



Canadian Health Services Research **Foundation**
Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé

**L'implantation des Groupes de médecine
de famille : un défi de la réorganisation
de la pratique et de la collaboration
interprofessionnelle**
**Étude de cas dans cinq GMF de la première
vague au Québec**

Avril 2006

Marie-Dominique Beaulieu
Jean-Louis Denis
Danielle D'Amour
Johanne Goudreau
Jeannie Haggerty
Éveline Hudon
Guy Jobin
Lise Lamothe
Frédéric Gilbert
Hélène Guay
Guylaine Cyr
Ronald Lebeau

Financement fourni par :

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé
Fonds de la recherche en santé du Québec
Direction de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux

Chercheuse principale :

Docteure Marie-Dominique Beaulieu
Chaire Dr. Sadok Besroun en médecine familiale
Unité de recherche évaluative
Université de Montréal
Pavillon Louis-Charles-Simard 8e Étage
1560 RUE Sherbrooke E
Montréal, Québec, H2L 4M1
Canada

Téléphone : 1 (514) 890-8000x 28046

Ce document est disponible sur le site Web de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (www.fcrss.ca).

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, communiquez avec la Fondation :

1565, avenue Carling, bureau 700
Ottawa (Ontario)
K1Z 8R1

Courriel : communications@fcrss.ca

Téléphone : 613-728-2238

Télécopieur : 613-728-3527

This document is available on the Canadian Health Services Research Foundation web site (www.chrsf.ca).

For more information on the Canadian Health Services Research Foundation, contact the foundation at:

1565 Carling Avenue, Suite 700
Ottawa, Ontario
K1Z 8R1

E-mail: communications@chrsf.ca

Telephone: 613-728-2238

Fax: 613-728-3527

L'implantation des Groupes de médecine de famille : un défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle

Étude de cas dans cinq GMF de la première vague au Québec

Marie-Dominique Beaulieu

Jean-Louis Denis

Danielle D'Amour

Johanne Goudreau

Jeannie Haggerty

Éveline Hudon

Guy Jobin

Lise Lamothe

Frédéric Gilbert

Hélène Guay

Guylaine Cyr

Ronald Lebeau

Remerciements :

Cette recherche a été rendue possible grâce au financement de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, du Fonds de la recherche en santé du Québec et de la Direction de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Nous tenons à remercier chaleureusement toutes les personnes qui en ont permis la réalisation. En premier lieu, les médecins, adjointes, infirmières et infirmiers des GMF participants qui ont accepté de nous rencontrer, puis nos partenaires, qui nous ont soutenus au long de cette étude :

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)
- Collège des médecins du Québec (CMQ)
- Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS)
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
- Direction de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et
- Département régional de médecine générale de Montréal-centre
- Docteur Jean-Guy Émond, président du Groupe de soutien à l'implantation des GMF du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Nous tenons aussi à souligner le travail de collaboration avec mesdames Anne Gauthier et Micheline Bowen, de l'équipe de la Direction de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux qui ont accepté que nous partagions leur méthodologie (recrutement et grille d'entrevue) pour réaliser les groupes de discussion auprès des usagers des GMF participant à notre étude.

Tous nos remerciements à Daniel Way et Linda Jones qui ont accepté que nous utilisions leurs questionnaires sur la collaboration professionnelle.

Enfin nous remercions les adjoints à la recherche Guylaine Gendron, Fatima Bouharaoui ainsi que Jocelyne Gagné, secrétaire de l'Unité de recherche.

Table des matières

Principales implications pour les décideurs	i
Sommaire	ii
L’OBJET DE LA RECHERCHE : LES GMF	1
LES QUESTIONS DE RECHERCHE	2
LA MÉTHODE DE RECHERCHE	2
ANALYSE ET RÉSULTATS	4
Le lancement des GMF : une opération en dents de scie, qui a manqué de synchronisme.....	4
La dynamique d’implantation : une appropriation du modèle à géométrie variable	5
<i>Une offre de services comparable, malgré des façons différentes de voir et de faire les choses</i>	5
<i>Un parcours plein de défis; un soutien frileux, voire défaillant</i>	7
<i>Des atouts précieux, qui sont venus rééquilibrer la donne</i>	8
Collaboration interprofessionnelle et pratiques cliniques	9
<i>Une collaboration qui progresse partout, à un rythme et une intensité variables</i>	11
<i>Le développement de la pratique infirmière en GMF</i>	12
Les dimensions éthiques.....	13
<i>Le développement de la collaboration professionnelle : valeurs professionnelles en évolution</i>	13
<i>Le développement du GMF comme organisation du réseau : un conflit de responsabilités</i>	14
Le point de vue des patients : le GMF, une innovation qu’on apprécie	15
<i>Des usagers qui voient d’un bon oeil un rôle plus étoffé pour les infirmières</i>	16
<i>Une expérience de soins qui évolue favorablement après deux ans de fonctionnement</i>	16
DISCUSSION DES RÉSULTATS	18
Une politique exigeante et ambitieuse qui a réussi à produire des effets malgré des leviers d’action incomplets.....	19
Les enseignements à tirer... particulièrement pour les gestionnaires	20
Les principaux défis.....	21
RÉFÉRENCES	24

Principales implications pour les décideurs

Cette étude a évalué, sur une période de deux ans, la mise en place de 5 GMF faisant partie de la première vague d'implantation de cette politique au Québec. L'étude s'est intéressée à la manière dont le fonctionnement du GMF redéfinissait la pratique de groupe et la collaboration entre les professionnels; elle s'est intéressée également aux résultats de cette redéfinition pour les clientèles inscrites.

L'implantation des premiers GMF accrédités s'est déroulée selon des étapes qui ont manqué de synchronisme et une distribution initiale des rôles qui n'a pas toujours été claire. Les professionnels des 5 GMF étudiés, ne disposant pas toujours du soutien et des leviers nécessaires, se sont sentis parfois laissés à eux-mêmes pour s'organiser et gérer les changements qu'ils avaient à implanter.

Malgré certaines difficultés, on a observé au sein des 5 GMF étudiés des changements positifs dans les valeurs et les pratiques des professionnels, le développement de leur collaboration et l'amélioration de divers aspects des services aux usagers.

Le développement d'une vision commune des objectifs du GMF et d'une pratique de groupe a été favorisé par l'effet rassembleur d'un leadership interne. L'appui d'un leadership externe au GMF au niveau régional (départements régionaux de médecine générale) et provincial (notamment la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec) est aussi apparu comme essentiel.

L'élaboration de protocoles de suivi conjoint pour certaines maladies chroniques s'est également révélée un outil important pour amener les médecins et les infirmières à se concerter et à mieux se connaître. Ce mécanisme aide à ce que la confiance s'installe entre les partenaires et favorise le développement de la collaboration. Il en va de même pour les divers outils d'échange interprofessionnel comme les réunions du GMF, les comités ou les formulaires de suivi des patients.

Par contre, le regroupement de GMF sur plusieurs sites ajoute des difficultés qui sont à la fois logistiques (trouver des lieux communs de rencontre) et « conceptuels » liées au processus d'harmonisation des pratiques. En effet, l'hétérogénéité des pratiques médicales (notamment en ce qui a trait à la pratique multidisciplinaire) représente des obstacles dans la définition d'une vision commune du GMF et dans l'établissement de la collaboration interprofessionnelle.

La collaboration entre les médecins et les infirmières est favorisée quand les médecins partagent une vision commune du rôle des infirmières, qu'ils les voient comme collaboratrices plutôt qu'assistantes et que les infirmières ont l'occasion de démontrer leurs compétences spécifiques et la plus-value qu'elles apportent. Quand cette collaboration est réelle, on constate un enrichissement réciproque des pratiques des deux professions.

Ces changements de pratique et cette collaboration interprofessionnelle ont été perçus de manière positive par les clientèles inscrites. Des améliorations ont été constatées sur les plans suivants : accessibilité pendant les heures ouvrables, accessibilité hors des heures ouvrables, coordination médecin-infirmière, globalité des soins et connaissance du patient.

Sommaire

Un GMF est une nouvelle organisation composée de médecins de famille travaillant en groupe, en collaboration étroite avec des infirmières, et qui offre une gamme étendue de services à une clientèle qui s'y inscrit librement. La politique GMF reprend à son compte les éléments d'accessibilité accrue, d'équipes multidisciplinaires et de technologies d'information, qui caractérisent les diverses initiatives canadiennes visant à réorganiser les services de santé de première ligne et à mieux les coordonner à l'ensemble du système. Elle ne modifie toutefois pas de façon significative le mode de rémunération des médecins et les modalités entourant l'inscription des clientèles y sont moins contraignantes.

