

Évaluation

de l'implantation et des effets
des premiers groupes
de médecine de famille au Québec

ÉVALUATION

SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Évaluation

**de l'implantation et des effets
des premiers groupes
de médecine de famille au Québec**

ÉVALUATION

SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

**Ministère de la Santé et des Services sociaux
Équipe d'évaluation des GMF
Direction de l'évaluation**

Décembre 2008

Coordination*, synthèse et rédaction

Anne Gauthier

Entrevues individuelles

Collecte des données : Robert Geneau et Hélène Guay (temps 1) ;

Micheline Bowen, Anne Gauthier, Hélène Guay, Isabelle Roy et Sara Veilleux (temps 2)

Analyse : Robert Geneau, Hélène Guay et Louise-Andrée Hardy (temps 1) ;

Micheline Bowen, Isabelle Roy, Louise Saint-Laurent et Sara Veilleux (temps 2)

Groupes de discussion formés de patients

Micheline Bowen et Anne Gauthier, avec la collaboration de Pierre Arcand

Enquêtes auprès des patients, des infirmières et des médecins ainsi que sur les sites

Collecte et traitement des données : Pierre Arcand, Micheline Bowen, Guylaine Gendron, Joanie Gingras, Julie-Ève Proulx et Jenny Tremblay

Analyse : Claude Beauchesne, Micheline Bowen, Anne Gauthier, Joanie Gingras et Jenny Tremblay

Comparaison des GMF avec des cliniques qui ne sont pas devenues GMF

Vincent Bonneau, Anne Gauthier et Joanie Gingras

Éditique : Martine Turcotte

Transcription des entrevues : Anne Levac, Étienne Langlois et Joanie Gingras

Révision linguistique : Yvette Gagnon

Comité de lecture

Ginette Ayotte (Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière), Marie-Dominique Beaulieu (Université de Montréal), Yvon Brunelle (MSSS), André Fréchette (GMF de Saint-Vallier), Yolaine Galarneau (MSSS), Robert Geneau (Université d'Ottawa), Frédéric Gilbert (Université du Québec à Montréal), Céline Guay (MSSS), Denis Lalumière (MSSS), Michèle Saint-Pierre (Université Laval), Lysette Trahan (MSSS), Annie Thibault (GMF des Basques) et Pierre Tousignant (Direction de la santé publique de Montréal)

* Lysette Trahan a assumé la coordination jusqu'en décembre 2004.

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document a été publié en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca/gmf

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009

Bibliothèque et Archives Canada, 2009

ISBN : 978-2-550-55439-4 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-55440-0 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2009

Faits saillants de l'évaluation

L'évaluation faite par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) porte sur les dix-neuf groupes de médecine de famille (GMF) qui ont été accrédités entre novembre 2002 et avril 2003. Conformément au mandat confié par le Ministre, l'évaluation vise à décrire le rythme et les modalités de l'implantation du modèle GMF, à préciser les facteurs, les acteurs et les circonstances qui facilitent ou entravent l'implantation de ce modèle et à établir les effets des GMF sur l'accessibilité, la continuité et l'utilisation des services de santé ainsi que sur l'organisation de la pratique médicale et la satisfaction professionnelle. Elle a été effectuée à l'aide de plusieurs méthodes : analyse documentaire, enquêtes par questionnaire, traitement de données administratives, entrevues semi-dirigées et groupes de discussion. Les données couvrent la période allant de 2003 à 2006. Voici les principaux résultats qui découlent de cette évaluation.

L'implantation des dix-neuf premiers GMF

Les groupes de médecins partagent plus d'activités cliniques deux ans après l'accréditation et cette évolution s'observe particulièrement dans les GMF privés. Ce partage s'avère une condition essentielle à la production des outils servant à soutenir la collaboration interprofessionnelle, soit les protocoles et les ordonnances collectives. Par ailleurs, la pratique médicale en GMF a évolué vers un partage entre les médecins de la responsabilité à l'égard des patients, en plus de la collaboration avec les infirmières. Le leadership des médecins responsables apparaît comme un élément qui facilite l'implantation des GMF et renforce la cohésion du groupe. Les GMF demeurent cependant des organisations menées par les médecins, comme l'indique la faible participation des infirmières à la gestion.

La pratique infirmière de première ligne s'est développée en grande partie autour du suivi des malades chroniques et de l'enseignement, et ce, grâce à l'appui des médecins responsables ainsi qu'au leadership exercé par les infirmières elles-mêmes et les responsables des soins infirmiers (RSI) dans les ex-CLSC partenaires. À l'arrivée des infirmières, tout était à construire et, règle générale, les médecins ignoraient ce que pouvaient accomplir des infirmières cliniciennes. Après une période d'adaptation, ces professionnelles sont progressivement devenues beaucoup plus autonomes, ayant leur propre clientèle et effectuant un travail à la fois plus diversifié et complexe – lequel exige un bon jugement clinique. Travailler dans un GMF représente pour ces infirmières un défi intéressant, tant sur le plan professionnel que sur le plan personnel, qui requiert, en contrepartie, de la formation. La participation des médecins à la sélection des infirmières constitue une condition essentielle à leur intégration au sein des cliniques. Plusieurs outils et formations sont offerts actuellement par les entreprises pharmaceutiques, comme c'est le cas pour les médecins.

