'organisation et de gestion qu'entraînera la formation des groupes.

d'intermédiaire entre les instances administratives de planification ou de coordination et les équipes cliniques que sont les Groupes de médecine de famille. Cette instance pourrait, par exemple, devenir un forum où penseurs et cliniciens conjugueraient les acquis de la recherche et ceux de la pratique pour élaborer des solutions pragmatiques aux questions d'accessibilité, de continuité ou de qualité des services.

⇒ **La mise en place d'un système d'information et de communication performant**

Les services de première ligne doivent être rapidement dotés de systèmes d'information intégrés et de moyens de communication efficaces qui assureront aux professionnels un accès rapide aux données cliniques pertinentes (rapports d'évaluation, de consultation et d'investigation «en temps réel», dossier clinique partageable, etc.), à divers services de soutien (diagnostic, laboratoire) ou à diverses expertises. Les professionnels pourraient ainsi fournir eux-mêmes des soins au patient sans avoir à le diriger vers l'urgence hospitalière ou le cabinet du spécialiste.

DES RESPONSABILITÉS QUI REVIENNENT AUX PRATICIENS TRAVAILLANT EN GROUPE

Plusieurs des conditions de réussite qui viennent d'être mentionnées trouvent évidemment une application à l'échelle des regroupements ou réseaux de médecine familiale, qui sont le fer de lance de la réforme des services de santé de première ligne sur le terrain. On songe particulièrement à l'adaptation des modes de rémunération ou au soutien d'un réseau rapide et fluide de communication. D'autres conditions relèvent cependant de manière plus spécifique des modalités de fonctionnement d'une pratique de groupe.

⇒ **Une mission commune**

Les membres d'une pratique de groupe doivent adhérer à une mission claire et se fixer des objectifs communs. Par exemple, l'ensemble du groupe doit prendre le temps de s'entendre sur la manière dont il fournira des soins à des clientèles vulnérables, comme les personnes atteintes d'une maladie mentale ou les patients en perte d'autonomie.

⇒ **Un panier de services**

Le groupe doit définir un panier de services adaptés aux besoins de sa clientèle et de la population de son territoire (en se fondant, par exemple, sur les études de santé publique).

⇒ **Une planification stratégique**

Le groupe doit élaborer une planification stratégique qui lui permettra de concrétiser sa mission et ses objectifs, avec une échéance pour chacune des étapes à franchir et des mécanismes d'évaluation de ses objectifs.

⇒ **Des responsabilités précises**

Les responsabilités communes du groupe, celles de chaque individu et les rôles des divers professionnels doivent être clairement définis.

Un noyau dur

SELON *Serge Dulude*, pour être efficace, le groupe de médecins de famille doit compter sur un «noyau dur» de médecins qui y exerceront la majeure partie de leurs activités de prise en charge et de suivi de la clientèle. On

⇒ **Un soutien à la vie professionnelle**

- Le groupe doit assurer à ses membres une vie professionnelle agréable: activités de ressourcement, discussion de cas, respect des centres d'intérêt individuels.
- Il doit veiller à la flexibilité des conditions de travail (congés de maternité, horaire réduit, etc.)
- Il doit entretenir son dynamisme et assurer l'apport de sang neuf par le recrutement.

⇒ **La jonction avec le réseau**

Le groupe s'assurera de sa jonction efficace avec l'ensemble des autres ressources du réseau. Il adhérera également au Plan régional d'organisation des services médicaux.

⇒ **Des ressources suffisantes**

Pour remplir sa mission, un regroupement de médecine familiale doit compter sur :

- un effectif suffisant et des ressources financières appropriées ;
- une rémunération adéquate et, surtout, un mode de rémunération adapté aux différentes activités professionnelles d'un tel groupe ;
- des ressources suffisantes pour assurer un plateau technique adapté aux besoins, les immobilisations et la formation de l'ensemble du personnel.

peut résumer cet impératif dans la «règle des 2 / 3» : au moins les deux tiers des médecins membres doivent exercer leurs activités cliniques principales dans le cadre du groupe, et les deux tiers de ces activités cliniques doivent consister dans la prise en charge et le suivi de la clientèle. Cette règle n'exclut ni la nécessité de faire appel à des remplaçants ni l'utilité d'offrir des consultations sans rendez-vous, mais elle met nettement la priorité sur la prise en charge et le suivi d'une clientèle régulière par un groupe cohérent de médecins qui la connaît bien.

Au-delà des structures, changer les mentalités

SELON *Jean-Guy Émond*, la création de regroupements de médecins de famille consiste en fait à introduire un nouveau sous-ensemble dans le système global de santé. Cela suppose un changement de culture majeur. Ce changement de culture touche d'abord les médecins, bien sûr, qui doivent apprendre à collaborer plus étroitement entre eux et avec les autres professions. Il touche également l'ensemble des établissements, qui doivent se repositionner pour tenir compte de ce nouveau joueur de première ligne. Il concerne enfin les patients eux-mêmes, particulièrement en milieu urbain, qui doivent développer le réflexe de recourir d'abord à ces services de première ligne.

⇒ *On trouvera à la page 29 d'autres conditions de réussite, relevant cette fois de la collaboration entre les diverses professions et les diverses disciplines.*

2. LE PARTAGE DES TÂCHES CLINIQUES

Une collaboration qui oblige chacun à se repositionner sur l'échiquier professionnel

La pratique de collaboration n'offre pas seulement la possibilité de fournir au patient des services plus adéquats et plus complets que ceux que pourrait offrir chaque professionnel agissant en solo, elle permet à ces professionnels d'apprendre les uns des autres.

Elle offre donc une triple possibilité :
favoriser la participation du client aux services qu'il reçoit,
contribuer à l'intégration de ces services
et stimuler les professionnels qui les fournissent.

a) Des rôles à redéfinir et à préciser

La transition des services de santé de premières ligne vers un système où des équipes de médecine familiale formées de différentes catégories de professionnels travaillant en collaboration et en interdisciplinarité oblige ces professionnels, à commencer par les médecins de famille et les infirmières, à réexaminer, voir à redéfinir leur rôle. Quelles seront les responsabilités de chacun au sein de ces équipes ? Doivent-ils partager une approche clinique commune ? Quels types de collaboration devront-ils établir ?

Le médecin de famille à la recherche d'un nouveau sens

Le médecin de famille sera de plus en plus appelé à travailler en groupe, avec d'autres médecins mais aussi d'autres professionnels, au premier rang desquels figurent les infirmières. Ce travail en collaboration entraînera d'importantes répercussions sur la façon de pratiquer la médecine de famille, répercussions qui ont déjà été mentionnées ou qui le seront ultérieurement. Mais il semble que la remise en question des médecins de famille va bien au-delà de ces nouvelles modalités de pratique.

