



Sommaire des concepts et des modalités d'application de l'interdisciplinarité en première ligne

Perspective canadienne et internationale

Avril 2010



Sommaire des concepts et des modalités d'application de l'interdisciplinarité en première ligne

Perspective canadienne et internationale

Avril 2010

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec 

Auteur

Michelle Gadoury, conseillère

Collaborateur

Françoise Alarie

Production

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à la condition d'en mentionner la source.

4

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010.

ISBN 978-2-89510-698-2 (version imprimée)

ISBN 978-2-89510-699-9 (PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Ce document est disponible :

au centre de documentation de l'Agence : 514 286-5604

à la section «Documentation» du site Internet de l'Agence : www.santemontreal.qc.ca

Table des matières

Introduction.....	6
Historique.....	7
Aperçu des différents modèles de prestation de services de 1 ^{re} ligne.....	9
Les modèles d'organisation des services de santé.....	9
Règles de fonctionnement et pratiques communes aux diverses formes de regroupements pluriprofessionnels ou multidisciplinaires.....	11
Modes de financement et de rémunération des médecins et autres professionnels..	11
L'interdisciplinarité : définition, composantes et gains attendus.....	12
Perspective canadienne.....	15
Perspective européenne.....	15
Constat en France.....	17
Constat aux Pays-Bas.....	17
Constat en Allemagne.....	17
Constat en Italie.....	17
Constat au Royaume-Uni.....	17
Constat en Finlande et en Suède.....	18
Résultats de la mise en place d'équipes multidisciplinaires ou interdisciplinaires en 1 ^{re} ligne.....	18
Conclusion.....	22

Introduction

Les perspectives démographiques produites récemment par l'Institut de la statistique du Québec¹ indiquent que la population de Montréal atteindra 1 979 200 d'habitants en 2016 et un peu plus de 2 millions en 2031. Plus de la moitié de la croissance de la population sera liée à l'augmentation du nombre des personnes âgées. Un Montréalais sur cinq aura plus de 65 ans au cours de la prochaine décennie.

La région de Montréal présente un contexte de vie urbain qui la distingue des autres régions. Ses particularités peuvent influencer la santé de ses résidents sous plusieurs aspects. L'accès aux services médicaux de première ligne via les CSSS ou un médecin de famille constitue un enjeu de taille pour la région qui, à l'instar d'autres régions du Québec, connaît une pénurie de médecins de famille. En 2008-2009, 67 % de la population montréalaise déclarait avoir accès à un médecin de famille. Un pourcentage non négligeable de la population éprouve donc toujours des difficultés d'accès.

Afin de faciliter ou augmenter l'accès de la population notamment des groupes les plus vulnérables, l'Agence privilégie au cours des prochaines années la création de cliniques réseau intégrées (CRI). Ce nouveau concept qui réunit des équipes multidisciplinaires (omnipraticiens et professionnels de différentes disciplines) ayant la responsabilité partagée de clientèle est déjà reconnu comme le modèle à privilégier en matière d'organisation des services médicaux de 1^{re} ligne.

Les cliniques réseau intégrées sont constituées de cliniques médicales ayant le statut de GMF et de clinique réseau auxquelles s'ajoutent des professionnels de la santé et des services sociaux (infirmier, psychologue, nutritionniste, pharmacien, travailleur social, etc.). Ces professionnels forment avec les médecins, des équipes interdisciplinaires intégrées de soins de 1^{re} ligne. Ce modèle de prise en charge repose donc sur la présence des omnipraticiens qui œuvrent majoritairement en cliniques privées et sur celle de professionnels qui peuvent, entre autres, provenir des services généraux des CSSS.

À terme, l'Agence prévoit l'implantation sur l'île de Montréal d'une soixantaine de CRI pour que l'ensemble de la population montréalaise ait accès à un médecin de famille.

¹ Institut de la statistique du Québec, *Perspectives démographiques du Québec et des régions 2006-2056*, Édition 2009.

Historique

La réforme des soins de première ligne est un mouvement très répandu dans les pays industrialisés qui s'est enclenché en deux vagues successives². La première, au début des années soixante-dix et la seconde au tournant des années quatre-vingt-dix. Cette refonte prônait le développement de services de santé le plus près possible du citoyen. La mise en place de centres de santé était alors vue comme la solution à une prestation de services plus efficiente et accessible. Au Québec, les Centres locaux de services communautaires (CLSC) sont nés de cette préoccupation. En Ontario, les *Community Health Centres* créés à la même époque jouaient un rôle similaire. Le développement de ces centres fut freiné par le ralentissement économique et le manque de volonté d'acteurs clés, dont les associations représentatives des médecins, qui percevaient l'intégration des médecins dans ces centres communautaires comme une menace à leur autonomie professionnelle et à leur rôle d'intervenant pivot dans la prestation des services de santé.

La seconde vague s'est enclenchée au début des années quatre-vingt-dix. La demande croissante en services de santé liée, entre autres, au vieillissement de la population, combinée aux coûts associés aux maladies chroniques, à la diminution des ressources médicales et des finances publiques, aussi bien que le souhait pour les jeunes professionnels de la santé d'avoir accès à des conditions de travail plus favorables que leurs aînés, ont amené un second questionnement en profondeur des modes de prestation de services.