Adoptant l'angle de la réorganisation du travail et de la collaboration interprofessionnelle, la présente étude, qui s'est déroulée sur une période de deux ans, a évalué la mise en place de 5 GMF qui faisaient partie de la première vague d'implantation de cette nouvelle politique au Québec. L'étude s'est intéressée à la manière dont le fonctionnement en mode GMF redéfinissait la pratique de groupe et la collaboration entre les professionnels (entre les médecins, et entre ceux-ci et les infirmières); elle s'est intéressée également aux résultats de cette redéfinition pour les clientèles inscrites. Les sources de données proviennent de 106 entrevues individuelles effectuées auprès de professionnels et de gestionnaires, d'enquêtes par questionnaires auprès de 2 755 patients et 88 professionnels, de groupes de discussion auprès de 22 patients et d'analyse documentaires (lettres, mémos, protocoles de soins, etc.).

Résultats et implications

La création des GMF s'est inscrite dans un contexte à forte teneur politique et leur implantation s'est déroulée selon un calendrier accéléré et pas toujours synchronisé. La conception et l'ingénierie de la politique GMF ont évolué en même temps que sa mise en œuvre sur le terrain. Cette situation a engendré d'importantes tensions chez les premiers GMF sélectionnés, qui ont dû s'engager dans un changement important et s'approprier les attributs d'un nouveau modèle d'organisation de la pratique sans disposer des leviers et du soutien nécessaires.

La dynamique d'implantation

Deux grandes visions du GMF motivent les médecins à s'y engager. L'une repose sur un *idéal de pratique* (prise en charge plus globale de leur clientèle, offre de services plus continue et plus accessible), et l'autre est davantage d'ordre *pragmatique*, (partage des gardes, couverture des heures défavorables, etc.). Les médecins voient également de façon différente le rôle des infirmières dans un GMF, allant d'un rôle accru, caractérisé par l'autonomie, à un rôle « d'accélérateur » de la production de soins. Dans chacun des GMF, ces visions cohabitent (à des degrés différents) et se sont révélées une source de tension pour certains GMF.

L'implantation des GMF exige la mise en commun de pratiques médicales souvent hétérogènes (habitudes de pratique, traditions institutionnelles). Cela accroît le défi d'harmonisation des pratiques. Malgré ces défis, la pratique de groupe s'est développée ou s'est consolidée, fut-ce à des degrés variables, dans tous les GMF étudiés. Cette émergence d'une pratique de groupe exige cependant des outils, l'un des principaux étant le travail de collaboration nécessaire au développement de protocoles de soins.

L'inscription des clientèles aux GMF s'est déroulée de manière beaucoup plus aisée que prévu. Plusieurs estiment cependant que les cibles fixées par le MSSS ne tiennent pas compte de facteurs comme les particularités des clientèles ou les pratiques variées des médecins.

L'offre de services des GMF étudiés, en dépit de la cohabitation de visions parfois différentes et de pratiques parfois hétérogènes, n'a pas donné lieu, comme on aurait pu le croire, à des disparités importantes.

Les principales embûches à l'implantation ont été :

La lourdeur du processus gouvernemental d'implantation des GMF; les ententes contractuelles particulièrement celles entourant l'embauche des infirmières (qui conservent un lien d'emploi avec le CLSC) soulèvent des difficultés; les systèmes d'information, dont l'implantation a tardé, ont déçu les professionnels qui y ont vu une lacune importante du soutien à l'implantation; le manque de soutien au processus de changement a été déploré dans tous les GMF à l'étude.

Les principaux atouts à l'implantation ont été :

Le financement et le rôle du personnel de soutien (secrétaire et technicienne en administration); les chargés de projet régionaux, une fonction qui, paradoxalement, a cessé d'être financée une fois l'accréditation obtenue; l'appui de la FMOQ; la présence d'un leadership fort au sein des GMF, cohérent avec les orientations de la politique GMF.

Collaboration interprofessionnelle et pratiques cliniques

Au cours des deux années d'observation, la collaboration entre les médecins et les infirmières a connu, dans la majorité des GMF à l'étude, un progrès notable. Elle est à créer pour le cinquième. Le partage des responsabilités s'est fait à des degrés différents et selon des modalités variables à l'intérieur de chaque GMF; les marges de la collaboration étant fixées par la conception que les médecins et les infirmières se font de leur rôle. Cette situation est saine, car elle permet une évolution de la collaboration qui respecte le rythme des professionnels, mais elle est exigeante pour les infirmières qui doivent s'adapter à différentes modalités d'interactions avec les médecins, voire difficile dans les cas où les médecins ne leur permettent pas d'utiliser leur plein potentiel.

Dans les GMF où le développement de la collaboration est le plus avancé, ce sont le leadership, la confiance et la formalisation (protocoles) qui sont mis en évidence. Dans les GMF où la collaboration est moins avancée, ce sont le faible développement des finalités à donner au GMF et au concept de collaboration avec l'infirmière qui ressortent. La confiance est au cœur de la collaboration entre médecins et entre ceux-ci et les infirmières. Elle est basée sur la perception de la compétence de l'autre et est en lien avec les connaissances de son champ de pratique. La formalisation des protocoles de soins est également au cœur de la collaboration : en période de développement des GMF, elle fournit aux professionnels l'occasion de mieux se connaître et de négocier le partage des responsabilités. Il en va de même pour les outils qui favorisent les échanges entre les professionnels, comme les réunions statutaires et les réunions de sous-comités médecins-infirmières.

Le développement de la pratique infirmière en GMF

Sur le plan du *travail clinique*, on note deux types de pratique, exercés à différents degrés selon les GMF. Le premier type (soins continus, suivi des malades chroniques à partir d'une approche globale) s'est révélé plus important dans les GMF en CLSC et en UMF. Le deuxième (soins ponctuels, effectués en appui au médecin) prend plus d'importance dans les GMF en cabinet privé.

Sur le plan du *travail d'équipe*, quatre points principaux doivent être notés : les discussions de cas se font de manière informelle plutôt que formelle; à l'exception d'un cas, les infirmières participent aux réunions du GMF; les protocoles de suivi sont élaborés selon les besoins du GMF; à l'exception d'un cas, les infirmières ont des rencontres cliniques.

Les dimensions éthiques

La consolidation du modèle GMF a amené les professionnels à se questionner sur ce qui les motivait à pratiquer leur profession. Du point de vue infirmier, le GMF a été perçu, et est expérimenté, comme le lieu permettant le déploiement d'une pratique centrée sur l'autonomie professionnelle. Le dilemme moral qui préoccupe les professionnels est celui du conflit d'allégeance, en contexte de ressources limitées, entre l'accessibilité accrue de la population du territoire à un médecin de famille et l'amélioration de la continuité et de la qualité des soins à la clientèle du GMF.

Le point de vue des patients

L'enquête révèle que la majorité des usagers ne voient que des avantages à s'être inscrits à un GMF. Certains médecins de famille appréhendaient la participation des infirmières à la prise en charge conjointe de différentes clientèles. L'enquête et les groupes de discussion suggèrent que ces appréhensions ne sont pas fondées.

Ainsi, de manière générale, on observe des améliorations pour les dimensions suivantes (présentées par ordre d'importance de l'amélioration constatée) : l'accessibilité hors des heures ouvrables; l'accessibilité pendant les heures ouvrables; la coordination médecin-infirmière; la globalité des soins; la connaissance du patient.

Discussion des résultats

La politique qui a donné naissance aux GMF était une politique exigeante à plusieurs égards et visait des objectifs larges et ambitieux, qui concernent l'ensemble des services de première ligne et dont l'atteinte dépasse les seuls GMF. Les cliniciens qui ont eu à l'implanter n'ont pas pu compter sur tous les leviers et tout le soutien qui leur auraient été nécessaires pour traduire toutes les caractéristiques associées à une pratique de groupe dans la réalité.

Pourtant, l'implantation des GMF a permis un changement réel dans les pratiques médicales et infirmières de la première ligne. Ceci appuie l'idée qu'un investissement modeste, mais ciblé (comme l'a été la politique GMF, pragmatique, graduelle et misant sur les modes d'organisation en place), est plus susceptible d'entraîner des changements, que ne l'est un projet global de changement, souvent détaché des opérations et de l'organisation du travail en milieu clinique, et ce, même si toutes les conditions de succès ne sont pas réunies.

L'OBJET DE LA RECHERCHE : LES GMF

Au cours des dernières années, à travers le Canada, diverses initiatives ont visé à réorganiser les services de santé de première ligne et à mieux les coordonner aux autres éléments du système. On pense, par exemple, aux *Family Health Networks* et *Family Health Teams*, en Ontario, ou à l'intégration d'infirmières praticiennes aux centres de santé, en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick. Malgré leurs particularités, ces initiatives tentent toutes d'intégrer les cinq éléments de base de toute réforme des services de première ligne : inscription des clientèles; accessibilité accrue; équipes multidisciplinaires; technologies d'information avancées; nouveaux modes de rémunération des médecins, où le paiement à l'acte n'est plus la principale source (2).

Ce mouvement a également touché le Québec, qui a fait des Groupes de médecine de famille (GMF) l'une des pierres d'assise de sa réforme. Proposé par la Commission Clair en décembre 2000(3), un GMF est essentiellement une nouvelle organisation composée de médecins de famille travaillant en groupe, en collaboration étroite avec des infirmières, et qui offre une gamme étendue de services à une clientèle qui s'y inscrit librement. Il s'insère dans le plan d'organisation régionale des services de l'agence régionale.