Le problème du nombre insuffisant de médecins n'expliquerait pas à lui seul le désarroi que l'on constate actuellement chez une partie de la profession. Le problème des médecins de famille est aussi de savoir pour quelle tâche on les forme et comment on doit les former pour cette tâche. Plusieurs médecins de famille, en particulier les plus jeunes ou ceux qui sont en formation, en seraient venus à se demander ce que la société attend d'eux, quels sont ses besoins. Ils ont de la difficulté à décoder le sens des messages divergents qui leur arrivent de toutes parts.

De toute évidence, la réponse à ces questions ne peut venir de l'approche «territoriale» traditionnelle de la profession médicale, mais d'une approche où le rôle de la profession sera défini en tenant compte de celui des autres, une approche où ce rôle ne sera pas menacé mais renforcé par celui des autres.

Une médecine de première ligne, mais laquelle ?

SELON Yannick Villedieu, les attentes fondamentales de la population en matière de services de santé de première ligne semblent en fin de compte assez simples : la population veut des services personnalisés (*mon* médecin, *ma* clinique, *mon* équipe de soins) qui ne le prendront pas en charge comme un numéro ; elle veut y avoir accès en tout temps et dans des délais raisonnables.

Pour répondre à ces attentes, les services de santé de première ligne ne peuvent reposer uniquement sur la médecine curative, la médecine «médico-médicale» conventionnelle, qui n'est ni la seule, ni la meilleure réponse aux grandes questions de santé publique que sont, par exemple, l'obésité, la toxicomanie ou la santé mentale. Il faut une *médecine de première ligne*, c'est-à-dire une médecine qui sera en mesure de fournir une approche plus globale des problèmes de santé vécus par la personne.

En outre, cette première ligne ne peut être formée seulement de médecins. Il faut des médecins de première ligne, mais aussi des infirmières et des pharmaciens de première ligne, et des psychologues, des travailleurs sociaux, des nutritionnistes, des éducateurs, des spécialistes en réadaptation, des auxiliaires familiales, etc.

L'infirmière de première ligne : un rôle qui, en pratique, reste à préciser

Il y a pénurie de médecins de famille, la population vieillit, des communautés entières n'ont pas accès à des services de première ligne : il faut donc des infirmières en nombre suffisant et formées de manière adéquate pour remplir les tâches exigées par ces besoins. Mais le rôle de l'infirmière spécialement formée pour des services de première ligne est encore mal défini, mal compris ou compris de différentes manières. À partir de l'expérience de l'Ontario («Nurse Practitioner»), du Royaume-Uni («Practice Nurse») et du Québec, le Colloque a tenté de mieux le cerner.

EN ONTARIO,

les infirmières praticiennes pourraient jouer un rôle accru en première ligne.

La profession d'infirmière praticienne (Nurse Practitioner) est déjà solidement implantée dans les cinquante États américains, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Au Canada, c'est une profession relativement nouvelle : elle est déjà reconnue dans diverses provinces alors que d'autres provinces sont à étudier des projets de lois qui permettront de le faire ou sont à évaluer l'opportunité de le faire.

- En Ontario, les infirmières praticiennes ont une longue histoire qui remonte aux années 70 et ont été l'objet du premier essai randomisé portant sur les infirmières praticiennes en soins primaires (Spitzer et al. *The Burlington Randomized Trial of the Nurse Practitioner*. NEJM 1974;290:251-6). Des programmes éducatifs lancés en Ontario dans les années 70 pour former les infirmières praticiennes ont été abandonnés en 1983 en raison d'un surplus de médecins de famille, de l'absence de mécanismes de rémunération appropriés pour les infirmières praticiennes et de réticences de la part de certains médecins.

- En 1994, le ministre de la santé a annoncé un plan pour l'éducation et l'emploi continu d'infirmières praticiennes, comme partenaires égales dans les équipes de soins multidisciplinaires; en 1995, un programme éducatif commun au niveau du baccalauréat et destiné aux infirmières praticiennes a été lancé dans chacune des 10 Facultés/Écoles de Nursing en Ontario. Lors de la réussite des examens de certification, le Collège des

infirmières de l'Ontario accrédite ces infirmières comme « RN (EC)s » (Registered Nurse, Extended Class). Ces infirmières ont une reconnaissance légale pour le diagnostic et le traitement de maladies courantes, à l'intérieur de leur champ de pratique et le Collège des infirmières de l'Ontario a développé des normes de pratique pour ce rôle dévolu aux infirmières praticiennes. Ces infirmières (RN(EC)) souscrivent à leur propre assurance responsabilité et sont les seules à être imputables de leurs actions lorsqu'elles voient un patient.

L'infirmière praticienne travaillant en première ligne peut être définie comme une infirmière diplômée qui, après avoir poursuivi sa formation et acquis de l'expérience, a développé des compétences qui la rendent apte à l'évaluation, au diagnostic et à la gestion de soins pour des maladies aiguës courantes ou des maladies chroniques et à des activités de prévention et de promotion de la santé.

- Malgré son autonomie, l'infirmière praticienne travaille essentiellement au sein d'équipes multidisciplinaires, où sa contribution particulière concerne principalement la promotion de la santé et la prévention, mais aussi le diagnostic et le traitement de maladies bénignes ou de blessures légères ainsi que le suivi de maladies chroniques stables.
- Elle a le pouvoir de prescrire certains médicaments pour des maladies communes et celui d'ordonner certaines catégories d'ultrasons, de radiographies et de tests de laboratoire.

Un rôle à étoffer

Malgré les besoins et malgré les études qui ont démontré son apport bénéfique à la qualité des soins, l'infirmière praticienne ne joue pas encore le rôle qui pourrait être le sien en première ligne.

- L'apport de l'infirmière praticienne aux équipes de services se fait encore souvent sous le mode consultatif (c'est le médecin qui prend les décisions) alors qu'elle préférerait entretenir avec le médecin un véritable rapport de collaboration.
- Plusieurs infirmières praticiennes formées dans cette profession n'y exercent pas à cause de plusieurs raisons évoqués, notamment :
 - le sous-financement des postes requis ;
 - le mode de rémunération actuel des médecins, qui nuit à l'intégration des infirmières praticiennes à une pratique de collaboration en soins primaires;
 - l'absence de consensus sur un modèle de services de première ligne qui facilite une pratique de collaboration;
 - un manque de compréhension du rôle qu'elle pourrait assumer;
 - l'inquiétude de plusieurs médecins à propos des questions de responsabilité et d'imputabilité.