Au tournant des années 2000, on a vu ainsi apparaître de nouvelles structures pluriprofessionnelles offrant des services de 1^{re} ligne à des clientèles variées. En Ontario, les *Family Health Network* en 2000, puis les *Family Health Groups* en 2004 se sont ajoutés aux centres de médecine communautaire existant. Enfin, à partir de 2005, les *Family Health Teams* ont été implantés graduellement. Elles constituent la variante finale des cliniques communautaires maintes fois remodelées au fil des refontes successives. À terme, la province compte déployer 150 de ces nouvelles cliniques offrant des services intégrés à la population³.

² Bourgueil, Y., Marek, A., Mousques, J. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ? Questions d'économie de la santé, No 127, novembre 2007.

³ Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care, *Family Health Teams*, document disponible en ligne : <http://www.health.gov.on.ca/transformation/fht>.

Au Québec, en 2000, la commission Clair⁴ formula des constats désolants quant à l'organisation des services de santé. Le rapport des experts recommande la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) afin de pallier aux manques observés tant dans l'accessibilité que la continuité et la coordination des soins. Par cette réforme, le MSSS vise à assurer une plus grande accessibilité aux services, à permettre à plus de gens d'avoir accès à un médecin de famille, à améliorer la prestation et la qualité des soins, à développer une plus grande complémentarité entre les acteurs concernés et à reconnaître et à valoriser le rôle du médecin de famille⁵. Dès 2002, les premiers GMF sont implantés. À la fin de 2007, dans l'ensemble du Québec, 1901 médecins et 1,3 million de patients étaient inscrits dans un GMF⁶. Pour la région de Montréal, 60 GMF – CRI sont prévus à terme.

La réforme s'est donc enclenchée, au plan mondial et canadien, en réaction à des difficultés d'accessibilité aux soins de santé, dans un contexte de pénurie des effectifs médicaux, et à des impératifs de contrôle des coûts de santé en constante progression.

La recherche d'efficience demeure la préoccupation première dans l'ensemble des pays. Pour ce faire, les modes de prestation des services, de remboursement des services et les liens entre les professionnels de la santé ont dû être profondément modifiés. On a alors vu apparaître graduellement le développement d'une pratique médicale plus collective et interprofessionnelle dans une volonté de mieux satisfaire les besoins et les attentes des citoyens et des décideurs⁷.

⁴ Québec, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, rapport et recommandations, 2000.

⁵ Québec, MSSS, Devenir un GMF : Guide d'accompagnement, 2006.

⁶ Québec, MSSS, Direction de l'évaluation, Rapport d'évaluation de l'implantation et des effets des premiers groupes de médecine de famille au Québec, décembre 2008.

⁷ Bourgueil, Y., Marek, A., Mousques, J. La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens et au Canada. Études et résultats, No 406, juin 2005.

Aperçu des différents modèles de prestation de services de 1^{re} ligne

De nombreuses variantes existent quant au modèle de prestation de services et de regroupement des professionnels adoptés par les divers pays, variations qui apparaissent en lien avec leur contexte socioculturel et législatif. En revanche, l'offre de service est semblable à travers ceux-ci et couvre l'entièreté ou une combinaison d'interventions préventives, diagnostiques, curatives, palliatives, psychosociales et de réadaptation. Bien que l'ensemble de la population soit visée, les clientèles vulnérables ou atteintes de maladies chroniques sont identifiées comme prioritaires dans plusieurs pays et provinces canadiennes.

La refonte des services de 1^{re} ligne requiert trois grands impératifs ou conditions préalables qui sont bien documentés dans les écrits. Il s'agit de :

1. **Déterminer le modèle d'organisation des services de santé** (type de clinique : privé ou public; type de services offerts : médicaux, psychosociaux, réadaptation; choix du modèle : professionnel ou communautaire et de l'approche : unidisciplinaire, multidisciplinaire ou interdisciplinaire);
2. **Déterminer le mode de financement des services et des intervenants** (étatisé, privé ou mixte; modèle de rémunération des médecins et des autres professionnels; paiement des frais administratifs et de fonctionnement des cliniques);
3. **Modifier les lois et les pratiques professionnelles médicales et paramédicales** en fonction du modèle choisi (redéfinition des rôles des professionnels, partage des actes, responsabilité professionnelle, formation de base et continue des professionnels).

9

Les modèles d'organisation des services de santé

On peut dégager deux grandes catégories de modèles d'organisation des services dans les différents pays :

Modèle communautaire : d'emblée pluriprofessionnel, i.e. médecins et professionnels d'autres disciplines, œuvrent dans des cliniques de type centre de santé. Les professionnels offrent de services globaux à la population d'un territoire, de type préventif, diagnostique, curatif, palliatif, psychosocial et de réadaptation (ex. : Suède et en Finlande);

Modèle professionnel : le médecin exerce seul ou en groupe de médecins. Il agit comme intervenant-pivot (*Gate-keeper*) et il offre des services médicaux variés à sa clientèle (ex. : Royaume-Uni, Pays-Bas, Québec et Ontario).

Les formes de regroupements des professionnels peuvent aussi varier à travers ces deux modèles. On pourra retrouver une organisation professionnelle en :

- Monospécialité : plusieurs médecins de même spécialité;
- Pluriprofessionnel : médecins généralistes et autres spécialités paramédicales (ex. : pharmacien, infirmière, physiothérapeute);
- Pluriprofessionnel et plurispécialité : plusieurs spécialités médicales et plusieurs professions paramédicales (ex. : médecins généralistes et spécialistes, soins infirmiers, ergothérapie, physiothérapie, service social, etc.).