La collaboration entre les médecins et les infirmières a nécessité un apprentissage et suscité de nombreuses questions sur les rôles, les attitudes, les comportements et les responsabilités de chacun. Elle a aussi exigé du temps pour qu'une confiance mutuelle s'instaure, que les compétences du personnel infirmier soient reconnues et que le

partage des responsabilités soit clairement établi. Deux ou trois ans après l'accréditation, les médecins avaient plus fréquemment des activités cliniques avec les infirmières qu'avec leurs collègues et presque tous leur référaient régulièrement des patients. Les ordonnances collectives et les protocoles restaient toutefois peu nombreux.

Les adjointes administratives ont réussi à réorganiser le secrétariat dans plusieurs GMF, ce qui a favorisé l'implantation du GMF. Leur travail facilite, notamment, les relations avec les patients et avec le réseau de la santé et des services sociaux. Malheureusement, le soutien administratif offert au personnel infirmier reste limité dans plusieurs GMF. Nombre de médecins souhaitent, pour leur part, le développement du soutien à la gestion des activités cliniques.

L'offre de services particulière des GMF comprend, outre un plus grand nombre d'heures d'ouverture des locaux, le suivi des patients atteints d'une maladie chronique effectué conjointement par les médecins et le personnel infirmier dans tous les GMF sur lesquels porte l'évaluation. Le fait de réserver tous les services du GMF aux seules personnes inscrites a suscité des discussions d'ordre éthique au sein des GMF et parmi leurs partenaires. Cependant, à mesure que le nombre de personnes inscrites augmente, la question se pose davantage en termes de capacité à répondre aux besoins qu'en termes d'éthique. La gamme des services médicaux a peu changé depuis l'accréditation, sauf pour ce qui est du type de consultation (plus souvent sur rendez-vous) et de la durée de celle-ci (allongement en clinique privée et raccourcissement en établissement de santé).

L'inscription à un GMF s'est révélée un moyen privilégié pour les patients de conserver un médecin de famille ou d'en avoir un, ce qui constitue un avantage dans un contexte de réorganisation des services et de pénurie. Les médecins ont pris au sérieux cet engagement envers leurs patients. Ils ont obtenu de cette manière une liste de leurs patients, une information essentielle à une meilleure gestion des services qu'ils offrent. L'inscription leur a aussi permis de constater que le nombre de leurs patients était moins élevé que ce qu'ils croyaient. De lourdes charges de travail dans les hôpitaux et le temps consacré à l'enseignement dans les unités de médecine familiale (UMF) ont cependant restreint le nombre d'inscriptions.

Les liens entre les GMF et les réseaux locaux de services doivent encore être précisés, les premiers groupes ayant été constitués au cours de la période mouvementée de la création des CSSS. Une nouvelle dynamique s'est toutefois créée entre le réseau et les cliniques médicales privées, longtemps restées en marge du système public. Le modèle GMF a introduit une logique de négociation relativement à l'organisation des services médicaux, tandis que le mode de gouvernance des GMF et le travail en interdisciplinarité ont favorisé la participation de ces médecins en tant que partenaires des réseaux locaux de services. De plus, le rattachement du personnel infirmier aux CSSS a facilité la liaison entre les GMF et les différents services offerts dans le réseau.

Avec la fusion des établissements de santé, les infirmières cliniciennes des GMF ont perdu leur lien avec les directions des soins infirmiers des CSSS, lien qui avait contribué à définir leur rôle au début de l'implantation des GMF. En effet, les infirmières des GMF

sont relativement isolées de leurs pairs puisqu'elles travaillent, pour la plupart, dans des milieux privés et qu'elles n'ont pas aisément accès au soutien professionnel existant dans les établissements. Un tel soutien demeure pourtant essentiel pour assurer la qualité et la sécurité des soins infirmiers qui, rappelons-le, représentent un élément majeur de la réorganisation en cours des services de première ligne. Par ailleurs, les difficultés de remplacement du personnel infirmier des GMF occasionnent des interruptions des services infirmiers à un nombre grandissant de patients. Enfin, des liens plus étroits et formels entre les GMF et les services de deuxième et troisième lignes restent encore à créer.

L'accréditation sur la base d'une offre de services de la part des médecins et le renouvellement de cette accréditation au bout de trois ans donnent l'occasion de mieux planifier localement les services, de valider les développements et d'adapter le modèle selon des variables stratégiques. Ces deux processus permettent aussi de fixer les objectifs que les GMF devront atteindre à moyen terme. Les GMF s'attendent en retour à ce que les ententes signées avec les centres de santé et de services sociaux (CSSS) soient respectées.