On craignait une détérioration des soins, c'est le contraire qui s'est avéré.

SELON *Alba DiCenso*, une revue systématique de 11 essais randomisés menées au niveau international (Horrocks et al, BMJ 2002) a révélé que l'arrivée des infirmières praticiennes ne s'était pas soldée, comme certains l'avaient craint, par une détérioration de l'état de santé des patients. Le nombre de prescriptions, de visites de rappel ou de références à un médecin ne s'est pas non plus accru. Certaines études indiquent que les infirmières praticiennes prescrivent un plus grand nombre d'examen que les médecins et qu'elles passent plus de temps auprès des patients. Enfin, certains aspects des services fournis par les infirmières praticiennes ont été jugés de meilleure qualité que ceux fournis par les médecins, et ces services ont suscité un plus haut taux de satisfaction de la part des patients.

Selon *Alba DiCenso*, ces évaluations auraient cependant pu être plus pertinentes. On s'est en effet attaché à comparer la performance de l'infirmière praticienne à celle du médecin alors que son travail devrait s'exercer essentiellement en interdisciplinarité au sein d'une équipe où elle collabore avec lui. C'est donc la performance de cette pratique de collaboration dans son ensemble qu'il faudrait évaluer, en la comparant à une pratique où cette collaboration n'existe pas.

AU ROYAUME-UNI,

la « Practice Nurse » travaillant en première ligne a vu son rôle s'étendre, se spécialiser et gagner en autonomie.

Le rôle de la « Practice Nurse » s'est considérablement transformé et développé depuis 20 ans. Alors que l'infirmière était souvent l'assistante du médecin de famille, cantonnée au « pansement des bobos », elle est devenue sa collaboratrice à part entière, même lorsqu'elle est à son emploi.

- Dans certains milieux, elle s'est spécialisée dans des champs d'intérêt spécifiques (diabète, maladie cardio-vasculaire, etc.) et elle a sa propre charge de cas, les patients choisissant souvent leur infirmière.
- Elle aura bientôt le droit, dans des contextes bien définis, de prescrire des médicaments au même titre que le médecin. Ce changement légal ne viendra en fait qu'avaliser une pratique existante puisque, déjà, l'infirmière suggère de manière informelle un traitement.

L'un des facteurs qui a favorisé ce développement du rôle des Practice Nurses a été l'intégration aux équipes de soins des « Health Care Assistants », des non-professionnels souvent formés sur le tas, qui remplissent maintenant des tâches auparavant confiées aux infirmières, les libérant ainsi pour des interventions plus spécialisées.

En développent son rôle, l'infirmière britannique a permis aux autres professions de faire évoluer le leur.

SELON *Peter Weaving* et *Gillian Ridley*, l'évolution de la profession infirmière vers plus de responsabilités et d'autonomie a été rendue possible par des changements législatifs, mais elle s'est faite très graduellement, sur le terrain même de la pratique, grâce surtout à la volonté des infirmières de se développer et de se spécialiser sur le plan professionnel. Ce sont souvent elles qui ont remis en question les rôles traditionnels de leur profession et des autres professions, y inclus celle des médecins et des assistants.

Cette remise en question a porté fruit parce qu'elle se situait dans la perspective d'une amélioration des tâches de chacun. Et, de fait, le nouveau partage des tâches qui en a résulté a contribué à rendre le travail des trois professions concernées plus intéressant et plus valorisant. Les médecins de famille, notamment, qui se sont vus libérés de certaines tâches, ont pu acquérir plus d'autonomie et développer de nouveaux champs de pratiques, plus spécialisés ou plus complexes. L'une des conséquences a également été de réduire les listes d'attente.

AU QUÉBEC,

la profession d'infirmière spécialiste, nouvellement reconnue, se développe d'abord dans les soins tertiaires.

Au Québec, une loi modifiant la pratique de neuf professions de la santé est venue donner récemment une reconnaissance juridique à la pratique infirmière spécialisée. Cette pratique existait déjà, notamment dans les services hospitaliers tertiaires, mais elle n'était pas reconnue juridiquement et n'avait pas de statut professionnel et salarial particulier.

La loi précise 5 activités, qui font partie de la définition de l'acte médical, mais qui pourront désormais être exercées, à certaines conditions, par les infirmières spécialistes, qui les ajouteront à leur champ de pratique actuel :

***L'intervention de première ligne :
un rôle taillé sur mesure pour l'infirmière***

SELON *Édith Côté*, l'infirmière de première ligne est avant tout une professionnelle. Comme tout professionnel, elle doit être en mesure de résoudre des problèmes, c'est-à-dire les identifier et les évaluer, décider de l'intervention à faire et la mettre en œuvre, en

- la prescription d'examens diagnostics,
- l'utilisation de techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudices,
- la prescription de médicaments ou d'autres substances,
- la prescription de traitements médicaux,
- l'utilisation de techniques ou l'application de traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudices.

Les universités québécoises sont à élaborer un programme relatif à la pratique infirmière avancée en soins tertiaires. Les secteurs prioritaires: la cardiologie, la néphrologie et la néonatalogie.

Les nouveaux leviers juridiques ont été utilisés jusqu'à maintenant pour le développement de la pratique infirmière spécialisée en soins tertiaires, mais rien n'empêche qu'ils servent tout autant au développement de la pratique infirmière spécialisée de première ligne.

assurer le suivi et en évaluer les résultats. Ce processus soutient des rôles de premier contact et de triage, de promotion, de prévention, de suivi et d'orientation vers d'autres professionnels ou services lorsque requis.

On notera l'utilisation des termes «identifier» et «évaluer» plutôt que le terme «diagnostiquer», qui est un acte médical réservé. Il persiste au Québec un enjeu autour du diagnostic, qui explique peut-être pourquoi la pratique infirmière spécialisée se développe présentement d'abord en soins tertiaires, où un diagnostic a déjà été posé, alors qu'elle tarde à s'implanter en première ligne, où souvent un diagnostic reste à faire.

Par ailleurs, la mise en place des Groupes de médecine de famille, telle que l'on peut l'évaluer à ce moment-ci, ne garantit pas l'intégration d'infirmières spécialistes de première ligne. On n'est pas seulement en train d'intégrer un nouveau partenaire professionnel à un système existant ou à un contexte donné de pratique, on est en train de changer ce système et ce contexte. Un changement très complexe, dont la présence de l'infirmière de première ligne n'est qu'un élément, mais un élément pourtant ciblé de façon spécifique par la Commission Clair.