Le tableau 1 illustre les interactions entre les différents modèles, approches et types de regroupement. Il existe peu d'équipes multidisciplinaires œuvrant en interdisciplinarité dans la majorité des pays. On semble plutôt privilégier les regroupements de médecins et d'infirmières qui, bien que pouvant fonctionner efficacement en complémentarité, ne représentent pas au sens strict du terme une équipe multidisciplinaire ou interdisciplinaire. De fait, la distinction principale entre les approches multidisciplinaire, interdisciplinaire et transdisciplinaire est le degré d'intégration interprofessionnelle au niveau de l'analyse des problématiques, du transfert de connaissances et des méthodes d'intervention. Les exemples d'équipes multidisciplinaires œuvrant en interdisciplinarité se retrouvent majoritairement dans les pays qui ont adopté un modèle de type communautaire.

Tableau 1. Corrélation entre le type de regroupement et de modèle en soins de 1^{re} ligne

Modèle et approche	Types de regroupement				
	Médical		Tandem	Pluriprofessionnel	
	Monospécialité Médecin(s) de même spécialité	Plurispécialité Médecins et autres spécialités	Médecins et infirmières	Omnipraticiens et autres disciplines	Omnipraticiens, spécialistes et autres disciplines
Communautaire			X	X	X
Professionnel	X	X	X		
Approche	Traditionnelle médicale	Traditionnelle médicale	À mi-chemin entre l'approche médicale traditionnelle et interdisciplinaire	Multidisciplinaire ou interdisciplinaire	Multidisciplinaire ou interdisciplinaire

Règles de fonctionnement et pratiques communes aux diverses formes de regroupements pluriprofessionnels ou multidisciplinaires

Les nouvelles formes de regroupements de professionnels ont en commun des modes de fonctionnement facilitant l'opérationnalisation des activités. Les principales caractéristiques sont :

- L'inscription des patients auprès de médecins exerçant en groupe;
- L'identification de pathologies, de cibles annuelles (résultats attendus) ou d'actes diagnostiques ou curatifs reliés habituellement à des maladies chroniques ou à des problèmes importants de santé publique nécessitant un suivi à long terme (ex. : diabète, hypertension, asthme, vaccination, tabagisme, sexualité, femmes enceintes, etc.);
- Le choix d'un mode renouvelé de coopération entre les professionnels de la santé (approche multidisciplinaire ou interdisciplinaire) impliquant la délégation de tâches préalablement assumées par les médecins ex. : en Angleterre : prescription de certains médicaments par les infirmières et les pharmaciens, les *Supplementary Prescribers* et les *Independent Prescribers*; apparition de nouvelles disciplines comme les *Emergency Care Practitioners*, les *General Practitioners with a Special Interest* et les *Physician Assistants*);
- Le maintien du rôle de *Gate-keeper* du médecin généraliste i.e. intervenant-pivot qui coordonne les soins requis et l'accès aux services médicaux spécialisés;
- L'informatisation massive des cliniques à des fins de monitoring clinique et d'évaluation de la performance (dossier médical informatisé donnant accès rapidement à des informations complètes et fiables; suivi des cibles et indicateurs au niveau local, régional et national).

11

Modes de financement et de rémunération des médecins et autres professionnels

La rémunération des médecins et autres professionnels constitue un enjeu de taille dans la mise en place des nouveaux regroupements. Le travail en équipe multi ou interdisciplinaire comporte des exigences et des contraintes qui siéent peu au mode traditionnel de rémunération à l'acte des médecins. L'ajout de nouvelles modalités et d'incitatifs financiers s'avère une stratégie gagnante afin de faciliter leur intégration dans les équipes. Trois grandes catégories de paiement sont utilisées :

- **Capitation** selon la liste des patients inscrits (ex. : au volume ou par type de pathologies ou d'actes);

- **Forfait** pour les charges administratives (ex. : per capita, au volume de patients desservis, montant fixe pour les équipements, le personnel de soutien et les frais de gestion);
- **Paiement à l'acte** selon un barème établi par spécialité et catégories d'actes médicaux;
- **Paiement à l'acte bonifié** d'une rémunération supplémentaire en fonction d'indicateurs de performance préétablis (ex. : Royaume-Uni : 135 indicateurs identifiés, chacun est associé à un nombre de points, chaque point vaut 125£ supplémentaires au médecin, il y a un maximum de 1000 points).

Certains pays ou provinces, comme l'Ontario⁸, ont créé des modèles mixtes de remboursement associant l'un ou l'autre ou les trois modes de paiement (ex. : *Blended Payment System*, paiement à l'acte et forfait par patient inscrit, en plus de bonus à la performance pour certains actes médicaux).

L'interdisciplinarité : définition, composantes et gains attendus

Les deux tableaux suivant illustrent l'ensemble des composantes de l'approche multidisciplinaire et interdisciplinaire, les facteurs facilitant ainsi que les enjeux reliés à la mise en place de services de 1^{re} ligne. Les éléments sont tirés et adaptés d'un ensemble de sources de références⁹. Malgré que la présentation soit faite en fonction de la réalité québécoise, les principes demeurent les-mêmes quelque soit le pays ou la province.

Selon nombre d'auteurs, l'interdisciplinarité améliore les soins et les résultats obtenus tant au plan clinique que financier. Elle a une incidence favorable sur la sélection et la rétention du personnel ainsi que sur la satisfaction des usagers. On constate également une amélioration de l'accessibilité, de la qualité des services (accessibilité aux médecins spécialistes et autres disciplines, coordination des soins, autonomisation des patients), de la sécurité des patients (moins de risque d'erreurs médicales en groupe qu'en individuel), de l'efficacité des actions et de la gestion des ressources humaines et financières¹⁰.