Les objectifs des GMF (selon le MSSS - 2002)

- Donner à tous les Québécois et à toutes les Québécoises l'accès à un médecin de famille.
- Assurer une plus grande accessibilité des services ainsi que la prise en charge globale (continuité des services) et le suivi des patients.
- Améliorer la prestation et la qualité des soins médicaux ainsi que l'organisation des services de première ligne.
- Développer une plus grande complémentarité des services avec les CLSC.
- Reconnaître et valoriser le rôle du médecin de famille.

La politique GMF reprend à son compte les éléments d'accessibilité accrue, d'équipes multidisciplinaires et de technologies d'information, mais elle ne propose pas de nouveau mode de rémunération des médecins et les modalités entourant l'inscription des clientèles y sont moins contraignantes.

Annoncée par le Ministre en mai 2001, l'implantation de la première vague des GMF a débuté à l'automne 2002. En février 2006, un peu plus de 100 GMF étaient en activité ou à des stades variables d'implantation. Environ 1 000 médecins de famille et 200 infirmières y travaillent et près de 800,000 Québécois y sont inscrits. D'autres GMF sont en phase d'accréditation.

Selon le MSSS (2002), un GMF doit présenter les attributs suivants :

- 8 à 10 médecins qui se regroupent.
- 2 infirmières, ayant un lien d'emploi avec le CLSC.
- Une clientèle qui s'inscrit (1200 à 1500 patients par médecin /plein temps).
- Une offre de service définie après ententes avec la RR et le CLSC, prévoyant notamment une couverture des heures défavorables (accès 365 jours par an).
- Un soutien administratif : une secrétaire et une technicienne en administration.
- Un dédommagement pour la location d'espaces supplémentaires pour accueillir le personnel additionnel (800pi² de location).
- Une bonification de la rémunération : forfait inscription (7\$ par patient; 14\$ si « vulnérable »); possibilité de facturer 3 heures par semaine pour du travail non clinique (appels; rencontres d'équipe; travail pour le GMF); forfait de garde en disponibilité (24/7).
- L'informatisation (les immobilisations restent la propriété du techno-centre régional)
- Des corridors de services pour un accès aux plateaux techniques et à certains services spécialisés.

LES QUESTIONS DE RECHERCHE

Adoptant l'angle de la réorganisation du travail et de la collaboration interprofessionnelle, notre projet a évalué la mise en place de 5 GMF qui faisaient partie de la première vague d'implantation de cette nouvelle politique au Québec. L'étude s'est intéressée à la manière dont le fonctionnement en mode GMF redéfinissait la pratique de groupe et la collaboration entre les professionnels (entre les médecins, et entre ceux-ci et les infirmières); elle s'est intéressée également aux résultats de cette redéfinition pour les clientèles inscrites. L'influence et l'effet des facteurs structurels et organisationnels de l'environnement interne et externe ont été pris en compte, de même que les aspects éthiques de cette redéfinition de la collaboration entre professionnels.

LA MÉTHODE DE RECHERCHE

Notre cadre d'analyse, en intégrant les connaissances actuelles sur le changement et sur la collaboration professionnelle, met en lumière les conditions et les processus selon lesquels le modèle GMF peut consolider une nouvelle organisation des soins de première ligne et produire des effets appréciables pour les patients (4) (5) (6). Il postule que la mise en place d'une nouvelle organisation dépend de la cohérence du projet proposé par rapport à trois facteurs: la perception des problèmes et des solutions par les acteurs (leur vision), les compétences et le leadership organisationnels qu'ils sont en mesure de mobiliser, les ressources dont ils disposent.

Le changement s'opère dans un contexte sociopolitique donné, qui génère des pressions

sur l'organisation et qui contribue à créer un environnement externe plus ou moins incertain et changeant.

Le devis retenu est l'étude de cas multiples avec unités d'analyse imbriquées. Les cas retenus peuvent être qualifiés de « révélateurs » (7). Ils ont été choisis afin de contraster les caractéristiques structurelles jugées fondamentales compte tenu des questions de recherche : le nombre et le type d'organisations que le GMF proposait de réunir. Cinq cas ont été retenus pour étude.

GMF A : issu d'un CLSC; un site principal; ville de taille moyenne; longue histoire de pratique de groupe et de collaboration interprofessionnelle.

GMF B : issu d'un CLSC et de 2 cliniques privées; sites multiples; ville de petite taille; pas d'histoire de pratique de groupe ni de collaboration interprofessionnelle.

GMF C*: issu d'une clinique familiale (milieu d'enseignement); un site, grand centre urbain; longue histoire de pratique de groupe mais non de collaboration interprofessionnelle.

GMF D*: issu d'un CLSC (milieu d'enseignement); sites multiples; grand centre urbain; longue histoire de pratique de groupe mais non de collaboration interprofessionnelle.

GMF E : issu de cabinets privés; sites multiples; 12 municipalités; pas d'histoire de pratique de groupe ni de collaboration interprofessionnelle.

*Les GMF C et D, qui formaient une seule entité au début de l'étude, ont été scindés parce qu'ils comptaient trop de médecins par rapport aux normes.

Voir la description détaillée à l'ANNEXE 2

La collecte de données s'est déroulée sur deux ans et a coïncidé avec la période de mise en œuvre des GMF. Les premières mesures ont été faites en 2003, alors que les 5 GMF étaient en opération depuis environ 6 mois. Les dernières mesures ont été réalisées en 2005.

La triangulation des méthodes de mesure (questionnaires et échelles; documentation et archives; entrevues semi-structurées et groupes de discussion; observation directe de réunions; bases de données) a été faite pour presque tous les phénomènes étudiés. Par exemple, l'accessibilité a été mesurée à partir de l'étude de l'organisation de la pratique, de la documentation de politiques internes, d'entrevues avec les professionnels et de l'évaluation de la perception de la clientèle.

Les données proviennent de 106 entrevues individuelles auprès de professionnels et de gestionnaires, d'enquêtes par questionnaires auprès de 2 755 patients et 88 professionnels, de groupes de discussions auprès de 22 patients et d'analyse documentaire (lettres, mémos, protocoles de soins, etc.).

ANALYSE ET RÉSULTATS

Le lancement des GMF : une opération en dents de scie, qui a manqué de synchronisme

La création des GMF s'est inscrite dans un contexte à forte teneur politique, où on l'a souvent présentée comme la panacée aux problèmes de l'engorgement des urgences et des listes d'attente. Une fois que la décision de recourir à cette politique eut été prise, son implantation s'est déroulée selon un calendrier accéléré et pas toujours synchronisé.

Ainsi, on a procédé très rapidement aux premiers appels d'offres alors même que les ententes cadres entre les politiques, les technocrates et les organismes professionnels restaient à conclure, le cadre réglementaire à compléter, les modalités organisationnelles à préciser. Dans ce contexte, il n'est pas étonnant de constater que les propositions soumises pour supporter la candidature des 5 GMF à l'étude émanaient d'une réflexion antérieure à l'appel d'offres. Par ailleurs, le cadre même de cette réflexion a varié sensiblement selon les groupes. Pour certains GMF (A et B), la réflexion a reçu le soutien du DRMG au niveau régional, alors que pour d'autres (C, D et E), elle s'est faite de façon plus isolée, ces derniers devant développer leur projet malgré un appui limité au niveau régional.¹ Une telle disparité a pu exister parce que le cadre de gestion de l'implantation manquait de clarté. La gestion des appels d'offres s'est faite au niveau provincial, court-circuitant souvent le rôle des instances régionales, qui en étaient encore à définir leur organisation des services de première ligne. Pour encadrer et coordonner le déploiement des GMF, le MSSS avait créé le Groupe de soutien à l'implantation des GMF (GSI), à qui il avait confié deux tâches principales : établir des liens avec les représentants des diverses instances, y inclus les diverses composantes des régies régionales, et appuyer les professionnels des GMF dans la réalisation de leur vision.

En somme, la lenteur qui a marqué la conception et l'ingénierie de la politique GMF a contrasté avec la rapidité qui a entouré son lancement et a fait en sorte que cette étape a chevauché la mise en œuvre de la politique sur le terrain. Selon les témoignages recueillis, cette situation a engendré d'importantes tensions chez les premiers GMF sélectionnés, qui ont dû s'engager dans un changement important et s'approprier les attributs d'un nouveau modèle de services sans disposer de balises réglementaires claires, tout en continuant à fournir leurs services habituels. Tous ces facteurs ont influé sur la dynamique d'implantation.

¹ On retrouve à l'annexe 2 la description des GMF à l'étude et un résumé de leur évolution pendant les deux années d'observation.