On peut toutefois croire que l'infirmière trouvera vite une place à sa mesure en première ligne puisque le rôle qu'elle sera appelée à y jouer correspond aux fondements mêmes de sa formation et de sa profession.

b) Une collaboration, qui suscite encore interrogations et commentaires

Il semble y avoir consensus pour reconnaître que l'apport des infirmières est nécessaire au développement des services de santé de première ligne. Mais les modalités de cet apport, et plus généralement le type de collaboration qui doit s'établir entre elles et les médecins de famille, soulèvent encore certaines questions.

Une collaboration entravée par le mode de rémunération et la réglementation ?

Ainsi, on estime que de nombreux obstacles légaux, réglementaires ou administratifs entravent encore une véritable pratique de collaboration et l'intégration des infirmières praticienne aux équipes de médecine familiale.

- Le mode de rémunération actuel des médecins ne compense pas de manière adéquate les coûts administratifs liés au travail des infirmières et le temps de consultation qui est nécessaire entre elles et les médecins.
- Les médecins de famille semblent encore soucieux devant la question des responsabilités et de l'imputabilité soulevée par une pratique de collaboration. Comment, par exemple, concilier le statut d'employée de l'infirmière praticienne avec l'autonomie professionnelle dont elle a besoin ? Dans le cas où l'infirmière est à l'emploi du médecin, comment concilier ce statut d'employé avec celui de collaboratrice ?

☑. **Un risque de cloisonnement, de fragmentation ou de détérioration des soins ?**

Certains croient que le partage des tâches entre les médecins de famille et les autres professionnels, la spécialisation des différents membres de l'équipe autour de certaines problématiques ou, encore, une plus grande autonomie professionnelle des infirmières peuvent entraîner certains risques.

- Un de ces risques serait de contribuer à un cloisonnement des soins, à une fragmentation comme celle que l'on reproche aux spécialistes, et qui irait à l'encontre même ce qu'est la médecine de famille : une approche holistique du patient.

On reconnaît que la complexité des problématiques rend la pratique généraliste de plus en plus difficile à réaliser et, par conséquent, exige un travail en équipe, mais on doute que cette pratique généraliste, cette approche globale du patient puisse être assurée par l'équipe dans son ensemble.

On juge important qu'un membre de l'équipe continue d'assumer, en collaboration avec les autres, ce rôle de synthèse et d'intégration auprès du patient.

- Par ailleurs, compte tenu que le manque de médecins de famille est l'un des motifs qui sous-tend la réforme, on se demande également si en confiant aux infirmières un rôle plus important dans les services de première ligne on ne risque pas de former des «médecins à rabais».

☑. **Ou plutôt un renforcement de l'approche holistique, une plus grande disponibilité des médecins et une meilleure utilisation des ressources professionnelles ?**

D'autres intervenants ne partagent pas cette façon de voir et voient au contraire des avantages certains à ce partage des tâches.

- On estime que l'approche holistique inhérente à la médecine de famille est devenue trop lourde et trop complexe pour les épaules d'une seule personne. Or, la collaboration étroite entre une infirmière et un médecin, notamment si on permet au patient de choisir le professionnel auquel il s'adresse, peut fournir au patient cette même approche holistique de sa situation. On note que cette pratique de collaboration existe d'ailleurs depuis longtemps en dehors du champ de la médecine généraliste (dans le traitement des diabètes, par exemple, ou en santé mentale) et que les patients sont de plus en plus habitués à rencontrer des équipes de professionnels, voire, sont même flattés d'avoir une équipe à leur service
- On croit que le rôle accru des infirmières aura des changements immédiats et positifs sur l'accès au médecin de famille. Celui-ci pourra consacrer plus de temps à sa clientèle si certaines de ses tâches actuelles sont assumées à l'avenir de manière autonome par

Apprendre à profiter de l'autre

SELON *June Bergman*, une expérience en cours à Calgary, où l'on tente d'établir un partenariat plus étroit entre les infirmières chargées des services de maintien à domicile et les médecins de famille, fournit des enseignements intéressants sur les rapports entre ces professionnels. On voulait résoudre les problèmes d'accès et de continuité engendrés par le fait que la charge de cas des infirmières ne correspondait pas à celle des médecins. En fait, les 40, 50 ou 60 personnes suivies à domicile par une infirmière pouvaient recevoir des soins d'autant de médecins de famille. On a donc tenté d'établir des pairages entre les deux pratiques, non sans crainte de la part de chacun. Les infirmières, notamment, avaient peur de perdre leur autonomie de pratique, de devenir les «servantes» des médecins.

Or, l'évaluation de l'expérience a laissé voir un

l'infirmière ou d'autres professionnels de la santé.

- Au lieu de voir la collaboration entre médecins et infirmières comme quelque chose que les deux professions doivent apprivoiser, on devrait la voir comme une occasion stimulante qui leur est offerte de s'allier pour faire face ensemble à des problématiques de santé qui se sont plus complexes et qui exigent une approche globale et concertée. Cette collaboration fournira à ces deux professions, qui manquent toutes deux d'effectifs, l'opportunité d'utiliser toutes les ressources de leur champ respectif de pratique au service des patients, alors que ces ressources n'ont pas été utilisées à leur plein potentiel jusqu'à maintenant.

haut degré de satisfaction de toutes les personnes concernées — les infirmières, les médecins et les patients — sans parler de la baisse des admissions à l'urgence pour cette population et des coûts qui n'ont pas augmenté. En fait, chaque profession a vite compris qu'elle pouvait tirer avantage de ce que l'autre pouvait lui offrir. Ainsi, chacun a été à même de constater le savoir-faire des médecins de famille en matière de diagnostic et de traitement et celui des infirmières à domicile en matière de gestion de cas et de relation avec la communauté. Et le partenariat s'est bâti sur la combinaison de ces habiletés respectives et de ces bénéfices réciproques.

L'insécurité professionnelle comme frein au changement.

SELON *Jean-Louis Denis*, les professionnels de la santé vivent tous une certaine insécurité face au changement, qu'ils soient infirmières ou médecins. On peut tenter de les rassurer en disant qu'il y a du travail pour tout le monde, mais il reste que la question fondamentale à résoudre, si on veut implanter des changements avec succès, c'est celle de l'insécurité professionnelle.

Une profession se sentira assez confiante pour accepter de collaborer avec les autres et de s'engager dans le changement si son rôle est bien défini, si elle connaît son apport au changement et sait précisément ce qu'on attend d'elle.