L'informatisation, qui était attendue avec impatience, a plutôt déçu le personnel en raison des problèmes d'accès au Réseau de télécommunications sociosanitaire (RTSS), de la complexité de cet accès ainsi que de l'insuffisance des progrès concernant le dossier électronique des patients. Ce dernier devient de plus en plus nécessaire, à mesure que s'affirment une pratique de groupe et la collaboration interprofessionnelle. Certains gains ont toutefois été enregistrés, le plus important étant l'informatisation du suivi des patients dans certains GMF. Outre qu'il s'est montré très efficace, le suivi informatisé constitue un outil de premier ordre pour faciliter le travail d'équipe. Par ailleurs, de nombreux médecins se sont initiés à l'informatique et plusieurs apprécient grandement l'accès électronique aux résultats de laboratoire.

Les conditions ayant favorisé l'implantation des GMF se rapportent autant au contexte général qu'à des facteurs de nature structurelle, clinique ou relationnelle. Le soutien financier, celui qui a été consacré à l'implantation du modèle autant que l'affectation de ressources du réseau ainsi que la rémunération consentie pour certaines fonctions et activités exercées dans les GMF ont permis de structurer ces groupes. Ensuite, le consensus sur l'importance de réorganiser les soins de santé de première ligne et sur les caractéristiques des services à privilégier a facilité la prise de décision des gestionnaires du MSSS, du réseau et au sein même des GMF. Se donner le temps et « prendre le temps » ont permis que la confiance s'installe non seulement à l'intérieur des GMF mais aussi entre ces derniers et des partenaires des réseaux locaux ayant des cultures organisationnelles et des mandats fort différents. Enfin, les premiers GMF ont été créés par des médecins généralement enthousiastes, malgré certaines craintes, face aux changements que l'adoption du modèle GMF entraînait, et par des infirmières animées du désir de faire évoluer leur profession.

Les effets de l'implantation des premiers GMF

La satisfaction professionnelle des médecins des premiers GMF, déjà plus grande que celle de l'ensemble des omnipraticiens, a augmenté entre 2003 et 2005. Cette hausse a été plus importante pour les médecins pratiquant dans une clinique privée que pour ceux qui travaillaient dans un CLSC ou une UMF. De leur côté, près de 60 % des infirmières ont situé leur satisfaction professionnelle à 90 % ou plus en 2005, un niveau très élevé. D'ailleurs, ce phénomène a été remarqué par certains acteurs des CSSS ou des agences de la santé et des services sociaux (ASSS).

La satisfaction des médecins est particulièrement élevée en ce qui concerne les relations avec leurs collègues médecins et avec les infirmières du GMF. La collaboration avec les infirmières a contribué à réduire leur sentiment d'isolement et l'impression de lourdeur découlant de leur responsabilité envers leurs patients. Ainsi, des médecins ont dit avoir retardé leur départ à la retraite et les GMF ont réussi à recruter de nouveaux médecins, contrairement à des cliniques qui ne sont pas devenues des GMF. Faire partie d'une équipe mais aussi participer à un changement qui valorise leur rôle professionnel et donner de meilleurs services améliorent grandement la qualité de vie au travail des médecins et des infirmières.

L'expérience des patients des GMF concernant **l'accessibilité, la continuité et l'utilisation des services** met en exergue des améliorations sur plusieurs plans, deux ans seulement après l'accréditation. En 2005, les patients sont plus nombreux qu'auparavant à pouvoir communiquer facilement avec la clinique, à avoir un meilleur accès aux services médicaux en cas d'urgence ou en dehors des heures d'ouverture, à avoir leur médecin de famille au GMF, à se montrer très satisfaits de la qualité de la relation avec leur médecin, à estimer que la connaissance qu'a le médecin de leur situation est meilleure et, enfin, à parler avec lui de leurs consultations auprès de spécialistes. Les patients des cliniques privées ont perçu plus souvent des différences positives qui font en sorte que leur degré de satisfaction égale – et parfois dépasse – les niveaux atteints au regard des services fournis par les établissements de santé publics. Signalons aussi que les personnes de 65 ans et plus se montrent généralement plus souvent satisfaites des changements en cours. L'accès à un médecin pendant les heures d'ouverture et l'utilisation des services à l'extérieur du GMF n'ont toutefois pas changé au cours de la période visée par l'étude.

Au début de l'existence des GMF, certains patients ont exprimé des réticences à consulter les infirmières pour leur suivi. Toutefois, ils ont appris à les connaître, ils leur font désormais confiance et ils communiquent en premier lieu avec elles en cas de problème. L'enseignement aux patients a donné un nouvel essor aux activités de prévention et de promotion de la santé. En 2005, les infirmières voyaient en moyenne une cinquantaine de personnes par semaine, rencontres auxquelles il faut ajouter de nombreuses communications téléphoniques.

Certaines tendances quant à **l'utilisation des services médicaux dans les GMF** se retrouvent, sans y être aussi marquées cependant, dans **des cliniques comparables** qui ne sont pas devenues des GMF. Ainsi, le groupe des patients « réguliers », c'est-à-dire ceux ayant leur médecin habituel à la clinique, devient de plus en plus important et largement majoritaire dans tous les milieux de soins, mais plus encore dans le cas des

GMF. En GMF, très peu de grands utilisateurs de services médicaux (3 visites ou plus par année à un omnipraticien) n'ont pas leur médecin de famille au GMF (11,3 %, comparativement à 19,2 % dans des cliniques non GMF en 2005-2006). Parmi ceux dont le médecin habituel pratique au GMF, 80,0 % reçoivent de celui-ci la presque totalité de leurs services de médecine générale (70,1 % dans les cliniques non GMF). Dans des cliniques comparables non GMF, c'est d'abord la fidélité au médecin habituel qui a augmenté, contrairement à la fidélité plus grande à la clinique que l'on observe dans les GMF. Les patients des GMF voient donc beaucoup plus souvent que les autres un médecin qui est un collègue de leur médecin habituel, en plus des infirmières.