La dynamique d'implantation : une appropriation du modèle à géométrie variable

Une offre de services comparable, malgré des façons différentes de voir et de faire les choses

- **La vision** qui sous-tend la décision des médecins des 5 GMF étudiés à adopter cette politique découle, selon nos observations, de deux ordres principaux de motifs. Certains voient dans le GMF l'occasion d'appliquer *un idéal de pratique* qu'ils associent à une prise en charge plus globale de leur clientèle et à une offre de services plus continue et plus accessible. Pour d'autres, la vision est davantage *pragmatique*, le GMF étant perçu comme une réponse à certaines difficultés vécues dans l'organisation de la pratique médicale (partage des gardes, couverture des heures défavorables, etc.).

Les médecins entretiennent également des visions très variables du rôle des infirmières dans un GMF. Ceux qui ont une expérience de pratique en CLSC ont exprimé généralement une vision plus large du rôle des infirmières, caractérisé par l'autonomie. D'autres voient plutôt ce rôle comme celui d'un « accélérateur » de la production de soins, ce qui n'est guère surprenant, selon une infirmière du GMF B, puisqu'on a « vendu » le GMF aux médecins des cliniques privées en leur disant « *on vous donne des infirmières pour accélérer la pratique* ».

Dans chacun des GMF, ces visions cohabitent, mais à des degrés différents. Cette disparité des visions s'est révélée une source de tension pour certains GMF dès les premiers mois d'opération. Elle explique en partie les variations que l'on constate dans la mise en œuvre de certains attributs du GMF, comme la pratique de groupe, l'inscription des clientèles, le développement de l'offre de services et l'implication de l'infirmière.

- **La pratique médicale de groupe**², qui se caractérise par une prise en charge et un suivi partagés d'un ensemble de patients par un groupe de médecins, représente l'un des principaux attributs de la politique GMF. Or, les entrevues révèlent que l'implantation des GMF exige la mise en commun de pratiques médicales souvent hétérogènes. Le nombre de sites sur lesquels un GMF se déploie s'est avéré un enjeu important. En effet, quand le regroupement met en présence des médecins qui ont chacun leur histoire et leurs habitudes de pratique ou qui sont issus de traditions institutionnelles différentes, comme les médecins travaillant en cabinet privé et les médecins travaillant en CLSC (B et E),

² La littérature actuelle permet de retenir six variables qui caractérisent la pratique de groupe. Ce sont : le partage des dépenses, la mise en commun des dossiers, l'existence d'une vision autour d'un projet, le partage des tâches, le partage du revenu et les activités autour de la clinique (Yvon Brunelle, La pratique de groupe, fait pour le groupe de travail sur la première ligne, Direction des services médicaux et médecin universitaire, Ministère de la Santé et des Services sociaux, février 2006).

le défi d'harmonisation des pratiques est encore plus grand. Mais le développement de cette pratique de groupe peut se révéler difficile même lorsque les médecins partagent une vision commune du GMF. Ce fut le cas, par exemple, d'un GMF d'enseignement, où le projet pédagogique et le projet clinique se disputaient la priorité. Malgré ces défis, nos données laissent toutefois voir que cette pratique de groupe s'est développée ou s'est consolidée, fut-ce à des degrés variables, dans tous les GMF étudiés.

L'analyse des cinq GMF étudiés laisse également voir de façon claire l'importance de disposer des « outils » pertinents pour faciliter l'émergence d'une pratique de groupe. Le travail de collaboration nécessaire au développement de protocoles de soins constitue l'un de ces principaux outils.

- **L'inscription des clientèles** aux GMF s'est déroulée de manière beaucoup plus aisée que prévu. Tous les GMF observés ont principalement inscrit les clientèles déjà suivies par les médecins du groupe. En fait, c'est seulement en 2005, lorsque le MSSS a fait du nombre de patients inscrits une condition au renouvellement de l'entente, que l'inscription des clientèles est devenue problématique. En effet, certains GMF (C et D), qui traitaient historiquement un volume moins élevé de patients, ont eu de la difficulté à atteindre les objectifs définis par le MSSS. Plusieurs mentionnent que ces cibles ne tiennent pas compte de facteurs qui influent pourtant de manière déterminante sur le nombre de patients que le groupe peut prendre en charge. Ils citent, notamment, les particularités des clientèles (âge, état de santé, maladie mentale, toxicomanie, etc.) et les pratiques variées des médecins (hospitalisation, obstétrique, etc.). Ces dernières influencent en effet le ratio de médecins « équivalent temps plein » attribué au GMF pour le calcul de son objectif d'inscription, puisque la pratique hospitalière n'est pas comptabilisée dans les « activités GMF ». On comprend donc que l'intention du gouvernement de lier le financement des GMF au nombre d'inscriptions a engendré une frustration importante dans tous les GMF étudiés. Ils ont dénoncé le caractère unilatéral de cette mesure, qui venait changer les règles du jeu une fois la partie entamée, ainsi que le fait qu'elle repose sur un seul indicateur (le nombre de patients inscrits), qui ne reflète pas l'ensemble des objectifs du GMF. Depuis l'été 2005, des aménagements ont été négociés pour pondérer certains types de pratiques et de clientèles.
- **L'offre de services** des GMF étudiés, en dépit de la cohabitation de visions différentes et de pratiques parfois hétérogènes, n'a pas donné lieu, comme on aurait pu le croire, à des disparités importantes. Les cinq GMF présentent en effet une offre de services à plusieurs

égards comparable : suivi avec rendez-vous, sans rendez-vous, garde en disponibilité pour clientèles vulnérables. Les différences portent surtout sur les heures de cliniques sans rendez-vous réservées aux clientèles inscrites. Ces différences s'appuient sur les pratiques antérieures. Certains GMF ont réaménagé les horaires pour que chaque médecin traitant puisse intégrer des urgences aux consultations régulières, de façon à favoriser la continuité pour leur clientèle inscrite. Le travail avec les infirmières a représenté un atout à cet égard, le triage téléphonique, le travail à Info Santé ou leur participation au suivi assurant plus de continuité aux soins tout en permettant aux médecins de consacrer plus de temps à d'autres patients.

« On finit par voir beaucoup plus de nos urgences à tous les jours, qui, antérieurement, seraient peut-être allés directement dans un sans rendez-vous ».

Un parcours plein de défis; un soutien frileux, voire défaillant

- **La lourdeur du processus gouvernemental** d'implantation des GMF a été dénoncée par tous les GMF étudiés. L'entente initiale est perçue comme étant lourde, particulièrement lorsqu'on la compare à celle qui régit les cliniques réseaux³, développées pour contrer la difficile percée des GMF à Montréal.
- **Les ententes contractuelles** entre les GMF et les infirmières (qui conservent un lien d'emploi avec le CLSC) semblent aussi soulever des difficultés. Les infirmières jugent que les lignes d'autorité sont confuses, alors que certains médecins ont été frustrés par les négociations avec le syndicat local.

« La première année c'était l'enfer, je ne revivrai jamais ça. Jamais. Les problèmes qu'on a eus avec le syndicat, ici!... ».

- **Le manque de soutien au processus de changement** a été déploré dans tous les GMF étudié. De façon générale, les GMF se sont sentis plus ou moins abandonnés à eux-mêmes, sans soutien concret pour gérer les changements qu'ils avaient à implanter. Dans les CLSC où la direction n'adhérait pas à la politique GMF et ne l'a donc pas soutenue de son leadership, le processus d'implantation a été plus lent et plus laborieux.

³ La clinique réseau a la responsabilité d'assurer un accès à des services médicaux diagnostiques et thérapeutiques 7 jours sur 7. Des « corridors de services » sont négociés avec le secteur des services spécialisés. Un intervenant pivot - infirmière - se joint à l'équipe médicale pour favoriser les échanges avec les milieux spécialisés et les médecins traitants. Ces cliniques ont aussi la responsabilité d'assurer l'accès à un suivi médical pour les patients souffrant de maladies chroniques qui n'ont pas de médecin de famille.

« Ça faisait 5 minutes que je parlais avec lui [le DG d'un CLSC] et il me dit "Si c'était juste de moi, les GMF n'existeraient pas" ».

« ... le directeur du CLSC, lui restait complètement retiré de tout ça. Il faisait le porte-parole, c'est tout. Aucun support de sa part. »

Par ailleurs, même si les professionnels reconnaissent l'ampleur du défi que devait relever le GSI, ils estiment ne pas avoir bénéficié de l'accompagnement dont ils avaient besoin et qu'on leur avait promis pour faire face au changement.

- **Les systèmes d'information**, dont l'implantation a tardé, ont déçu les professionnels qui y ont vu une lacune importante du soutien à l'implantation. Seul le courrier électronique et le matériel informatique ont été améliorés, alors que l'accès aux tests diagnostiques, le dossier informatisé du patient et les prescripteurs sont toujours attendus. L'informatisation des GMF a été décrite comme « éprouvante », voire un « running gag ».

Des atouts précieux, qui sont venus rééquilibrer la donne

Les propos des acteurs permettent de mettre en relief l'impact positif de quatre facteurs, dont la présence a permis de contrebalancer les difficultés rencontrées.