Les changements qui s'en viennent, et notamment le travail en collaboration, obligent chacune des professions à réfléchir à ces questions mais aussi à son avenir. Les infirmières ont commencé à le faire, mais les médecins en ont peut-être eu moins l'occasion, n'ayant pas été placés, jusqu'à récemment, devant des situations qui remettaient en question leur devenir. La profession médicale, et particulièrement la médecine familiale, face à un ensemble de facteurs comme l'évolution des technologies et celle des autres professions, semble maintenant parvenue à un de ces tournants qui l'oblige à s'interroger sur les conditions de maintien de sa spécificité et sur son devenir.

c) Les conditions d'une pratique de collaboration fructueuse

Que ce soit dans les propos des conférenciers ou lors des échanges en atelier, certaines orientations relatives à la collaboration entre médecins et infirmières ont émergé, faisant tantôt consensus, révélant tantôt des approches différentes de la question.

⇒ Un rapport de confiance explicite

Ainsi, on s'entend largement pour affirmer que la collaboration entre le médecin et l'infirmière — et, de façon générale, entre tous les professionnels de l'équipe — doit reposer sur un rapport de confiance entre eux, et que ce rapport doit être explicite et visible aux yeux de la clientèle. Par exemple, le médecin dirigera certains patients vers l'infirmière, et les deux professionnels auront un travail commun auprès du patient, qui pourra le percevoir comme tel.

- Pour construire ce rapport de confiance, chaque professionnel doit respecter le savoir et le savoir-faire de l'autre, sa capacité de prendre des décisions éclairées pour le patient. Pour y arriver, il leur faudra bien souvent aller à l'encontre de la formation en silo qu'ils ont reçue.
- Les décisions doivent être planifiées et prises en coopération, ce qui suppose qu'elles tiennent compte des diverses perspectives professionnelles et des soucis exprimés par les différents professionnels. Ceux-ci doivent également partager la responsabilité des décisions une fois qu'elles sont prises et en coordonner ensemble la mise en œuvre.
- La communication entre les professionnels doit être franche et transparente.

⇒ Responsabilités du médecin ou responsabilités partagées ?

En revanche, les échanges ont laissé apparaître deux points de vue sur l'exercice de certaines responsabilités.

- **Pour d'autres, le médecin doit garder un lien privilégié avec ses patients et conserver la responsabilité du diagnostic et de la conduite du traitement.**
Cette position a cependant suscité quelques réactions, des participants notant qu'il y aurait une certaine arrogance à penser que le médecin est le seul à pouvoir entretenir une relation privilégiée ou spéciale avec ses patients, une relation unique que les autres professionnels de la santé seraient incapables d'établir.
- **Pour d'autres, le médecin et l'infirmière doivent collaborer dans le suivi de la clientèle et partager l'exercice de l'évaluation, du diagnostic et du traitement selon leur expertise respective.**
Dans ce contexte, l'infirmière est vue comme une collaboratrice dans la mesure où elle apporte son expertise à cette relation de collaboration et aux services fournis au patient. On a cité en exemple de cette expertise les liens avec les ressources de la communauté, l'éducation de certaines clientèles et le suivi de certaines clientèles malades chroniques.

⇒ Un focus sur l'essentiel

Pour résoudre les difficultés de la collaboration, on doit se recentrer constamment sur l'essentiel : ce qui est souhaitable pour la santé des patients, et sur la finalité commune : la qualité et l'efficacité accrues des services.

Les débats sur la collaboration, même dans la pratique, revêtent souvent un caractère très abstrait. Pourtant, l'expérience et la recherche montrent que la collaboration donne des résultats quand elle se focalise sur la tâche concrète à accomplir. Une collaboration efficace commence toujours par ces questions : pourquoi collabore-t-on ? quel est le problème à résoudre ? Le processus et les modalités de collaboration — le «qui va faire quoi» et le «comment» — ne peuvent venir qu'après.

⇒ **Un partage clair du «qui fait quoi»**

Les professionnels qui travaillent en équipe sont placés inévitablement devant des situations où leurs expertises ou leurs habiletés professionnelles chevauchent ou se dédoublent. Pour éviter cette duplication, mais aussi pour s'assurer de la continuité des services, il est important que l'équipe établisse des règles claires pour décider qui fait quoi :

- qu'est-ce qu'il y a à faire?
- qui a le savoir et le savoir-faire pertinent?
- qui a le pouvoir de le faire?
- qui préfère le faire?
- qui le patient désire-t-il voir?
- qui est disponible?
- qui va mener l'intervention?
- qui va la soutenir?

⇒ **Des mécanismes de collaboration**

Il faut que les professionnels de l'équipe se dotent de mécanismes qui viendront appuyer efficacement leur pratique de collaboration :

- des mécanismes de consultation, formels et informels,
- des mécanismes de référence,
- des mécanismes de transfert,
- la délégation des actes médicaux,
- des lignes directrices de pratique, fondées sur les pratiques probantes, pour l'ensemble de l'équipe, qui permettraient de renforcer la cohésion clinique des équipes.

⇒ **Des standards de pratique multidisciplinaires**

À ces règles de collaboration à l'intérieur d'une équipe, il faut également ajouter des standards généraux et multidisciplinaires de collaboration (protocoles de soins ou de services) qui tiendraient compte du rôle de chaque professionnel et contribueraient à éviter des variations trop grandes d'une pratique à l'autre.

Quand la bonne foi ne suffit pas

SELON *Daniel Way et Lynda Jones*, on ne pourra pas parvenir à une véritable collaboration entre des professionnels en se fiant uniquement à leur bonne volonté ou à la «chimie» qui peut se développer entre eux. Ces facteurs sont importants, mais ne dureront qu'un temps si on ne les soutient pas par des modalités structurées de collaboration. À partir de leur expérience et de recherches, ils ont développé un modèle structuré de pratique entre le médecin de famille et l'infirmière praticienne (Way & Jones, 1994, 2001), modèle également applicable à tous les professionnels travaillant au sein d'une équipe multidisciplinaire.

Cette pratique de collaboration structurée repose sur une approche holistique, qui place le client au centre des services et en fait un partenaire qui connaît les professionnels et est connu par eux. Dans ce modèle, la pratique de collaboration reconnaît et respecte l'intégrité des deux professions : le médecin continue de faire de la médecine et l'infirmière, du nursing. Elle permet ainsi d'utiliser efficacement le savoir et le savoir-faire *propres* à chaque profession, mais aussi le savoir et le savoir-faire *partagés* par les deux professions. La synergie qu'elle crée permet d'offrir au patient une réponse globale qui diffère et va au-delà de ce que pourraient lui offrir deux

⇒ **Des modèles de collaboration adaptés**

Il faut développer des modèles de collaboration adaptés aux divers contextes de pratique et aux exigences d'une pratique de collaboration. (Par exemple, permettre à l'infirmière de diriger un patient vers un spécialiste sans passer par l'intermédiaire du médecin de famille et, en retour, permettre au spécialiste de facturer cette consultation.)