⁸ Glazier, R.H., Klein-Geltink, J., Kopp, A., Sibley, L.M. Capitation and Enhanced Fee-for-Service Models for Primary Care Reform: A Population-Based Evaluation, *Canadian Medical Association Journal*, 180(11), May 26, 2009.

⁹ Turcotte, V. L'intégration des psychologues dans des équipes multidisciplinaires de première ligne. Collection Mémoires et thèses électroniques, Université Laval, 2005. Idem, référence 5.

¹⁰ Tsasis, P., Bains, J. Management of Complex Chronic Disease: Facing the Challenges in the Canadian Health-Care System. *Health Services Management Research*, 21: 228-235, 2008; Thornhill, J., Dault, M., Clements, D. Ready, Set ... Collaborate? The Evidence Says "Go", So what's Slowing the Adoption of Inter-Professional Collaboration in Primary Healthcare? *Healthcare Quarterly*, Vol. 11, No. 2, 2008.

Tableau 2. Présentation des modèles d'intervention et de leurs composantes

COMPOSANTES	MODÈLE	
	Multidisciplinarité	Interdisciplinarité
Définition	<i>«La multidisciplinarité concerne l'étude d'un objet d'une seule et même discipline par plusieurs disciplines à la fois»</i>	<i>«Mise en commun des outils et des savoirs de plusieurs disciplines pour approcher un problème, un thème, ou un objet de recherche»</i>
Mode de fonctionnement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Juxtaposition de disciplines plus ou moins voisines dans les domaines de la connaissance 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dialogue et échange de connaissances, d'analyses, de méthodes entre des disciplines
Caractéristiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modèle médical curatif ▪ Définition par discipline des problèmes ▪ Modèle adapté aux maladies non récidivantes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modèle centré sur le client, l'apprentissage et l'autonomisation ▪ Définition collective des problèmes ▪ Modèle adapté aux maladies chroniques ou complexes ▪ Valorise la contribution de chaque discipline
Plan d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Juxtaposition des plans disciplinaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégration des plans disciplinaires en un plan d'équipe
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en commun des objectifs individuels ▪ Travail en parallèle, duplication possible 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégration et mise en priorité des problèmes, objectifs et interventions ▪ Collaboration dans le travail, complémentarité des actions
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Traitement basé sur des objectifs intradisciplinaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Synchronisation et hiérarchisation des traitements basées sur les objectifs de l'équipe
Leadership	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestion polarisée avec leader autocratique ▪ Prise de décision par le leader 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestion démocratique avec leadership souple ▪ Prise de décision de groupe facilitée par le leader
Rencontres d'équipe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rencontres d'équipe basées sur des rapports disciplinaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rencontres d'équipe basées sur la solution de problèmes et l'identification de stratégies d'action
Communication	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mode de communication vertical intradisciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mode de communication horizontal interdisciplinaire

Tableau 3. Sommaire de l'ensemble des facteurs facilitant et des enjeux associés à la mise en place de services de 1^{re} ligne fonctionnant en interdisciplinarité