- **Le financement du personnel de soutien** (secrétaire et technicienne en administration) s'est révélé un atout essentiel pour l'implantation, la technicienne en administration, notamment, y jouant un rôle crucial. Les ressources allouées ont été consacrées, à des degrés divers, à l'inscription des clientèles (la secrétaire surtout) et aux interactions avec le CLSC, les agences et le MSSS (la technicienne en administration). Suite à la consolidation du GMF, il est probable que le rôle de la technicienne en administration soit appelé à évoluer, probablement vers une contribution accrue au développement de la gestion de l'information et de la qualité au sein du groupe.
- **Les chargés de projet régionaux** ont joué, du point de vue des GMF, un rôle très important dans le développement de l'offre de service. Par contre, cette fonction contribue surtout à la phase initiale de mise en œuvre, jusqu'à ce que l'accréditation soit obtenue par le groupe.

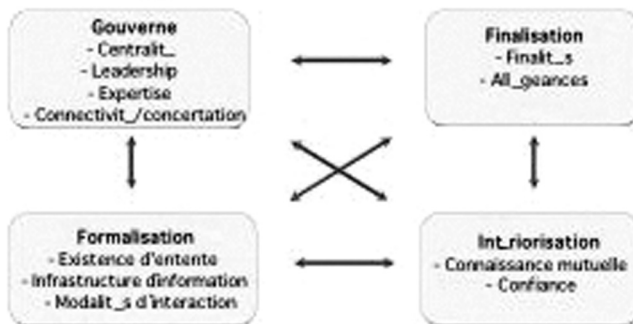
- **L'appui de la FMOQ** a été jugé comme un apport utile par tous les GMF observés. Comme l'explique un médecin responsable (B), si initialement la FMOQ ne voyait pas le GMF d'un très bon œil, « *maintenant ils ont complètement embarqué là-dedans et ils nous épaulent beaucoup. Ils réalisent qu'il y avait un besoin pour ça* ».
- **La présence d'un leadership** fort, cohérent avec les orientations de la politique GMF, s'est révélé un atout particulièrement important pour aplanir les difficultés inhérentes à l'intégration d'une nouvelle structure à une structure existante. Dans les CLSC, où la politique GMF ne faisait pas toujours l'unanimité, l'adhésion de la direction au projet et l'exercice d'un leadership de sa part a grandement contribué à pallier la lourdeur administrative en apportant les ajustements nécessaires.

De façon générale, le leadership repose essentiellement sur une ou deux personnes, dont le médecin responsable, qui fut dans tous les cas le principal instigateur du projet et qui a mobilisé le groupe de médecins. Le leadership a cependant connu une évolution variable selon les GMF. Dans deux GMF (A et D), il a été partagé avec les infirmières. Ce sont ces deux GMF où le rôle des infirmières s'est développé le plus rapidement et avec le plus d'intensité. Dans un GMF (A), le leadership s'est développé en synergie avec le leadership régional. Cette étroite relation a permis au GMF de contribuer au développement régional de la politique GMF, tout en favorisant le maintien d'un momentum dans l'implantation du GMF concerné. Deux GMF (B et D) ont changé de médecins responsables, ce qui, dans le cas du GMF D, a limité la progression de l'implantation. Enfin, dans d'autres GMF (C et E), on a observé que les tâches remplies par le responsable du GMF à l'extérieur de son groupe a limité le temps qu'il a pu consacrer aux responsabilités internes. Une telle situation a pu ralentir le développement de ces GMF.

Collaboration interprofessionnelle et pratiques cliniques

Notre étude du développement de la collaboration interprofessionnelle s'appuie essentiellement sur le cadre d'analyse proposé par D'Amour et collaborateurs (5), qui évalue ce développement à partir de dix indicateurs, regroupés dans quatre dimensions (annexe 3).

FIGURE 2
Modèle de structuration de la collaboration (Dour, 1997)



Les quatre dimensions du modèle de structuration de la collaboration professionnelle

1. la *formalisation* : les règles et procédures explicites dont se sont dotés les professionnels en termes d'organisation du travail;
2. la *finalisation* : les objectifs et finalités des différents professionnels impliqués dans le GMF;
3. l'*intériorisation* ou le sentiment de former une équipe, donc que les professionnels se connaissent et se fassent confiance;
- 4 la *gouverne* de la collaboration, incluant le leadership et les lieux de concertation.

Une typologie de la collaboration à trois niveaux :

1. la *collaboration « en action »*, c'est-à-dire stable, non fragilisée par les aléas et soubresauts du contexte, qui se caractérise par le partage consensuel des responsabilités;
2. la *collaboration « en construction »*, c'est-à-dire récente ou peu ancrée, voire mise à l'épreuve, qui se caractérise par un fragile partage des responsabilités, mais où le processus de négociation est bien vivant;
3. la *collaboration « en latence »*, c'est-à-dire à toutes fins utiles inexistante ou marquée par des relations conflictuelles, qui se caractérise par une quasi-absence de relation, de négociation ou par la présence importante de forces en opposition; ce type de collaboration peut neutraliser la capacité d'un système à développer une collaboration satisfaisante.

Les entretiens réalisés à partir de ce cadre (auprès de toutes les infirmières et d'un échantillon de médecins) ont été complétés par un questionnaire remis à l'ensemble des professionnels (taux de réponse 51 %) et constitué de deux outils de mesure : l'Échelle de Jefferson, qui vise à mesurer les attitudes envers la collaboration médecin - infirmière (8) et le Questionnaire de mesure et de satisfaction concernant la collaboration et la convenance des rôles entre médecins et infirmières (9).

Une collaboration qui progresse partout, à un rythme et une intensité variables

Au cours des deux années à l'étude, la collaboration entre les médecins et les infirmières a connu, dans la majorité des GMF, un progrès notable. Si cette collaboration est « en construction » dans un GMF (E) et reste encore « en latence » dans un autre (B), elle est passée, dans trois des cinq GMF (A, C et D), d'une collaboration « en construction » à une collaboration « en action ». On peut même affirmer que, dans les GMF qui en avaient fait une priorité, cette collaboration interprofessionnelle a franchi des pas de géant. L'analyse transversale des cinq GMF étaye l'idée que la collaboration est bel et bien un processus (voir annexe 4).

Dans les GMF étudiés, une des premières étapes de ce processus a été franchie quand les professionnels se sont entendus sur des finalités communes, cet accord se traduisant par la suite dans un partage de responsabilités où les infirmières assument un rôle véritable de collaboratrices. À son tour, ce partage des responsabilités a conduit à une démarche de formalisation, grâce surtout au travail sur les protocoles de suivi conjoint. Cette formalisation est considérée comme une étape charnière pour deux raisons principales : elle permet de rendre explicites et de préciser les attentes et les responsabilités de chacun; elle fournit aux professionnels une occasion privilégiée d'apprendre à se connaître, de négocier entre eux et de se faire confiance.

« Quand je suis arrivée ici, ils n'avaient aucune idée de ce que l'infirmière est capable de faire. Alors, on a fait nos protocoles et nos plans d'enseignement, et ça leur a montré : Ah! Vous faites tout ça... »

« Plus on se parle, plus on voit les réalités des autres, mieux ça va. Et c'est notre patient qui en bénéficie en bout de ligne. »

- Dans les GMF où ce processus a été mis en branle, il s'est accompagné d'un *leadership* fort, partagé souvent entre le responsable du GMF et un professionnel identifié comme le « porteur » de la collaboration professionnelle. Le processus s'est également appuyé sur des *orientations claires*, qui étaient centrées sur les besoins de la clientèle et qui ont favorisé le renforcement du sentiment d'*allégeance*. Le processus a enfin donné lieu à des occasions de rencontres formelles et informelles, favorables au développement d'un lien entre (*connectivité*) des membres du GMF.
- À l'inverse, les GMF où ce processus de collaboration a été considérablement ralenti sont ceux où le *leadership* était plus diffus, où les finalités n'ont pas été partagées ou n'ont pas fait consensus, notamment en ce qui a trait à la mission du GMF et au rôle des infirmières.

Ce sont généralement des GMF qui ont consacré peu de temps aux rencontres entre professionnels, où le travail sur les protocoles a pris du retard, où les orientations étaient centrées sur les besoins particuliers des médecins et de leurs clientèles respectives, non sur « la » clientèle du GMF. Le mode de travail des infirmières, réparti au prorata des sites ou du temps investi par chaque médecin au GMF, ne favorisait pas le développement d'une allégeance au GMF.

« Si on se rencontre, le médecin perd son temps... Si on décide de se rencontrer, on prend le temps à quel médecin ? Ça fait des chicanes des fois. »

« C'est comme s'il y avait deux GMF. Ça, on se le fait dire souvent... par les clients. »

Il ressort de l'analyse que lorsque les médecins n'arrivent pas à s'entendre entre eux, il est difficile d'instaurer une véritable collaboration avec les infirmières. À cet égard, nous avons observé que l'expérience antérieure des médecins se transpose sur le plan de leurs valeurs et influence leur pratique. Ce phénomène est perceptible, par exemple, dans une pratique où l'infirmière est perçue soit comme une collaboratrice, soit comme une assistante.