⇒ **Une accréditation professionnelle qui reconnaît l'expérience acquise**

L'accréditation des infirmières praticiennes ou spécialisées ne devrait pas être liée exclusivement à une formation avancée, mais reconnaître la compétence et l'expertise des infirmières qui ont appris sur le tas.

⇒ **Des recherches sur la collaboration**

La recherche devrait mettre l'accent sur l'efficacité de la pratique de collaboration plutôt que sur la divergence des rôles entre les médecins et les autres professionnels.

On devrait créer des centres régionaux de recherche et de formation consacrés aux services interdisciplinaires de première ligne.

⇒ **Une formation interdisciplinaire**

Il faut se doter de programmes de formation interdisciplinaires, axés sur la pratique de collaboration pour les médecins résidents en médecine familiale, les infirmières et les étudiants en pharmacie.

La formation de base des médecins et des infirmières est tout à fait différente. Leur pratique professionnelle est issue de deux perspectives distinctes sur la santé, de deux cultures qui influent sur leur façon de réagir devant un problème de santé et sur leur façon d'entrer en relation avec le patient. En outre, cette formation donnée en silo entretient parfois le doute sur les autres disciplines. Jusqu'à un certain point, les problèmes que nous traversons trouvent leur

professionnels agissant chacun de son côté.

En fait, ce modèle de pratique de collaboration prévoit des degrés variables de collaboration selon les zones d'activités :

- une zone d'activités où chaque professionnel continue d'exercer sa pratique spécifique, de manière indépendante et parallèle à la pratique des autres professionnels ;
- une zone d'activités où le médecin de famille soutient la pratique de l'infirmière praticienne par des consultations ou des références ;
- une zone d'activités où les professionnels exercent une pratique interdépendante par des services fournis conjointement, des décisions prises en synergie, des consultations et des références mutuelles.

Garder son identité,

mais se remettre constamment dans la peau de l'autre

SELON *Vania Jimez-Sigouin*, le travail interdisciplinaire concerne deux personnes qui ont des cultures différentes. On peut donc parler, à son propos, d'une véritable «relation interculturelle», dont les trois *mouvements* semblent applicables aux relations entre les cultures professionnelles :

- *La centration sur soi-même.* Je dois d'abord savoir qui je suis. Pour collaborer de manière efficace, le médecin et l'infirmière n'ont pas à abandonner leur identité professionnelle. Au contraire, il est bon que le médecin soit le médecin, et l'infirmière soit l'infirmière. Chaque profession a sa culture, son approche, son langage, et doit la conserver.
- *La décentration et la centration sur l'autre.* Une fois que je sais qui je suis, je dois savoir qui est l'autre. Il me faut chercher à comprendre sa culture, son approche, son langage.
- *La négociation des deux visions.* Sans nier sa propre culture ni celle de l'autre, les deux doivent chercher des compromis, un terrain d'entente, qui est précisément l'espace commun, interdisciplinaire.

Cet espace interdisciplinaire n'est pas une juxtaposition des cultures et des langages, mais un espace où chaque

origine dans le fait que nous n'avons pas su assurer à la société la plus value qui aurait résulté d'une certaine formation interdisciplinaire pour les différentes professions de la santé.

professionnel trouve un autre sens, qui déborde le sens spécifique de sa propre profession. Cet espace interdisciplinaire, ce «sens commun», n'est jamais acquis. Chaque profession a une dynamique propre qui oblige les membres de l'équipe à constamment reprendre ce triple mouvement de centration, décentration et négociation.

3. LA GESTION DU CHANGEMENT

Laisser ceux qui vivront le changement y dire leur mot

Les stratégies adoptées pour introduire, généraliser ou implanter des changements ont suscité de nombreux commentaires. Deux participants ont abordé cette question de manière plus spécifique.

SELON *Claude Béland*, une organisation doit changer avant tout pour s'adapter à la pression de facteurs externes : l'évolution de la technologie et des communications, les progrès des bio-sciences, la mondialisation des échanges, l'influence des marchés financiers, etc. De manière paradoxale, cet environnement qui change ne facilite pas nécessairement l'adaptation de l'organisation au changement. Comme tout ce qui est nouveau et mystérieux, il provoque, chez les collectivités et les individus, des modifications de comportement et de valeurs qui évoluent vers le chacun pour soi : on ne veut pas prendre de chances, on veut sauver sa peau avant de penser à celle des autres, on se concentre sur sa seule réalité. On en vient ainsi à perdre le sens de la globalité et le sens de la coopération, le sens de la responsabilité vis-à-vis de l'autre.

Une vision globale

La première condition de réussite du changement dans une organisation sera donc que cette organisation adopte une vision globale du fonctionnement de la société dans laquelle elle vit et des changements qui la traversent.

Connaître les enjeux

Mais ça ne suffit pas. Il faut également que l'organisation sache pourquoi elle doit changer, pourquoi elle doit se transformer. Et il faut que tous les membres de cette organisation connaissent les enjeux réels de la situation : les risques du changement et ceux du statu quo.

Chercher ensemble des solutions

Il faut ensuite que tous les acteurs concernés, une fois qu'ils savent pourquoi l'organisation doit changer, cherchent ensemble des solutions. Le rôle des dirigeants n'est pas d'annoncer ces solutions, mais d'expliquer le pourquoi du changement (évolution de l'environnement, enjeux, risques prévisibles pour la pérennité de l'organisation, analyse des experts, etc.). Ils doivent rendre la démarche de changement — et les solutions éventuelles — légitimes aux yeux des acteurs qui s'y engageront sinon la méfiance s'installe, chacun cherchant l'anguille sous la roche...

C'est le personnel de l'organisation qui sait comment elle marche et comment elle peut marcher. Quand c'est un collègue qui explique le changement à un autre collègue et discute avec lui de solutions possibles, il a plus de crédibilité que le dirigeant qui dirait «voilà comment il faut faire».

Cela dit, même quand ces conditions sont réunies et que le processus de changement est bien mené, le changement ne se fait nécessairement de manière aisée.

Prévoir des avantages pour tous

La connaissance des enjeux et l'occasion de participer aux solutions assurent certes une adhésion totale au projet, mais à une condition fondamentale : que tous y trouvent un avantage, que tous y voient une occasion d'améliorer sa qualité de vie, de changer pour le mieux.