		Facteurs facilitant et enjeux		
		Organisationnel – Structurel	Clinique – Professionnel	Personnel – Relationnel
Niveau de responsabilité	National : MSSS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilité d'un cadre structurel pour l'organisation des services de 1^{re} ligne [buts, modèle d'organisation des regroupements et des services, professionnels requis et rôles attendus, etc.] ▪ Allocation de ressources suffisantes au plan : <ul style="list-style-type: none"> ✓ financier [rémunération des professionnels et du personnel de soutien, paiement des frais d'opération des GMF – CR] ✓ informationnel [système d'information, dossier santé informatisé] ✓ des espaces de travail ✓ des ressources humaines ▪ Identification des standards existant, des critères de qualité et indicateurs de suivi menant à la production régulière de données évaluatives fiables ▪ Suivi des cibles et évaluation périodique des effets et impacts sur la population et l'organisation des services 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contexte légal de la pratique professionnelle modifié en fonction des nouveaux impératifs de la pratique en interdisciplinarité [ex. : Loi 90 et 21, clarification des rôles et responsabilités des différentes professions concernées] ▪ Ajustement du mode de rémunération des médecins en fonction des nouvelles réalités et exigences liées au fonctionnement au sein d'une équipe interdisciplinaire [ex. : capitation, forfait, à l'acte ou à la performance] ▪ Programmes de formation collégiale ou universitaire des différentes disciplines adaptés au mode de fonctionnement en interdisciplinarité [formation de base, continue, stages en milieux cliniques interdisciplinaires] 	
	Régional : Agences	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identification des orientations et priorités régionales en santé en fonction des besoins de la population du territoire ▪ Leadership dans le développement, l'accréditation et le suivi des nouveaux regroupements de professionnels ▪ Supervision étroite du déploiement des services afin d'assurer la concordance avec les orientations ministérielles et régionales ▪ Soutien adéquat à la gestion des services ▪ Collaboration interorganisationnelle formalisée [MD – GMF, GMF/CR/CRI – CSSS, GMF/CR/CRI – Agence] ▪ Allocation suffisante des budgets requis ▪ Mesure régulière de l'atteinte des objectifs régionaux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Détermination des types de regroupements et de professionnels requis en fonction des ressources régionales et des besoins objectivés de la population [i.e. GMF – CRI, regroupements de médecins et d'infirmières ou multidisciplinaires ou interdisciplinaires] ▪ Constitution d'équipes de taille suffisante pour la réalisation des activités prévues ▪ Disponibilité suffisante au plan régional des professionnels clés [médecins, infirmières, autres disciplines] ▪ Déploiement graduel des nouveaux regroupements afin d'en faciliter l'appropriation par les acteurs concernés [CSSS, professionnels et patients] 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilité d'un chargé de projet ou d'un forum où les problématiques communes aux regroupements peuvent être discutées et solutionnées
	Local : CSSS, GMF-CRI, cliniques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Structuration des services de 1^{re} ligne par les CSSS centrée sur les besoins des patients et organisée selon un mode qui favorise l'interdisciplinarité [i.e. organisation par programme clientèle plutôt que par service] ▪ Soutien administratif suffisant pour assurer le fonctionnement des regroupements [personnel de soutien, gestion du personnel arrimée entre les différentes organisations ex. liens d'autorité fonctionnelle et hiérarchique des professionnels; rôle du CSSS versus du médecin gestionnaire] ▪ Lieux physiques et équipements mis à la disposition des regroupements permettant à l'interdisciplinarité de s'actualiser au quotidien [i.e. bureaux accordant une proximité physique des intervenants, aires communes de traitement, salles de rencontre, matériel/système informatique, etc.] 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Engagement soutenu des professionnels dans le développement d'un projet commun centré sur les besoins des patients ▪ Partage de valeurs, d'une vision des cibles cliniques et organisationnelles à atteindre menant au développement d'un langage commun ▪ Mécanismes favorisant l'autonomisation des patients dans leur cheminement clinique [outils de suivi, feuillets d'information, etc.] ▪ Disponibilité d'un cadre interdisciplinaire clair spécifiant la philosophie d'intervention, les buts et objectifs pour la clientèle, les activités à réaliser et le partage des tâches et responsabilités entre les professionnels [procédurier, ordonnance permanente, etc.] ▪ Définition claire du rôle de chacun à laquelle tous adhèrent ▪ Leadership médical et gouvernance au sein de l'équipe explicitement établis [gestion administrative et clinique, hiérarchie décisionnelle, etc.] ▪ Modes de communication facilitant le travail de l'équipe [rencontres d'équipe statutaires et informelles, dossier clinique unique facilement accessible] ▪ Élaboration de protocoles d'intervention fondés sur les données probantes, la collaboration et la coopération interprofessionnelle ▪ Protocoles de gestion des situations problématiques au plan clinique et relationnel au sein de l'équipe ▪ Disponibilité d'outils cliniques interprofessionnels ▪ Programme de formation continue interprofessionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Équipes stables dont les membres ont, développent et maintiennent : <ul style="list-style-type: none"> ✓ La formation de base requise professionnelle et interprofessionnelle ✓ Les compétences et la crédibilité souhaitée ✓ Une expérience en interdisciplinarité ✓ Un respect des différences interprofessionnelles ✓ Des habiletés relationnelles et de communication ✓ Des relations de confiance mutuelle ✓ De l'autonomie ✓ De la maturité ✓ La capacité de prendre leur place sans brimer les autres

Perspective canadienne

Des modèles basés sur le regroupement de professionnels de la santé (médecins et autres professions paramédicales) existent dans la majorité des provinces canadiennes. Un survol récent effectué par Beaulieu et coll. des changements de pratique illustre qu'il y avait, en 2007¹¹ :

- 5 centres de santé communautaire au Nouveau-Brunswick;
- 8 centres offrant une approche interdisciplinaire en soins primaires au Labrador et à Terre-Neuve;
- 100 cliniques similaires en Ontario, les *Family Health Teams* (FHT);
- 17 équipes interdisciplinaires en Saskatchewan;
- 92 en Colombie-Britannique;
- Une centaine de GMF ou de CRI au Québec.

À cet égard, le Collège des médecins de famille du Canada a développé une trousse d'outils en soins de 1^{re} ligne, où est répertorié l'ensemble des exigences, contraintes, enjeux et procédures requises pour la mise en place de cliniques ou centres de santé interdisciplinaires respectant l'ensemble des différents impératifs décrits au tableau 3. Cette trousse est disponible en ligne, en français et en anglais (<http://toolkit.cfpc.ca/fr/index.php>).

Perspective européenne

En Europe, tout comme en Amérique, l'évolution des pratiques organisationnelles et professionnelles en 1^{re} ligne s'est effectuée, entre autres, au gré des pressions exercées au plan politique et en fonction de la capacité des effectifs médicaux à couvrir l'ensemble des besoins de la population. Dans les pays ayant une faible proportion de médecins, la pression fut grande pour que ceux-ci se regroupent en équipes multidisciplinaires afin de maximiser leur efficacité et efficience. À l'opposé, les pays ayant une forte densité médicale ont été moins enclins à promouvoir de tels regroupements. Le tableau 4 donne un aperçu des tendances qui existent au regard de la densité médicale et de son impact sur le regroupement des médecins dans divers pays européens.

¹¹ Beaulieu, M-D. et collaborateurs. Family Practice Teams: Professional Role Identity. Contenu d'une présentation effectuée en 2007, non publié.