Le développement de la pratique infirmière en GMF

Dans le cadre de notre analyse, nous avons distingué la pratique infirmière qui relève du *travail clinique* (reliée directement aux soins aux patients) et celle qui relève du *travail d'équipe* (reliée à la participation, autre que clinique, des infirmières au sein du GMF).

- Sur le plan du *travail clinique*, on note principalement deux types de pratiques, exercés à différents degrés selon les GMF. Le premier type est lié aux soins continus et couvre les activités relatives au suivi des malades chroniques à partir d'une approche globale des soins qui implique divers éléments de la gestion de cas, comme les techniques ou les procédés de soins, l'enseignement, le *counselling*, le soutien affectif ou le réseautage. Ce type de pratique s'est révélé plus important dans les GMF en CLSC. Le deuxième type est lié aux soins ponctuels et couvre les activités effectuées en appui au médecin, comme la vaccination, les ponctions veineuses, la prise de signes vitaux, etc. Ce deuxième type de pratique prend plus d'importance dans les GMF en cabinet privé. On doit mentionner que les infirmières, même si elles affirment utiliser une approche globale, ne travaillent pas avec les membres de la famille du patient. De plus, elles consacrent jusqu'à 40 % de leur temps aux tâches administratives incluant la préparation des protocoles. Enfin, dans la plupart des GMF, elles ne peuvent compter sur l'appui d'un secrétariat. Sur le plan du *travail d'équipe*, quatre dimensions principales émergent des données. D'abord, les

discussions de cas entre médecins et infirmières ou entre infirmières se font de manière informelle plus que formelle. Ensuite, dans tous les GMF sauf un, les infirmières participent aux réunions du GMF. Puis, les infirmières élaborent les protocoles de suivi selon les besoins du GMF et en discutent avec les médecins. Enfin, les infirmières ont des rencontres cliniques entre elles dans tous les GMF à l'exception d'un seul.

Les dimensions éthiques

L'implantation des GMF a entraîné une transformation de l'« environnement » éthique usuel des professionnels. Le changement est repérable à deux niveaux : celui des identités morales des professionnels au sein des relations de collaboration et celui des responsabilités des professionnels du GMF (en tant qu'organisation du réseau) envers la population. L'étude des déplacements des identités morales professionnelles est faite sur les discours des professionnels et analysée à partir d'une typologie établie par Larouche et Flaherty (voir annexe 5) (10), (11). Pour le second niveau, c'est l'analyse du dilemme entre accessibilité et continuité aux soins qui met en évidence le problème éthique de conflits de responsabilité.

Le développement de la collaboration professionnelle : valeurs professionnelles en évolution

La consolidation du modèle GMF a eu deux effets sur la collaboration. Premièrement, les professionnels ont eu à se questionner sur ce qui les motivait à pratiquer leur profession. Deuxièmement, la collaboration est considérée optimale par les professionnels lorsqu'elle s'établit entre des identités morales des professionnelles compatibles et spécifiques.

Du point de vue infirmier, le GMF a été perçu, et est expérimenté, comme le lieu permettant le déploiement d'une pratique centrée sur l'autonomie professionnelle. Ainsi le GMF favorise une distanciation par rapport au modèle «gestionnaire» (l'exécutante) pour mieux s'orienter vers le modèle de la collaboration :

« Notre rôle est vraiment plus attrayant, c'est vraiment agréable, on a beaucoup d'autonomie. Toute cette autonomie là c'est très très plaisant, puis la satisfaction aussi du travail bien fait »

Du point de vue médical, les identités morales professionnelles des médecins sont polarisées entre les modèles de coordination et de collaboration. Un médecin « coordinateur » :

« Transférer des patients, demander à l'infirmière d'utiliser son expertise dans ses champs de connaissance, pour apporter quelque chose de plus aux patients : on ne peut

pas être contre la vertu... Mais je pense qu'à ce moment-là, il faut que le médecin sache exactement ce que l'infirmière fait. De la même manière que moi, quand je fais une demande à l'infirmière, j'explique ce que je veux, il faut que l'infirmière m'informe que "Oui, j'ai révisé la diète avec le patient..."».

Des facteurs personnels (le caractère d'un individu) ou encore organisationnels (la culture du cabinet privé vs celle des CLSC) sont invoqués pour expliquer cette polarisation. Notons que la polarisation des identités est stable entre le début et la fin de la période d'observation. Un déplacement du discours de certains médecins est remarqué par le personnel infirmier. Ainsi, une infirmière perçoit un changement de l'identité morale professionnelle médicale de coordination vers celle de collaboration :

«Oui ils réfèrent, et leur façon de référer a changé. Parce qu'avant, c'était vraiment plus une demande d'exécution et maintenant, c'est plus une demande de collaboration.».

Il appert qu'une relation satisfaisante de collaboration interprofessionnelle sera celle où les professionnels se rapprocheront des identités morales professionnelles de collaboration, selon les typologies respectives.

En conclusion, on peut dire que la politique GMF semble bien avoir eu un effet sur les représentations morales que se font les professionnels au regard de leur rôle. Cet effet se traduit par un déplacement des identités morales professionnelles vers des modèles qui constituent les termes d'une relation optimale, selon la compréhension générale des objectifs du GMF.

Le développement du GMF comme organisation du réseau : un conflit de responsabilités

Le dilemme moral qui préoccupe les professionnels est celui du conflit d'allégeance, en contexte de ressources limitées, entre l'accessibilité accrue de la population du territoire à un médecin de famille et l'amélioration de la continuité et de la qualité des soins à la clientèle du GMF, qui comporte sa part d'augmentation de disponibilité pour améliorer l'accès aux heures défavorables. L'accessibilité et la continuité incarnent deux responsabilités en tension qui peuvent devenir contradictoires, voire divergentes : la continuité est perçue comme une responsabilité des professionnels du GMF envers la clientèle inscrite, alors que l'accessibilité à un médecin de famille est perçue comme une responsabilité envers la population d'un territoire. Ce dilemme est vécu comme un déchirement puisque les professionnels souscrivent à ces deux finalités du modèle GMF, tout en ne disposant pas tous les leviers nécessaires pour augmenter l'accessibilité pour la population de façon significative.

Dans l'ensemble des GMF, on tend à résoudre ce dilemme de manière pragmatique : les professionnels prônent une augmentation ciblée de l'accessibilité en n'acceptant, dans leur nouvelle clientèle, que les personnes vulnérables ou ayant des problèmes sociosanitaires précis, et ce, tant que leur capacité d'assurer la continuité des soins n'est pas compromise. Selon le discours des professionnels sur le partage des responsabilités et la résolution du dilemme, l'amélioration de l'accessibilité est une question qui doit être réglée à un autre niveau que celui des GMF, soit au niveau régional du réseau des soins de santé :

«(...) je suis consciente qu'il y a des patients qui n'ont pas de soins, qui n'en reçoivent pas, mais moi, ma position est qu'on devrait tous faire une médecine de qualité et que c'est aux décideurs de changer un peu la façon dont les soins sont administrés pour que plus de gens aient accès à une médecine de qualité.»

Le point de vue des patients : le GMF, une innovation qu'on apprécie

L'enquête révèle que la majorité des usagers ne voient que des avantages à s'être inscrits à un GMF. Cependant, même après deux ans de fonctionnement, une proportion non négligeable (variant de 18 à 28 % selon le GMF) considère manquer encore d'information générale sur ce qu'est un GMF. Selon la compréhension qui se dégage dans les groupes de discussion, les patients perçoivent la politique GMF avant tout comme un regroupement de médecins qui assurent une accessibilité presque en tout temps et une continuité des soins grâce au dossier partagé. Être inscrit à un GMF confère avant tout un sentiment accru de sécurité et le sentiment qu'on a accès à des professionnels de qualité car « qui se ressemble s'assemble ». La confiance dans son médecin de famille est en quelque sorte transférée au groupe.

Une enquête en 2 temps, conjuguée à 4 groupes de discussion

L'enquête :

- 2 755 personnes recrutées dans les salles d'attente des GMF (1 430 au début, 1 325 après deux ans de fonctionnement).
- Critère d'inclusion : être suivi par un médecin du GMF ou être un usager habituel du GMF (T0); être inscrit au GMF (T2); les patients suivis par des résidents de médecine familiale n'étaient pas éligibles.
- «Questionnaire d'évaluation des soins de première ligne » (12) auto-administré (personnel de recherche sur place pour aider les personnes ayant des difficultés à le compléter).

Les groupes de discussion :

- Objectif : explorer plus en profondeur l'expérience d'un échantillon d'utilisateurs quant à l'accessibilité et à la continuité des soins ainsi que la collaboration professionnelle.
- Quatre groupes, ayant réuni 22 personnes (entre 5 et 6 personnes par groupe).
- Représentation équilibrée des hommes et des femmes, et des divers groupes d'âge.

Entre les deux enquêtes, des différences significatives au plan statistique ont été observées entre les GMF et entre les répondants pour certaines variables socioéconomiques. (Annexe 6) Ces différences ont été contrôlées dans toutes les analyses comparatives.