Le nombre de consultations médicales a baissé au cours de la période d'étude, que les patients fréquentent un GMF ou non. Cependant, les visites à un omnipraticien de la clientèle des GMF ont diminué plus rapidement que dans les cliniques non GMF, un résultat qui était attendu puisque les patients y sont suivis également par des infirmières et qu'ils peuvent s'adresser directement à elles. Les patients vont aussi de moins en moins souvent chez les médecins spécialistes, peu importe le type de clinique où ils reçoivent leurs soins. Enfin, les personnes ayant certains problèmes chroniques se rendent moins souvent dans une salle d'urgence hospitalière, qu'elles soient suivies en GMF ou non. Il est encore trop tôt pour avoir la certitude que la pratique en GMF n'affectera pas l'utilisation des urgences, étant donné le temps nécessaire à l'implantation de ce modèle et à l'amélioration de l'état de santé des patients.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	11
LISTE DES FIGURES ET DES GRAPHIQUES	13
LISTE DES SIGLES	15
1 LES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF) ET LEUR ÉVALUATION ...	19
1.1 Le modèle GMF	19
1.2 L'évaluation des dix-neuf premiers GMF.....	22
2 L'IMPLANTATION DES GMF : LE CHANGEMENT RACONTÉ PAR CELLES ET CEUX QUI LE VIVENT	29
2.1 Pourquoi devenir GMF ?	29
2.2 Le partage entre les médecins d'un GMF	30
2.2.1 La gestion du GMF	30
2.2.2 Le partage des tâches, des ressources et des responsabilités entre les médecins.....	31
2.2.3 Le partage des activités cliniques entre les médecins.....	33
2.3 L'infirmière clinicienne	34
2.3.1 La sélection des infirmières	35
2.3.2 L'intégration des infirmières au GMF	36
2.3.3 L'actualisation du rôle novateur de l'infirmière clinicienne	38
2.3.4 La collaboration entre médecins et infirmières : les conditions propices	42
2.3.5 Vers un véritable travail d'équipe.....	46
2.4 L'administration et le secrétariat	47
2.4.1 La réorganisation du travail et l'adaptation au modèle GMF	47
2.4.2 Une gestion essentielle au bon fonctionnement du GMF	48
2.5 L'informatisation des GMF	48
2.5.1 Des espoirs déçus	48
2.5.2 Une informatisation fragmentaire des dossiers des patients	49
2.5.3 Des avancées avec l'implantation des GMF.....	50
2.6 Une offre de services étendue	52
2.6.1 Les heures d'ouverture et les types de consultation.....	52
2.6.2 L'éventail des services médicaux	53
2.6.3 Le nombre de patients vus par les médecins	54
2.6.4 La question des services réservés aux personnes inscrites.....	55

2.7	L'inscription des patients	56
2.7.1	Pourquoi s'inscrire à un GMF ?	56
2.7.2	L'inscription du point de vue des médecins	57
2.7.3	Le débat sur le nombre d'inscriptions	57
2.8	Les GMF au sein des réseaux locaux de services (RLS)	59
2.8.1	Les médecins du GMF comme partenaires du RLS	59
2.8.2	Le lien avec Info-Santé et les ententes avec les CSSS	60
2.8.3	Les liens avec des professionnels du réseau	63
2.9	Le soutien à l'implantation ainsi que les processus d'accréditation et de renouvellement de l'accréditation	66
2.9.1	Le soutien à l'implantation du modèle	66
2.9.2	Les processus d'accréditation et de renouvellement de l'accréditation ...	66
2.10	Discussion	68
3	LES EFFETS DES GMF	77
3.1	Les effets sur la satisfaction professionnelle	77
3.1.1	La satisfaction professionnelle telle qu'elle a été mesurée	77
3.1.2	Ce qui motive les médecins et les infirmières	79
3.2	Les effets sur l'accessibilité, la continuité et l'utilisation des services : l'expérience des patients des GMF	81
3.2.1	L'accessibilité : une amélioration surtout en dehors des heures d'ouverture et en cas d'urgence	81
3.2.2	Une amélioration de la qualité relationnelle et de la connaissance des patients	83
3.2.3	Une utilisation des services qui reste similaire	86
3.3	Une comparaison entre les GMF et des cliniques non GMF à partir des données administratives	87
3.3.1	Les médecins des GMF et des cliniques comparables	88
3.3.2	Le nombre de patients dans les GMF et dans les cliniques comparables	89
3.3.3	La fidélité au médecin de famille et à la clinique	92
3.3.4	L'utilisation des services	93
3.4	Discussion	97
	CONCLUSION	103
	BIBLIOGRAPHIE	107
	ANNEXE 1 Historique de l'implantation et de l'évaluation des GMF, 2000-2007	119
	ANNEXE 2 Méthodologie	125
	ANNEXE 3 Facteurs favorisant l'implantation des GMF	137