Il ne faut pas écouter les experts qui affirment que les solutions proposées ou trouvées ne doivent pas chercher à satisfaire tout le monde. C'est le contraire qui est vrai : il faut tenter de satisfaire tout le monde. Il faut gérer les effets négatifs de la transformation par tous les moyens : impartition des services abolis à de nouvelles entreprises créées par les anciens employés, aide à la recherche d'emplois, retraite prématurée, priorité de réembauche, etc. Si les solutions mises de l'avant cherchent à respecter les aspirations légitimes de tous à protéger leur qualité de vie, le changement se fera plus aisément, même s'il exigera une planification très raffinée pour faire face aux coûts que ce respect entraînera. Si on est prêt à investir massivement dans la technologie, il faut l'être tout autant quand il s'agit de protéger les aspirations des collaborateurs qui veulent changer pour maintenir ou améliorer leur qualité de vie. En somme, il agit de reconnaître que la recherche du maintien de la qualité de vie du personnel est aussi légitime que celle du maintien de la qualité de vie des dirigeants et des propriétaires de l'organisation.

Solution utopique et coûteuse ? Cette approche a un coût, c'est vrai. Mais le coût de la résistance au changement est toujours beaucoup plus élevé que le coût engendré par un changement auquel tous ont adhéré.

Prendre l'initiative du changement, et la conserver

SELON *Jean-Louis Denis*, l'analyse de plusieurs projets novateurs dans le domaine de la santé montre que les professionnels engagés directement dans les services à l'échelle locale sont capables de leadership et peuvent proposer et enclencher des changements de leurs propres initiatives si on les incite à le faire et si on leur fournit l'occasion, les ressources et la marge de manœuvre pour le faire.

Cependant, cette stratégie d'initiatives locales et de petits pas ne suffit pas à engendrer des changements permanents, généralisés à l'ensemble du système. Les initiatives locales se heurtent vite à des limites de système qui se posent à une autre échelle et ne sont pas de leur ressort : règles des corporations professionnelles ou syndicales, organisation des services, mode de rémunération, etc. Les professionnels du terrain doivent donc continuer de prendre des initiatives à l'échelle locale, mais ils ne peuvent se désintéresser de ce qui se passe à une échelle plus large et ils doivent s'assurer de mieux y faire connaître leurs revendications sur les alternatives qu'ils aimeraient voir explorer.

4. DES AVENUES DE RECHERCHE

Mettre à profit la diversité de nos expériences

En se fondant sur les diverses interrogations soulevées par les participants au Colloque des 19 et 20 septembre, les membres du Comité scientifique ont tenté de cerner les principales questions que des recherches supplémentaires pourraient mieux documenter ou auxquelles elles pourraient apporter des éléments de réponse. La réflexion a d'abord été menée individuellement par chaque membre du Comité, puis elle a fait l'objet d'une mise en commun et d'un approfondissement lors d'une rencontre du groupe. Des avenues de recherche ont ainsi été dégagées. Certaines d'entre elles portent sur la stratégie globale d'implantation d'une réforme des soins de première ligne ; d'autres concernent les modalités organisationnelles des systèmes ou des regroupements mis en place ; un dernier groupe aborde le fonctionnement même des équipes de soins, s'intéressant particulièrement aux relations entre les divers professionnels qui y travaillent.

1. L'implantation, la généralisation et l'appropriation d'une réforme

Les différentes expériences de réformes présentées au Colloque ont révélé une grande diversité dans les stratégies utilisées par les gouvernements pour introduire une réforme dans leur système de santé. Certaines réformes ont d'abord été expérimentées dans le cadre de projets pilotes avant d'être étendues à l'ensemble du système, alors que d'autres ont été lancées directement, sans cette expérimentation préalable. Parfois, la réforme est pilotée par une instance centrale (qui peut elle-même varier : ministère, agence ou groupe d'experts), parfois son implantation est confiée aux instances régionales, selon des modalités de délégation ou des degrés d'autonomie qui peuvent aussi varier. À cet égard, le contexte canadien présente un intérêt tout particulier puisque les réformes entreprises, tout en visant des objectifs communs, ont emprunté des voies distinctes pour les atteindre. Il faut tirer parti de cette diversité des expériences.

Des études comparatives entre les stratégies utilisées au Canada (en tenant compte de leurs points communs et de leurs particularités) permettraient certainement d'obtenir des éléments de réponse à plusieurs questions.

- Quelle approche semble la plus efficace pour assurer la généralisation de la réforme à l'ensemble des régions d'un territoire ou à l'ensemble des acteurs concernés ?
- Quelle répartition des rôles entre les instances centrale, régionale et locale semble la plus en mesure de favoriser une appropriation durable des changements par les acteurs du terrain et assurer ainsi la pérennité de la réforme ?
- Quels sont les principaux avantages et les principaux inconvénients que les différents acteurs ont perçus dans chaque approche ?

2. La jonction entre les objectifs de gestion et les impératifs cliniques

Que la stratégie d'implantation d'une réforme soit pilotée par une instance centrale ou régionale (donc décentralisée), il semble toujours exister un risque de hiatus entre la logique de l'instance chargée de gérer le changement et les besoins des professionnels chargés de traduire ce changement dans la pratique. Les stratégies d'implantation ont souvent prévu un mécanisme régional ou local pour assurer cette nécessaire passerelle entre les gestionnaires et les cliniciens, mais l'efficacité de ce mécanisme n'a pas été évaluée.

- Laquelle des diverses formules de coordination ou de liaison semble la mieux en mesure d'assurer, d'une part, l'input clinique nécessaire aux décisions des gestionnaires du système qu'on veut mettre en place, et, d'autre part, le soutien de gestion nécessaire aux cliniciens qui doivent l'implanter ?
- De quel type de soutien administratif ou organisationnel les regroupements de professionnels ont-ils besoin pour favoriser leur passage d'un mode de pratique individuelle à une pratique de groupe, axée sur la collaboration ?

3. L'influence du contexte sur le modèle d'organisation adopté par un regroupement de professionnels et les répercussions de ce modèle sur l'évolution de la pratique clinique et sur l'utilisation des ressources

Les différentes formes de regroupement de professionnels mises de l'avant par les réformes visent sensiblement les mêmes objectifs : une meilleure utilisation des ressources disponibles, une meilleure continuité des services, une approche globale de la situation du patient, etc. Mais ces regroupements prennent forme dans différents contextes socio-culturels, légaux ou réglementaires, qui influent sur la marge de manœuvre des professionnels appelés à collaborer. Par ailleurs, les modalités organisationnelles adoptées par un groupe influenceront à leur tour sur le type de collaboration qui en résultera.