Les caractéristiques des participants aux enquêtes sont comparables à ce qu'on observe dans des études similaires (12-14), mis à part la proportion de femmes et le taux de scolarisation, un peu plus élevés que ce à quoi on se serait attendu.

Des usagers qui voient d'un bon œil un rôle plus étoffé pour les infirmières

Certains médecins de famille appréhendaient la participation des infirmières à la prise en charge conjointe de différentes clientèles. L'enquête et les groupes de discussion suggèrent que ces appréhensions ne sont pas fondées : seulement 10 % des patients questionnés se sont dits défavorables à rencontrer une infirmière du GMF pour différents types de problèmes. Cette proportion est comparable pour les divers types de problèmes et elle reste stable au cours des deux ans d'observation.

Une expérience de soins qui évolue favorablement après deux ans de fonctionnement

Nous avons retenu 9 indicateurs pour mesurer l'évolution de différentes dimensions des services fournis par les GMF. (Voir annexe 7). Les résultats révèlent une évolution favorable de plusieurs de ces indicateurs.

Ainsi, de manière générale, on observe des améliorations significatives sur le plan statistique pour les dimensions suivantes (présentées par ordre décroissant de l'amélioration constatée) : l'accessibilité hors des heures ouvrables; l'accessibilité pendant les heures ouvrables; la coordination médecin-infirmière; la globalité des soins; la connaissance du patient.

Les indicateurs de qualité des services de première ligne :

- Connaissance du patient
- Prise en charge
- Globalité des soins

- Coordination globale
- Coordination avec les spécialistes
- Coordination médecin-infirmière
- Commodité d'accès
- Accessibilité pendant les heures ouvrables
- Accessibilité hors des heures ouvrables

L'analyse détaillée des indicateurs (élément par élément) permet d'aller un peu plus loin.

- La dimension « **commodité d'accès** » ne s'est pas améliorée dans l'ensemble, mais l'une de ses composantes, les *heures d'ouvertures*, s'est améliorée de façon significative dans tous les GMF observés. Par contre, aucune amélioration n'a été notée en ce qui a trait à la *facilité de rejoindre le bureau du médecin par téléphone pour obtenir un rendez-vous et au temps d'attente pour obtenir un rendez-vous*. On observe même une légère détérioration de la *capacité de rejoindre au téléphone le médecin qui vous connaît le mieux*.
- L'analyse des éléments qui composent la dimension « **prise en charge** » est aussi révélatrice. De façon globale, cette dimension ne change pas. Cependant, la *continuité de l'information* (« si un autre médecin vous voit, votre médecin habituel aura-t-il l'information sur cette visite ? ») s'est améliorée.
- Nous avons cherché à savoir, en introduisant un terme d'interaction dans les modèles de régression linéaire, si certaines dimensions s'étaient améliorées ou détériorées de façon plus marquée dans certains GMF. Cette analyse révèle que dans le GMF E, où la collaboration était préalablement inexistante, la perception qu'ont les usagers de la coordination entre médecins et infirmières s'est proportionnellement améliorée plus que dans les autres. Dans le GMF B, la commodité d'accès s'est détériorée. L'analyse des éléments de cette dimension révèle que cette détérioration touche particulièrement la *facilité de rejoindre le bureau du médecin par téléphone pour un rendez-vous, le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous et l'attitude du personnel à l'accueil*. Le fait que ce GMF ait confié à Info-Santé le soin de gérer les appels pour les problèmes urgents est sans doute un facteur qui a influé sur cette situation.
- Enfin, nous avons vérifié si les usagers vivaient une expérience différente (négative ou positive) selon qu'ils étaient suivis ou non par l'infirmière du GMF. Aucune différence négative n'a été observée. En revanche, « l'accessibilité pendant les heures ouvrables » est perçue de façon encore plus favorable par les patients qui ont été suivis par l'infirmière,

une observation d'ailleurs rapportée par d'autres chercheurs (12). L'intégration de l'infirmière à la dyade médecin de famille - patient n'a pas eu d'effet négatif sur la manière dont les patients perçoivent la coordination globale des soins et la continuité relationnelle, comme certains le craignaient. Cette observation suggère que la politique GMF produit un effet « structurant » sur l'ensemble des professionnels qui y travaillent et des pratiques qui s'y déroulent. On songe, particulièrement, à l'organisation du travail; à l'« homogénéisation » de la pratique médicale par le travail conjoint sur les protocoles, à l'enrichissement réciproque des pratiques médicales et infirmières (par exemple, le travail plus étroit avec les infirmières entraînant une meilleure « éducation au patient »).

DISCUSSION DES RÉSULTATS

Notre analyse doit être mise en relation avec d'autres réalisées au Québec et au Canada. D'autres équipes étudient l'implantation des GMF; leurs données permettront de confirmer que les résultats obtenus s'étendent à d'autres GMF et de mettre en lumière différents aspects de l'implantation qui n'ont pas été abordés dans cette étude.

Il faut aussi souligner que les conditions d'implantation des premiers GMF se distinguent à certains égards des conditions qui ont entouré le lancement des GMF qui ont suivi, notamment par les aléas qui ont caractérisé le lancement de la politique et par le fait qu'il s'agissait de projets longuement mûris, portés par des « champions ».

Une analyse avec des forces et des limites

Les forces

- Cadre théorique rigoureux
- Instruments de mesure validés
- Sources de données variées (triangulation)
- Suivi longitudinal
- « Archétypes » des différents types de GMF

Les limites

- Échantillonnage non aléatoire (on ne peut extrapoler à l'ensemble des GMF)
- Devis non expérimental pour l'analyse des effets de la politique sur les clientèles
- Effets mesurés du point de vue des usagers du GMF et non de la population d'un territoire
- GMF de la « première vague »

Une politique exigeante et ambitieuse qui a réussi à produire des effets malgré les faibles leviers dont elle disposait

Il faut reconnaître que la politique qui a donné naissance aux GMF était (et est toujours) une politique exigeante à plusieurs égards. C'est aussi une politique aux objectifs larges et ambitieux, dont l'atteinte dépasse les seuls GMF, et qui n'a pas toujours eu les moyens de ses ambitions. En effet, les pionniers cliniciens qui ont eu à l'implanter n'ont pas pu compter sur tous les leviers et tout le soutien qui leur auraient été nécessaires pour traduire dans la réalité deux des « caractéristiques » inhérentes au modèle : 1) l'augmentation de l'accessibilité à des services de première ligne pour une population donnée (couverture / déploiement); 2) l'intégration des services, l'accès aux plateaux techniques et aux services de deuxième ligne.

Pourtant, malgré le fait que la politique GMF ne disposait pas de tous les leviers exigés par des changements dans la prestation des services de première ligne, elle a permis un changement réel dans les pratiques médicales et infirmières de cette première ligne. Sur ce plan, nos observations s'ajoutent donc à celles de plusieurs auteurs qui ont récemment proposé d'introduire des changements importants de façon graduelle. (15) (16) Ces auteurs suggèrent qu'un investissement modeste, mais ciblé (comme l'a été la politique GMF), est plus susceptible d'entraîner des changements que ne l'est un projet de changement souvent détaché des opérations et de l'organisation du travail clinique, et ce, même si toutes les conditions de succès ne sont pas réunies.

En effet, les projets de transformation globaux peinent de façon générale à réunir les conditions nécessaires à leur implantation : adhésion des professionnels, maîtrise du processus de changement, appui politique durable, etc. La politique GMF, au contraire, est par nature plus pragmatique, voire « opportuniste », car elle cherche à s'appuyer en grande partie sur les modèles d'organisation de la pratique existants tout en modifiant certains attributs de la pratique qu'on estime porteurs d'effets désirables (pratique de groupe, implication de l'infirmière, offre de services étendue, etc.).

Une politique exigeante

- Introduction de la «*contractualisation*» de plusieurs aspects de la pratique. Consolidation de la *pratique de groupe*.
- Développement de la *collaboration* entre médecins de famille et infirmières.

Des changements observés dans les pratiques après 2 ans de fonctionnement

- 1) Renforcement, chez les professionnels, de la notion de responsabilité envers une clientèle.
- 2) Amorces de changements dans la valeur accordée à la collaboration professionnelle, dans la façon de la concevoir, dans les nouvelles pratiques cliniques qu'elle induit.

- 3) Augmentation de la satisfaction au travail.
- 4) Effets bénéfiques perçus par la clientèle (accessibilité; globalité; coordination; plus grand sentiment de sécurité).

En créant les GMF et en incitant les professionnels à y adhérer sur une base volontaire, on peut conclure que le gouvernement a choisi de transformer les soins de première ligne de façon graduelle, tout en poursuivant l'objectif de les transformer de façon considérable à moyen terme, entre autres en modifiant l'environnement des GMF, comme l'indique la création de structures de première ligne (CSSS et réseau locaux).

Les enseignements à tirer... particulièrement pour les gestionnaires

Nos observations permettent d'apporter des éléments de réponse à plusieurs questions que se posent les gestionnaires engagés dans les réformes : Quels sont les processus qui peuvent aider à la constitution de réelles pratiques de groupe ? Comment favoriser la collaboration des différents professionnels à l'intérieur de ces processus de changement ? Quelles sont les stratégies d'encadrement du changement les plus prometteuses ?