Tableau 4. Densité de médecins et pourcentage de regroupement des médecins¹²

Pays	Densité de médecins par 1000 habitants	Pourcentage de regroupement des médecins		
		Dominant	Majoritaire	Minoritaire
Finlande	3,4	97%		
Suède	2,8	97%		
France	3,3			39%
Belgique	n/d			30%
Allemagne	3,3			25 – 30%
Italie	4,4			15 – 20%
Pays-Bas	3,1		57%	
Angleterre	2,1	92%		

Dans les pays où la pratique médicale n'est pas majoritairement en groupe, la forme dominante de regroupement, si regroupement il y a, est la monospécialité (ex. : France, Allemagne, Belgique et Italie).

Lorsque le regroupement est important, on retrouve généralement une organisation majoritaire des services médicaux et sociaux par les pouvoirs publics (Suède et Finlande). Le modèle de prestation des services est plutôt de type communautaire et les médecins sont fréquemment des salariés de l'État (ex. : Finlande et Suède). À l'opposé, les pays où le regroupement est minoritaire comme la France, la Belgique et l'Allemagne sont caractérisés par *une absence de coordination formalisée et d'organisation planifiée du champ ambulatoire*¹³.

Les études comparatives de Bourgeil et coll. publiées en 2005 et 2007¹⁴ dont il est question dans cette section, permettent aux auteurs de tirer certains constats pour plusieurs pays européens au regard du mode de regroupement des professionnels. Ils sont résumés ci-après.

¹² Idem, références 1 et 6.

¹³ Idem, références 1 et 6.

¹⁴ Idem, référence 1 et 6.

Constat en France

En France la pratique en groupe est minoritaire et demeure monospécialisée (plusieurs médecins de même spécialité). 55% des cliniques regroupent seulement deux médecins; 16% des médecins exercent avec des professionnels de disciplines différentes de la leur. On commence à voir apparaître des projets de «Maisons médicales pluriprofessionnelles».

Constat aux Pays-Bas

Il existe une offre de soins primaires articulée autour de médecins généralistes, pivots du système de santé, avec une faible présence des infirmières. Il n'y a pas d'équipes interdisciplinaires. Les médecins qui sont regroupés travaillent habituellement en groupe de deux médecins.

Constat en Allemagne

La notion de soins primaires ne fait pas l'objet d'une reconnaissance en tant que tel. Les médecins libéraux conventionnés constituent les acteurs principaux du secteur ambulatoire. Les infirmières œuvrent principalement dans les hôpitaux et ont peu ou pas de rôle en soins ambulatoires.

Constat en Italie

Un système de *Gate-keeping* dominé par des médecins libéraux en cabinet individuel en situation de monopole prédomine. Il existe peu d'exercice en commun entre médecins et infirmières dans le cadre des soins primaires. La profession d'infirmière est relativement peu développée en raison d'une forte densité médicale.

Constat au Royaume-Uni

Le Royaume-Uni a choisi un modèle d'organisation des services de santé qui accorde un rôle pivot à des groupes de soins primaires pluriprofessionnels. Les médecins généralistes exercent majoritairement en groupe et offrent des services diagnostiques, curatifs et préventifs. On a choisi un modèle de soins primaires où prédominent des structures d'exercice en tandem de médecins et d'infirmières. Une clinique type est responsable des services médicaux et paramédicaux mais non des services psychosociaux. Elle comporte normalement 4 médecins, 2,4 ETC en soins infirmiers, 6,6 ETC en personnel administratif, parfois un pharmacien ou un kinésithérapeute s'ajoute.

Constat en Finlande et en Suède

L'offre de soins primaires, organisée de manière décentralisée, est essentiellement publique et repose sur les centres de santé. Les cliniques offrent une large gamme de services diagnostiques, curatifs et préventifs. Le travail en équipes interdisciplinaires est la norme. Les médecins sont habituellement des salariés de l'État.

Résultats de la mise en place d'équipes multidisciplinaires ou interdisciplinaires en 1^{re} ligne

Le développement au début des années 2000 des GMF et, récemment, des cliniques réseaux intégrés à Montréal représente une avenue très intéressante, se situant dans le courant international en soins de 1^{re} ligne. En revanche, compte tenu de l'amorce assez récente de cette implantation, peu d'écrits sont disponibles pour témoigner des résultats obtenus à la suite de leur mise en place.

Une étude effectuée en 2002 en collaboration, entre autres, avec le GRIS et le MSSS établissent un constat peu reluisant quant aux services de 1^{re} ligne¹⁵. 100 cliniques ont été visitées par un groupe de chercheurs et plus de 3000 patients furent interviewés sur huit composantes essentielles de la prestation de services (l'accessibilité, la continuité, la promotion de la santé, la connaissance du patient, la coordination avec des médecins spécialistes, la commodité d'accès, l'affiliation et la prise en charge).

Les auteurs concluent que :

- L'accès à un médecin de famille était difficile pour une grande partie de l'échantillon (entre 16 et 34% des personnes interviewées n'avaient pas de médecin de famille). Ceux qui avaient un médecin de famille éprouvaient des difficultés d'accès en cas de maladie subite (délai moyen de 24 jours pour obtenir un rendez-vous);
- Les patients ont besoin d'accessibilité (facilité à obtenir une consultation en cas de maladie) et de continuité (le médecin connaît bien le patient et lui fournit des soins globaux). La grande majorité des médecins de l'étude assuraient la continuité au détriment de l'accessibilité. Le quart des médecins n'offraient ni l'un ni l'autre;
- L'accessibilité aux soins en cas de problème subit de santé a été jugé le point le plus faible des soins de première ligne au Québec.