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Soutien technique et financier reconductible accordé en 2008 à un GMF comptant entre 15 000 et 19 000 patients.....	21
Tableau 2	Caractéristiques des 19 premiers GMF.....	23
Tableau 3	Pourcentage des médecins des 19 premiers GMF qui partagent des tâches, des ressources et des dépenses,	32
Tableau 4	Pourcentage des médecins des 19 premiers GMF qui partagent certaines activités cliniques, 2003 (T0) et 2005 (T2).....	33
Tableau 5	Nombre de GMF où est offert un suivi systématique pour différents problèmes de santé et nombre de patients suivis en moyenne par semaine dans les 19 premiers GMF, 2005	40
Tableau 6	Pourcentage des médecins des 19 premiers GMF qui ont référé des patients à un professionnel de la santé au cours de la semaine précédant l'enquête, qui ont habituellement un retour d'information et qui ont souvent discuté de cas au cours du mois précédant l'enquête, 2003 (T0) et 2005 (T2)	64
Tableau 7	Pourcentage des médecins des 19 premiers GMF disant se heurter souvent à des difficultés relatives au suivi hospitalier, selon qu'ils pratiquent ou non dans un CHSCD, 2003 (T0) et 2005 (T2).....	65
Tableau 8	Pourcentage des médecins des 19 premiers GMF se disant très satisfaits de leur vie professionnelle ainsi que des relations avec leurs collègues et les autres membres du personnel du GMF, selon le lieu principal de pratique en 1 ^{re} ligne, 2003 (T0) et 2005 (T2)	78
Tableau 9	Accessibilité des services selon le point de vue des patients de 10 des 19 premiers GMF, 2003 (T0) et 2005 (T2)	83
Tableau 10	Continuité relationnelle et de la coordination des services, selon le point de vue des patients de 10 des 19 premiers GMF, 2003 (T0) et 2005 (T2).....	85
Tableau 11	Utilisation des services par les patients de 10 des 19 premiers GMF, 2003 (T0) et 2005 (T2)	87
Tableau 12	Caractéristiques des médecins des GMF et des cliniques comparables.....	88
Tableau 13	Caractéristiques des patients des GMF et des cliniques comparables.....	89

Tableau 14	Nombre total de patients réguliers et nombre de ces patients par ETP dans les GMF et les cliniques comparables.....	90
Tableau 15	Patients présentant au moins une condition sensible aux soins de première ligne dans les GMF et les cliniques comparables	91
Tableau 16	Fidélité au médecin ou à la clinique habituels des patients ayant consulté au moins trois fois un omnipraticien durant l'année.....	92
Tableau 17	Nombre moyen de visites dans les cabinets privés des omnipraticiens (données standardisées selon l'âge et le sexe)	94
Tableau 18	Pourcentage des patients ayant vu au moins une fois un médecin spécialiste et nombre moyen de visites de ces patients (données standardisées selon l'âge et le sexe)	95
Tableau 19	Pourcentage des patients s'étant rendus au moins une fois à l'urgence d'un hôpital (données standardisées selon l'âge et le sexe)	96
Tableau 20	Nombre moyen de visites à l'urgence des patients s'y étant rendus au moins une fois (données standardisées selon l'âge et le sexe)	97

LISTE DES FIGURES ET DES GRAPHIQUES

Figure 1	Schéma de l'évaluation des 19 premiers GMF, selon les méthodes et les sources de données utilisées	25
Graphique 1	Nombre et pourcentage de patients référés en moyenne par semaine aux infirmières par les médecins dans les 19 premiers GMF, 2005	44
Graphique 2	Pourcentage des médecins des 19 premiers GMF qui utilisent l'informatique au GMF ou à la maison, selon le statut du GMF, 2003 (T0) et 2005 (T2)	52

LISTE DES SIGLES

ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CHSCD	Centre hospitalier de soins de courte durée
CLSC	Centre local de services communautaires (mission du CSSS)
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DRMG	Département régional de médecine générale
DSI	Direction des soins infirmiers
ETP	Équivalent temps plein
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RLS	Réseau local de services
RSI	Responsable des soins infirmiers
RTSS	Réseau de télécommunications sociosanitaire
SRV	Sans rendez-vous
UMF	Unité de médecine familiale

PREMIÈRE PARTIE

**LES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE
ET LEUR ÉVALUATION**

1 LES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF) ET LEUR ÉVALUATION

1.1 Le modèle GMF

L'objectif de construire une première ligne de soins qui soit une véritable assise du système de santé a été fondamental dès la mise en place du système public d'assurance maladie du Québec¹. Au cours des années 1990, plusieurs ont fait le constat que cet objectif était demeuré un idéal à atteindre non seulement au Québec, mais aussi dans plusieurs provinces et pays². En 2000, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, appelée la commission Clair, pose à son tour un diagnostic très sévère sur l'organisation des services. Elle propose alors une réorganisation à partir « de la double réalité actuelle des CLSC et des cabinets de médecins ». La recommandation qui a donné naissance aux groupes de médecine de famille (GMF) se lit comme suit :

Que le volet médical de ce réseau de 1^{re} ligne soit assumé par des *Groupes de médecine de famille* composés de médecins omnipraticiens travaillant en groupe, en cabinet ou en CLSC, avec la collaboration d'infirmières cliniciennes ou praticiennes.