- **L'importance d'une vision précise et cohérente du projet à implanter**

Il s'agit probablement du principal élément qui détermine la capacité d'un groupe de cliniciens à traduire dans leur contexte les attributs du modèle visé. Les groupes qui proposeront des projets regroupant plusieurs sites de pratique ou ayant des appartenances institutionnelles différentes auront à consacrer plus d'énergie pour en arriver à une vision commune et la traduire dans la réalité. En revanche, notre étude montre également que les groupes plus homogènes risquent de leur côté de surestimer leur « communauté de vision » et ainsi, une fois leur proposition d'accréditation acceptée, de faire l'économie du travail de définition et de précision qui s'impose sur cette vision et les valeurs qui la sous-tendent. Il faut aussi insister sur le fait que ces projets, jusqu'à leur acceptation, restent des projets de « médecins entre eux ». Ce n'est qu'en revenant sur la vision de départ avec les infirmières et les autres professionnels concernés que le projet devient véritablement un projet commun.

- **La contribution des autorités locales et régionales**

Notre étude a mis en lumière deux facteurs déterminants pour assurer une information adéquate au responsable du GMF et fournir un soutien solide à son leadership. Ce sont le cadrage du projet dans une réflexion régionale et l'exercice d'un leadership cohérent par les différentes directions du CLSC/CSSS qui sont en relation avec le GMF.

- **La mobilisation de compétences administratives et cliniques diversifiées**

Un double constat se dégage de notre étude : des GMF qui se sont sentis laissés à eux-mêmes et un investissement trop faible dans le soutien à l'implantation du changement. Heureusement, ces lacunes ont pu être en partie palliées par l'engagement de cliniciens très motivés, qui ont pu compter sur le leadership « instinctif » des médecins responsables. On peut croire qu'il n'en sera pas toujours ainsi dans les autres vagues de GMF.

Les « adjointes administratives » ont également joué un rôle crucial, surtout pour 3 des 5 GMF à l'étude qui ont pu recruter des personnes d'expérience avec le concours de leur instance régionale (les Agences de développement des réseaux locaux).

Sur le plan du développement de la collaboration interprofessionnelle, l'absence d'une vision claire sur le rôle des infirmières en GMF indique qu'il faut consentir un investissement soutenu pour construire, à l'échelle locale, un mode d'intégration de la pratique infirmière qui contribuera à la fois au développement de l'offre de services de première ligne et à la satisfaction des attentes exprimées en matière d'autonomie professionnelle. Là où il a su exercer son leadership, le responsable des services infirmiers du CLSC parrain a démontré qu'il pouvait fournir un apport important au développement de cette vision.

Les principaux défis

- **La collaboration entre médecins de famille et infirmières de première ligne**

Les GMF étudiés n'ont pas atteint leur vitesse de croisière sur le plan de la collaboration professionnelle mais des évolutions notables se sont produites. Cette plus grande complémentarité, qui permettrait de dégager des marges de manœuvres et d'étendre l'offre de services à de nouveaux inscrits, reste à établir. Entre les médecins, même lorsqu'ils travaillent dans un même milieu, les pratiques de collaboration sont encore très variables. Par certains aspects, une telle situation peut être saine, mais elle peut aussi compromettre la systématisation de pratiques efficaces.

La collaboration, en évoluant, fait face à de nouveaux défis. L'imputabilité ou la coresponsabilité à l'égard du patient en font partie et risquent de se présenter lorsque que la collaboration a atteint une certaine maturité.

- **Le déploiement de la politique GMF**

Le déploiement de la politique GMF représente un enjeu majeur du succès de la réforme en cours. Ce déploiement doit se faire en concertation étroite avec le reste du réseau, car les GMF, même nombreux, ne disposent pas des leviers nécessaires à la réalisation de leur mandat. En ce sens, la politique GMF devra être plus flexible si on veut permettre à des milieux de pratiques diversifiés de progresser vers une pratique de groupe.

Pérenniser la collaboration interprofessionnelle

- Permettre à différentes formes de pratiques d'émerger : accepter d'innover.
- Mettre en place une organisation des services où les responsabilités de l'infirmière sont définies en fonction de la complémentarité des compétences et des besoins de la clientèle du GMF.
- Faire de la formation professionnelle une priorité.
- Créer un environnement favorable à l'établissement d'une relation de collaboration qui reconnaîtra et valorisera les compétences respectives des professionnels.

Déployer la politique GMF : les principaux enjeux

- L'arrimage avec les services spécialisés.
- Une plus grande flexibilité quant au nombre de médecins et de sites pour former un GMF.
- Une politique attractive : incitatifs financiers, oui... mais satisfaction au travail.
- Des quotas d'inscription réalistes et acceptables.

On devra en outre fournir aux GMF des moyens adaptés au développement et au soutien de cette forme de pratique, le premier qui vient à l'esprit étant évidemment des systèmes d'information performants.

Enfin, la politique GMF devra continuer de présenter de l'intérêt pour les professionnels qui y travaillent ou qui veulent s'y « embarquer ». Cet intérêt doit être évalué en tenant compte des intérêts que présentent les autres modes de pratiques de première ligne, et qui ne sont pas seulement d'ordre économique. La tranquillité d'esprit qu'offre au médecin l'assurance que ses patients seront pris en charge lors d'une absence a aussi été décrite comme un avantage important du fonctionnement en GMF.

Le déploiement des GMF est encore limité, mais cette politique semble déjà produire un effet d'entraînement qui dépasse le seul cadre de son implantation. Le développement de formes

alternatives d'organisation des services de première ligne (cliniques médicales affiliées d'abord, clinique réseaux ensuite) ainsi que les nouveaux rôles assumés par les infirmières dans les services de première ligne ont des effets indirects qui risquent eux aussi d'être porteurs de changement.

Pour les patients, comme pour les médecins qui les soignent, tout laisse donc croire que la systématisation des GMF pourrait engendrer de nombreux bénéfices. Aux uns et aux autres, il faut donner le temps (et surtout les moyens (d'appriivoiser la politique, de se l'approprier et d'en faire un succès.

RÉFÉRENCES

- 1 D'Amour D., Goulet L, Pineault R , Labadie JF, Remondin M. Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets : le cas des services en périnatalité. Groupe de recherche interdisciplinaire R03-07, editor. 2003.
- 2 Shortt S.E.D. Primary Care Reform: Is There a Clinical Rationale? In: Ruth Wilson SEDSaJD, editor. Implementing Primary Care Reform - Barriers and Facilitators. Montreal & Kingston: 2004: 11-24.
- 3 Gouvernement du Québec . Rapport et recommandations - Les solutions émergentes - Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Gouvernement du Québec ed. 2000.
- 4 Contandriopoulos A.-P., Denis JL, Touati N, Rodriguez R. Intégration des soins : dimensions et mise en oeuvre. Ruptures 2001; 8(2):38-52.
- 5 D'Amour D., Sicotte C., Lévy R. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. Sciences Sociales et Santé 1999; 17:67-94.
- 6 Denis JL, Langley A. The Dynamic of Collective Leadership and Strategic Change in Pluralistic Organizations. Academy of Management Journal 2001; 44(4):809-837.
- 7 Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. Newbury Park 1989.
- 8 Hojat M.,Fields SK, Veloski JJ, Griffiths M, Cohen MJ, Plumb JD. Psychometric properties of an attitude scale measuring physician-nurse collaboration. Evaluation & the Health Professions 1999; 22(2):208-220.
- 9 Way D., Jones L, Busing N. Implentation strategies : Collaboration in Primary Care - Family & Nurse Practitioners delivering shared care. The Ontario College of Family Physicians 2000.
- 10 Larouche JM, Flaherty T. The Nurse as Moral Agent. Ethical Deliberation in Multiprofessionnal Health Care Teams. Ottawa: University of Ottawa Press, 2001: 35-56.

- 11 Larouche JM, Flaherty T. The Physician as Moral Agent. Ethical Deliberation in Multiprofessional Health Care Teams. Ottawa: 2001: 57-76.
- 12 Haggerty J., Pineault R , Beaulieu M.D., Brunelle Y, Goulet F, Rodrigue J et al. Continuité et accessibilité des soins de première ligne au Québec : barrières et facteurs facilitants. Montréal: 2004.
- 13 Demers M, Bégin F. Le profil diagnostique de la clientèle des premiers GMF avant l'implantation. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec ed. 2003.
- 14 Starfield B, Cassady C, Nanda J, Forrest CB, Berk R. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. J Fam Pract 1998; 46(3):216-226.
- 15 Denis JL. Governance and Management of Change in Canada's Health System. P.G. Forest, G.P. Marchildon & T. McIntosh ed. Toronto: 2004.
- 16 Hutchison B., Abelson J., Lavis J. Primary Care In Canada: So Much Innovation, So Little Change. Health Affairs 2001; 20:116-131.