¹⁵ Haggerty, J., Pineault, R., Beaulieu, M-D., Brunelle, Y., Goulet, F., Rodrigue, J. et Gauthier, J. Continuité et accessibilité des soins de première ligne au Québec : barrières et facteurs facilitant, (GRIS) rapport final, mars 2004.

L'étude confirmait la perception du public et des décideurs que les soins de 1^{re} ligne ne répondaient pas à la demande et qu'ils étaient fragmentés et mal coordonnés avec les autres composantes du système de santé. Par contre, elle fit ressortir des éléments positifs dans le mode de fonctionnement de certaines cliniques, éléments qui, selon les auteurs, pourraient servir à orienter les politiques gouvernementales futures. Ainsi, les cliniques qui obtenaient les meilleurs résultats (meilleur équilibre entre accessibilité et continuité) fonctionnaient de la manière suivante :

- Les médecins voyaient en moyenne quatre patients à l'heure. En deçà de cette norme, l'accessibilité en souffrait. Au delà, la continuité était affaiblie;
- La clinique offrait des plages avec et sans rendez-vous en soirée (au moins 55 h / sem. d'accessibilité);
- Il y avait moins de 10 médecins dans la clinique. En-deçà de cette limite, l'accessibilité en souffrait;
- La clinique avait des liens opérationnels avec d'autres établissements de soins et les médecins avaient développé des méthodes efficaces pour répondre aux besoins urgents de leurs patients.

Au chapitre des éléments qui peuvent grandement améliorer la situation pour la clientèle, l'étude propose trois mesures : l'instauration d'une ligne téléphonique accessible 24 h par jour, 7 jours par semaine (i.e. comme le 811), l'ajout d'infirmières et de plages sans rendez-vous en soirée.

Les auteurs concluent également que : « *Ainsi les caractéristiques fondamentales des groupes de médecine de famille au Québec, comme la prolongation des heures d'ouverture, la formation d'équipes composées d'infirmières et de médecins et l'amélioration de la globalité des soins grâce à des liens opérationnels avec d'autres établissements de soins de santé, semblent offrir des solutions prometteuses pour améliorer la situation actuelle.* »¹⁶

En 2008, l'étude effectuée par le MSSS sur l'implantation des dix-neuf premiers GMF¹⁷ vient valider en grande partie les observations et les recommandations de l'étude de 2002. Les auteurs concluent que :

- Les GMF ont permis une meilleure collaboration entre les médecins et les infirmières et un plus grand partage d'activités entre eux. La responsabilité des patients est divisée entre plusieurs médecins qui coordonnent leurs activités. Le leadership des médecins s'est révélé être un élément qui facilite grandement l'implantation des GMF et qui renforce la cohésion du groupe;

¹⁶ Idem, référence 13.

¹⁷ Idem, référence 5.

- La pratique des infirmières s'est surtout développée, avec le soutien des médecins, autour des malades chroniques et de l'enseignement. Elles sont devenues progressivement plus autonomes ayant leur propre clientèle et activités de suivi. Leur pratique est devenue à la fois plus diversifiée et plus complexe;
- La collaboration interprofessionnelle a suscité initialement de nombreuses questions sur les rôles, attitudes, comportements et responsabilités professionnelles de chacun. Il a fallu du temps pour amoindrir les écarts de perception et développer une synergie d'action et une confiance mutuelle entre les professionnels;
- L'offre de service des cliniques s'est modifiée graduellement mais n'a pas subi de transformation majeure. Les principaux changements touchent l'accroissement de la clientèle inscrite, l'allongement des plages horaires de services, la modification du type de consultation axée majoritairement sur des consultations avec rendez-vous et une diminution des consultations en établissements de santé. La gamme de services est cependant demeurée assez semblable, quoique le traitement des maladies chroniques occupent une plus grande place dans l'offre de soins;
- L'inscription des patients au GMF a eu l'effet escompté d'améliorer l'accessibilité à un médecin de famille et la continuité des soins. Ce fut également bénéfique au regard de la satisfaction de la clientèle;
- Les liens opérationnels entre les GMF et les réseaux locaux de services quant à eux doivent être précisés et bonifiés. Les premiers GMF se sont développés dans la mouvance de la création des CSSS, ce qui a ralenti la mise en place de réseaux de collaboration réellement intégrés. Le maintien du lien unissant les infirmières aux CSSS a permis de faciliter la collaboration entre les cliniques privées et le réseau et d'améliorer l'accès aux services;
- L'informatisation peu efficiente du réseau a cependant déçu grandement les membres des regroupements. La complexité et les difficultés récurrentes d'accès au réseau RTSS et le retard dans la mise en place du dossier médical informatisé ne facilitent pas le travail des GMF et demeurent une préoccupation et une priorité de première nécessité;
- Finalement, au chapitre des effets, l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité, de la satisfaction du personnel et des usagers ont été en grande partie confirmées par la mise en place des premiers GMF.

Au plan canadien et international, certaines études ont été publiées sur les gains associés aux diverses refontes des soins de 1^{re} ligne, qu'elles impliquent ou non l'inclusion d'équipes multi ou interdisciplinaires.