Que ces *Groupes* soient responsables d'une gamme de services définis auprès d'une population de citoyens qui les auront choisis³.

Les orientations de la commission Clair, en particulier l'intégration des services et la mise en place d'équipes interdisciplinaires, ont fait consensus et ont été reprises par les commissions d'enquête fédérales et, plus récemment, par le groupe de travail québécois sur le financement de la santé⁴.

Dès le printemps 2001, le ministre de la Santé et des Services sociaux annonçait son intention d'instaurer les GMF. La même année, le groupe de soutien à l'implantation et une équipe ministérielle affectée au projet des GMF (équipe projet) ont reçu le mandat de concevoir le modèle, de définir les orientations et de produire les outils nécessaires à l'accréditation des cliniques, des centres locaux de services communautaires (CLSC) et des unités de médecine familiale (UMF) voulant se constituer en GMF. À l'équipe ministérielle se sont joints des responsables de projet, embauchés à l'échelon régional par les agences de la santé et des services sociaux (ASSS), pour appuyer l'implantation

-
1. COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL, *Rapport*, deuxième partie, volume IV : *La santé*, Québec, 4 tomes, 1970.
 2. A.P. CONTANDRIOPOULOS, « Pourquoi est-il si difficile de faire ce qui est souhaitable ? », *Gestion*, vol. 27, n° 3, automne 2002, p. 142-150.
 3. COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, *Les solutions émergentes : Rapport et recommandations*, Québec, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, p. 52.
 4. COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA, *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*, rapport final, Saskatoon (Saskatchewan), Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002, xxxviii, 387 p. ; M.J.L. KIRBY et M. LEBRETON, *Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada : Le temps d'agir – Rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie*, [Ottawa], Le Sénat, 2003, 71 p. et GROUPE DE TRAVAIL SUR LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ, *En avoir pour notre argent*, rapport du groupe de travail, [Québec], Groupe de travail sur le financement du système de santé, 2008, xiii, 317 p.

des GMF et de leurs diverses composantes, gérer le processus d'accréditation et assurer les suivis administratifs nécessaires.

Les premiers GMF sont accrédités en novembre 2002. Par l'implantation de cette nouvelle forme d'organisation, le MSSS vise à :

- assurer une plus grande accessibilité des services, la prise en charge globale et le suivi des patients inscrits auprès d'un médecin membre d'un GMF ;
- permettre à moyen terme à plus de gens d'avoir accès à un médecin de famille ;
- améliorer la prestation et la qualité des soins médicaux de première ligne ainsi que l'organisation des services de première ligne ;
- développer une plus grande complémentarité des services avec les centres de santé et de services sociaux (CSSS) ;
- reconnaître et valoriser le rôle du médecin de famille⁵.

Les GMF sont des organisations volontaires réunissant des médecins qui s'engagent en tant que groupe à offrir une gamme variée de services et qui travaillent en collaboration avec des infirmières cliniciennes. En contrepartie de cet engagement, le groupe reçoit des ressources humaines, matérielles et financières propres à assurer l'accessibilité, la continuité ainsi que la globalité des services de santé à la population inscrite. Les groupes peuvent réunir plusieurs organisations (par exemple, une clinique et des cabinets solos) et les médecins peuvent pratiquer indifféremment dans des établissements publics ou des cliniques privées, ou dans ces deux milieux.

Plus précisément, les médecins membres d'un GMF doivent désigner un médecin responsable et signer un contrat d'association qui fixe les orientations, le fonctionnement et les responsabilités du groupe. Le groupe ainsi constitué présente une offre de services au Département régional de médecine générale (DRMG). Cette offre comprend une gamme définie de services médicaux, notamment en termes de jours et d'heures d'ouverture de la clinique – pour les consultations avec ou sans rendez-vous –, les services à domicile, la garde et le soutien aux services fournis à l'extérieur de la clinique.

Une fois entérinée par l'ASSS de la région, l'offre de services du GMF fait l'objet d'une convention entre les deux parties. Le groupe signe également une entente avec un CSSS partenaire sur les modalités d'affectation du personnel infirmier et l'accès du GMF à différentes autres ressources du CSSS. De plus, les personnes rendues vulnérables par une perte d'autonomie ou un risque de décompensation peuvent, sur recommandation du GMF, être inscrites à Info-Santé afin de les assurer d'une réponse à leurs besoins 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Le modèle GMF prévoit que des liens formels sont établis avec plusieurs partenaires du réseau, autant sur le plan de l'accès à des services que sur celui de l'échange d'information clinique, échange appuyé par l'informatisation des cliniques.

5. QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Devenir un GMF : Guide d'accompagnement – Le groupe de médecine de famille : un atout pour le patient et son médecin*, document préparé par les membres du groupe de soutien à l'implantation des groupes de médecine de famille, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, p. 24.

Ces ententes conclues, le groupe peut être accrédité en tant que GMF, par le Ministre, pour une période de trois ans. L'accréditation est renouvelable et le renouvellement donne lieu à une évaluation du respect de l'offre de services à la fois par les agences et le MSSS. Chaque GMF accrédité reçoit une aide financière équivalant aux salaires d'une technicienne en administration (ou, encore, d'une adjointe administrative) et d'une secrétaire qui s'occupe exclusivement des dossiers reliés au GMF. La personne titulaire du premier poste assume un rôle de soutien auprès du médecin responsable, notamment à l'égard de la gestion du personnel et de l'informatisation ; celle qui occupe le second poste assure, de son côté, la tenue et le classement des dossiers, la gestion du courrier ainsi que le soutien à l'inscription des patients. Chaque groupe est aussi assuré d'obtenir de l'équipement informatique (ordinateur, câblage, certains logiciels), du soutien technique, les liens de télécommunication et les jetons de sécurité lui permettant d'accéder au Web et au réseau de télécommunications sociosanitaire (RTSS) ainsi qu'un accès en ligne à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour l'inscription des patients.

Le mode de rémunération usuel des médecins est conservé mais ils reçoivent un montant forfaitaire annuel pour chaque patient inscrit au GMF (7 \$ jusqu'en 2007). De plus, une rémunération forfaitaire est versée au médecin responsable du GMF et une banque d'heures rémunérées compense les médecins du groupe pour le temps passé à l'administration et à l'organisation des services de santé offerts par le GMF. La garde en dehors des heures d'ouverture est aussi rétribuée. À ces sommes s'ajoutent également les montants auxquels ont droit les omnipraticiens désignés comme médecins de famille, qu'ils exercent en GMF ou ailleurs, pour le suivi des personnes vulnérables (ayant 70 ans ou plus et certains problèmes chroniques) et le suivi en périnatalité.

Toute personne désireuse de le faire peut s'inscrire à un GMF en signant un formulaire qui désigne un médecin du groupe comme son médecin de famille et qui autorise la transmission de renseignements personnels. Cette inscription est volontaire, gratuite, sans limites territoriales, valable pour un an et renouvelable automatiquement. Tout patient peut annuler son inscription quand il le souhaite. L'inscription au GMF vise à favoriser la responsabilité d'un professionnel ou d'une équipe à l'endroit des patients inscrits. En contrepartie, on s'attend à leur fidélité à l'égard du GMF, même si aucune pénalité n'est associée au fait de consulter un médecin dans une autre clinique.

TABLEAU 1
SOUTIEN TECHNIQUE ET FINANCIER RECONDUCTIBLE ACCORDÉ EN 2008 À UN GMF
COMPTANT ENTRE 15 000 ET 19 000 PATIENTS

POSTE BUDGÉTAIRE	MONTANT (\$)
Ressources humaines (personnel infirmier, adjointe administrative, secrétaire)	227 620
Aide au loyer (coût moyen)	16 000
Frais de déplacement	6 000
Informatisation	20 340
Total	269 960

Source : MSSS, Direction de l'accessibilité et des services médicaux, 2008.

En 2008, un GMF de taille moyenne – qui compte entre 15 000 et 19 000 patients inscrits – est assuré d'une aide reconductible équivalant à environ 270 000 \$ (voir le tableau 1) ; en excluant la rémunération supplémentaire des médecins. De plus, une somme non reconductible d'environ 45 000 \$ couvre les frais d'aménagement et d'ameublement ainsi que la formation initiale. Ce soutien technique et financier est modulé, depuis janvier 2005, selon le nombre de patients inscrits.

1.2 L'évaluation des dix-neuf premiers GMF

Le présent rapport rend compte de l'évaluation relative à l'implantation du modèle GMF, aux effets de cette implantation sur les patients et sur les professionnels. Selon le mandat confié à la Direction de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'évaluation vise à :

- décrire le rythme et les modalités de l'implantation du modèle GMF ;
- préciser les facteurs, les acteurs et les circonstances qui facilitent ou entravent l'implantation de ce modèle ;
- établir les effets des GMF sur l'accessibilité, la continuité et l'utilisation des services de santé ainsi que sur l'organisation de la pratique médicale et la satisfaction professionnelle ;
- soutenir le processus d'implantation.

L'évaluation porte sur les 19 premiers GMF, soit ceux qui ont été accrédités entre novembre 2002 et avril 2003. Ils sont diversifiés quant à la taille, au statut, au nombre de sites, au milieu géographique et à l'abondance relative de l'effectif des médecins dans le réseau local de services (voir le tableau 2). Ainsi, ces GMF sont répartis dans 12 régions ; 5 d'entre eux ont été constitués en établissement de santé, tel qu'un CLSC, un CSSS ou, encore, une UMF ; 8 regroupent des médecins qui pratiquent dans une clinique privée et en cabinet solo, 6 ont été créés sur la base d'une association entre des cliniques ou des cabinets, d'une part, et des CLSC ou des UMF, d'autre part. Enfin, ces GMF se déploient sur 45 sites différents, seulement 7 des 19 GMF visés par l'étude n'occupant qu'un seul site.