- Quels sont les facteurs *externes* (modes de rémunération, règles professionnelles et syndicales, contexte socio-culturel, etc.) qui ont l'influence la plus déterminante sur le mode d'organisation des regroupement de professionnels ? Comment cette influence s'exerce-t-elle et quels sont ses principaux impacts négatifs et positifs ?
- Quels sont les facteurs *internes* (ressources disponibles, gestion de cas, partage des responsabilités cliniques, etc.) qui ont l'influence la plus déterminante sur la collaboration interprofessionnelle ou interdisciplinaire et sur l'utilisation des ressources ? Comment cette influence s'exerce-t-elle et quels sont ses principaux impacts négatifs et positifs sur la capacité du regroupement à atteindre ses objectifs?
- Globalement, quel est le modèle organisationnel qui semble le plus propice à une collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire ? Le plus propice à une utilisation optimale des ressources?

4. La valeur ajoutée de la pratique de collaboration

Différents témoignages exprimés lors du Colloque semblent indiquer que la pratique de collaboration se traduit par des avantages pour les patients comme pour les professionnels. Certaines recherches vont également dans le

même sens, même si la pertinence de leurs conclusions a été remise en question pour des motifs d'ordre méthodologique. Bref, les avantages d'une pratique de collaboration semblent davantage reposer sur des perceptions subjectives et des convictions idéologiques que sur des données probantes.

- Quelle valeur ajoutée la pratique de collaboration dans le domaine de la médecine généraliste produit-elle pour le patient ?

5. La redéfinition des rôles cliniques et des compétences

La pratique de collaboration dans les soins de première ligne remet à l'avant-plan la question de la spécificité de l'apport clinique des diverses professions concernées, à commencer par celle du médecin généraliste.

- Quelle est la spécificité de la démarche clinique du médecin généraliste ?
- Quelles compétences spécifiques les médecins et les infirmières travaillant en première ligne doivent-ils maîtriser pour exercer dans un contexte de collaboration ?
- Qu'est-ce qui devrait faire l'objet d'une formation interdisciplinaire offerte aux diverses professions qui travaillent en première ligne ?
- Comment concilier les règles d'imputabilité et les responsabilités légales avec l'autonomie professionnelle ou le partage des tâches cliniques que suppose la pratique de collaboration ?

ANNEXE : L'ESSENTIEL DU PROGRAMME

Thème I: Redéfinir le partage des tâches cliniques et les termes de la collaboration

DES EXEMPLES DE COLLABORATION :

Redéfinir ensemble les rôles de chacun : une expérience vécue sur le terrain

Daniel Way, M.D., Directeur de l'éducation post-graduée

Département de médecine familiale, Université d'Ottawa

Linda Jones, RN(EC) BSN CFNP, École des sciences infirmières, Université d'Ottawa

La collaboration médecin de famille et infirmière en Angleterre

Peter Weaving, M.D., Directeur, Eden Valley Primary Care Trust, Carlisle, Royaume-Uni

Gillian Ridley, BSN, Community Team Leader, Clinical Lead, École des sciences infirmières, Royaume-Uni

TRAVAIL EN ATELIER : L'infirmière de première ligne : un rôle à inventer

L'infirmière praticienne : les expériences réalisées au Canada

Alba DiCenso, RN, Ph.D., Professeur, École des sciences infirmières, Université McMaster

L'infirmière de première ligne :

propositions pour un nouveau rôle applicable au groupe de médecine de famille

Édith Côté, Infirmière, M.Sc. (Épidémiologie), M.Sc. (Éducation)

Professeure titulaire, Vice-doyenne aux études, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

TABLE RONDE ET PLÉNIÈRE

Animation : **Régnald Bergeron**, M.D.

Professeur agrégé, Directeur du Département de médecine familiale, Université Laval

Thème II: Les nouveaux modes d'organisation du travail clinique : pratique de groupe, suivi systématique et pratique en réseaux.

Se réorganiser... mais pour atteindre quels buts ? La perspective du public

Yannick Villedieu, Animateur, journaliste scientifique et médical, radio de Radio-Canada

TRAVAIL EN ATELIER :

Les moyens de réaliser avec succès la mise en œuvre des équipes de première ligne

EXPÉRIENCES RÉALISÉES AU QUÉBEC ET AU CANADA :

Le suivi systématique en première ligne : à quoi cela peut-il ressembler ?

June Bergman, M.D., CCFP, FCFP

Directeur Médical, Primary Care Initiative, Calgary Health Region (CHR)

Créer des réseaux d'accessibilité territoriaux : l'expérience des Bois-Francis

Claudine Archambault, M.D., CLSC Suzor-Côté, Co-responsable GMF des Bois-Francis

Comment optimiser le concept de pratique de groupe ?

Serge Dulude, M.D., Chef du Département régional de médecine générale
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

TABLE RONDE ET PLÉNIÈRE

Animation : **Odette Doyon**, Infirmière, M.Ed., candidate Ph.D., Professeure et directrice de département, Département des sciences de la santé, Université du Québec à Trois-Rivières

CONCLUSION DE LA SESSION

Jean-Louis Denis, Ph.D., Professeur titulaire
Chaire sur le Changement et la Gouvernance au sein des organisations de santé
Département d'administration de la santé, Université de Montréal

Thème III : Réussir l'implantation de changements complexes

Réussir le changement : les conditions de succès

Claude Béland, Président-directeur général sortant
Société d'implantation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (SICHUM)
Ancien président du Mouvement des Caisses Desjardins

EXPÉRIENCES RÉALISÉES AU NIVEAU NATIONAL ET INTERNATIONAL :

L'expérience de l'Ontario

Ruth Wilson, M.D., Présidente, Réseau de Santé familiale de l'Ontario

L'expérience de l'Australie

Grant Russell, MBBS FRACGP DRANZCOG MFM
Directeur national des politiques cliniques et de la recherche
Collège Royal des médecins généralistes Australiens

L'expérience du Québec

Jean-Guy Émond, M.D., Président du Groupe de soutien à l'implantation des groupes de médecine de famille, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec

TABLE RONDE ET PLÉNIÈRE

Animation : **Terry Kaufman**, Directeur général, CLSC Notre-Dame-de-Grâce / Montréal Ouest

Chemin parcouru et vision d'avenir : les compétences à développer

Vania Jimenez-Sigouin, M.D., Professeur agrégé, chercheure, Université McGill
Directrice de l'unité de médecine familiale, CLSC Côte-des-Neiges

Pour citer ce document :

Chaire Docteur Sadok Besrouer en médecine familiale.
*Colloque « L'équipe de première ligne : une vision nouvelle,
de nouvelles façons de faire »*. Compte rendu. Montréal; Février 2003.

Dépôt Légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2003
Bibliothèque nationale du Canada, 2003
ISBN 2-9807566-2-8