Les résultats confirment à plusieurs égards les gains attendus de l'interdisciplinarité. L'ajout d'infirmières cliniciennes à lui seul aurait un effet très bénéfique tant sur les soins que la satisfaction des usagers¹⁸. Dans l'étude effectuée par Russell et coll. cet ajout accroît de 10% la performance des cliniques dans la prise en charge des malades chroniques. Outre cet élément, deux autres facteurs influencent les résultats : le nombre de médecins et de patients inscrits à la clinique. À eux seuls, ces trois facteurs expliquent les principaux écarts de performance entre les quatre modèles de fonctionnement comparés dans l'étude. Les auteurs mentionnent que l'on doit conserver un équilibre optimal entre le nombre de médecins et de patients afin de maintenir l'efficience et l'accessibilité des services.

Certains paramètres jugés essentiels à l'amélioration des services et de leur qualité ont donné lieu à des résultats mitigés dans plusieurs études mesurant les effets et impacts des différents modèles et modes d'intervention.

Les aspects reliés à la rémunération des médecins ont fait l'objet de plus d'analyses d'impact que les autres paramètres. Glazier et coll.¹⁹ ont étudié la performance de trois modèles mixtes de paiement des médecins en Ontario (*Fee for Service, Capitation et Pay for Performance*). La comparaison n'a pas permis de faire ressortir des impacts significatifs sur les soins de l'un ou l'autre des modèles. Starfield²⁰ commentant cette recherche, affirme que le modèle de remboursement des médecins n'a pas d'impact sur les résultats obtenus en termes de soins de santé. D'autres études auraient démontré des résultats similaires à cet égard (voir Starfield, 2009). Par ailleurs, Starfield conclut également que la tendance mondiale à développer des modèles de gestion de maladies chroniques plutôt que de personnes malades déshumanise la pratique de la médecine. Selon elle, il faut plutôt s'attarder à réformer les services en ayant comme point de départ une vision intégrée de la personne et non pas de cibler l'implantation de protocoles rigides de suivi de maladies chroniques ou de catégories diagnostiques.

¹⁸ Russell, G.M., Dabouge, S., Hogg, W., Geneau, R., Muldoon, L., Tuna, M. Managing Chronic Disease in Ontario Primary Care: The Impact of Organizational factors. *Annals of Family Medicine*, Vol. 7, No. 4, July/August 2009.

¹⁹ Idem, reference 7.

²⁰ Starfield, B. Toward International Primary Care Reform. *Canadian Medical Association Journal*, 180(11), May 26, 2009.

En Grande-Bretagne, dans le cadre d'une étude qualitative sur l'impact de l'implantation du mode de remboursement par indicateur de performance, il s'est avéré que l'ajout de professionnels et d'incitatifs financiers et de primes au rendement ont eu des effets inattendus sur l'offre de services. Campbell et coll.²¹ observent que l'accent mis sur certaines maladies ou actes médicaux a eu un effet néfaste imprévu, créant un écart entre la qualité du suivi accordé aux maladies visées en comparaison aux autres catégories diagnostiques.

On rapporte également que de nombreux médecins se sentent dépossédés et en perte de compétence du fait du transfert de certaines tâches aux infirmières cliniciennes. Celles-ci prennent une place très importante dans le suivi de plusieurs conditions médicales chroniques, comme l'asthme, ce qui diminuerait leur aptitude à gérer ces affections. Selon les médecins interviewés, cette situation entraînerait une perte qualitative dans la relation patient/médecin et affecterait d'une certaine manière la continuité des soins.

Finalement au chapitre des modes de remboursement, bien que le salaire des médecins ait été grandement rehaussé par l'ajout des incitatifs au rendement (hausse de 30% et plus), celui des infirmières n'a pas suivi cette tendance, suscitant beaucoup de frustration au sein de cette discipline et de l'équipe interdisciplinaire. Les infirmières perçoivent, à juste titre ou non, que les médecins ont été libérés de plusieurs tâches tout en ayant obtenu une bonification de leur rémunération, alors qu'elles assument beaucoup plus de responsabilités avec un salaire semblable à celui d'avant la réforme.

Conclusion

De toute évidence, la refonte des soins de 1^{re} ligne et l'inclusion des équipes interdisciplinaires suscitent de nombreux débats et controverses et constitue un parcours semé d'embûches. Force est de conclure qu'il s'agit d'une implantation plutôt lente et difficile de cette nouvelle culture d'intervention.

Au-delà des différences entre les modèles et les modes de remboursement des services, Tsisis et Bains²² mentionnent que : «*Successful coordination of care may depend more on the quality of relationships between health-care providers than on directives*». Il y a donc plusieurs défis de taille dont, avant tout, un enjeu relationnel interpersonnel et interprofessionnel qui nécessite un changement majeur dans la culture des établissements et des individus qui sont impliqués dans les nouveaux regroupements.

²¹ Campbell, S.M. McDonald, R., Lester, H. The Experience of Pay for Performance in English Family Practice: A Qualitative Study. *Annals of Family Medicine*. Vol. 6, No. 3, May/June 2008.

²² Idem, référence 9.

S'il s'agit d'abord d'un choix personnel motivé par un intérêt et une aptitude au travail d'équipe, il n'en demeure pas moins que, pour s'actualiser, ce choix doit bénéficier d'un leadership fort à tous les niveaux, personnel, médical, local, régional et gouvernemental. Notons, par ailleurs, que de l'avis de certains, ce changement serait plus difficile à implanter dans les milieux médicaux et de 1^{re} ligne, en raison de la structure organisationnelle et professionnelle qui y prévaut, plus hiérarchisée, compartimentée et rigide que celle retrouvée par exemple, dans les milieux de réadaptation ou dans les programmes communautaires en santé mentale où l'interdisciplinarité domine.

*Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal*

Québec 