Au-delà des caractéristiques que nous venons d'évoquer, ces GMF se distinguent des cliniques qui ne sont pas devenues GMF ou qui l'ont fait beaucoup plus tard. En effet, plusieurs de ces premiers groupes de médecins avaient déjà formé le projet de devenir GMF avant même que toutes les procédures pour ce faire ne soient formellement établies. Plus important encore, les médecins des premiers GMF étaient motivés par les changements qu'implique le modèle et ceux qui ont rassemblé leurs collègues autour de ce projet ont souvent exercé un rôle dans des structures syndicales, médicales ou administratives qui a fait d'eux des leaders dans leur milieu. C'est pour cette raison que nous nous attendions, au départ, à ce que l'expérience des premiers GMF inspire les façons de faire dans les GMF plus récents.

TABLEAU 2
CARACTÉRISTIQUES DES 19 PREMIERS GMF

GMF	P ¹	E ²	DATE D'ACCRÉDITATION	STATUT	SITES (n)	MÉDECINS ASSOCIÉS (n)		MUNICI- PALITÉ ³	EFFECTIF DES MÉDE- CINS ⁴
						2003	2005		
GMF 1	X	X	29 nov. 2002	Public	3	12	12	Rurale	= ou +
GMF 2	X	X	29 nov. 2002	Privé	1	7	7	RMR	= ou +
GMF 3	X	X	14 nov. 2002	Privé	1	7	9	RMR	= ou +
GMF 4		X	14 nov. 2002	Privé	1	9	9	RMR	= ou +
GMF 5	X	X	29 nov. 2002	Public	1	15	15	RMR	= ou +
GMF 6			15 janv. 2003	Privé	1	5	5	Rurale	= ou +
GMF 7			24 janv. 2003	Privé	8	19	19	Urbaine	-
GMF 8	X		24 janv. 2003	Mixte	3	19	19	Urbaine	-
GMF 9			24 janv. 2003	Mixte	2	6	8	Rurale	-
GMF 10			18 déc. 2002	Mixte	3	22	21	RMR	= ou +
GMF 11	X		19 mars 2003	Mixte	2	20	23	RMR	= ou +
GMF 12			25 mars 2003	Public	3	13	15	RMR	= ou +
GMF 13			25 mars 2003	Public	1	14	15	RMR	= ou +
GMF 14			29 nov. 2002	Mixte	3	7	10	Urbaine	= ou +
GMF 15	X	X	28 mars 2003	Privé	1	12	12	Urbaine	-
GMF 16	X		07 avril 2003	Privé	3	6	6	Rurale	-
GMF 17	X		24 janv. 2003	Public	2	9	9	Rurale	-
GMF 18	X	X	21 janv. 2003	Privé	2	14	12	Rurale	= ou +
GMF 19			11 avril 2003	Mixte	3	11	15	Rurale	-

1. GMF sélectionné pour l'enquête auprès des patients.

2. GMF sélectionné pour les entrevues.

3. Milieu rural : moins de 10 000 habitants ; milieu urbain : entre 10 000 et 100 000 habitants ; RMR : région métropolitaine de recensement.

4. Nombre de médecins per capita pondéré selon le niveau de défavorisation :
 = ou + signifie semblable ou supérieur à la moyenne du Québec,
 - signifie inférieur de 15 % ou plus à la moyenne du Québec.

L'évaluation est basée sur plusieurs méthodes et différentes sources de données (voir la figure 1). Ainsi, des enquêtes par questionnaire ont été menées à deux reprises : en 2003, tout de suite après l'accréditation, période appelée *temps 0* (T0) et deux ans plus tard, soit en 2005, période appelée *temps 2* (T2). Elles visaient principalement à donner une mesure des changements perçus par les patients, les médecins ou les infirmières et de ceux qui sont advenus dans les sites des GMF sur lesquels porte l'étude. L'enquête auprès des patients a été effectuée dans 10 des 19 premiers GMF, tandis que celles qui s'adressaient aux médecins ou aux infirmières portent sur l'ensemble des 19 GMF.

L'analyse de l'implantation a quant à elle été effectuée, en majeure partie, à l'aide d'entrevues individuelles semi-dirigées avec des personnes directement interpellées. Elles aussi ont été conduites à deux reprises, soit environ un an après l'accréditation (temps 1 ou T1) et de deux à trois ans après l'accréditation (appelé également temps 2 ou T2). Sept des dix-neuf GMF ont été sélectionnés de façon à représenter différents cas de figure. Les acteurs rencontrés sont, au sein de chaque GMF : quatre médecins – dont celui qui agit à titre de médecin responsable –, les deux infirmières ainsi que l'adjointe administrative et, en dehors des GMF, des chargés de projet à l'échelle régionale ainsi que des gestionnaires travaillant dans un CSSS ou une agence de la santé et des services sociaux.

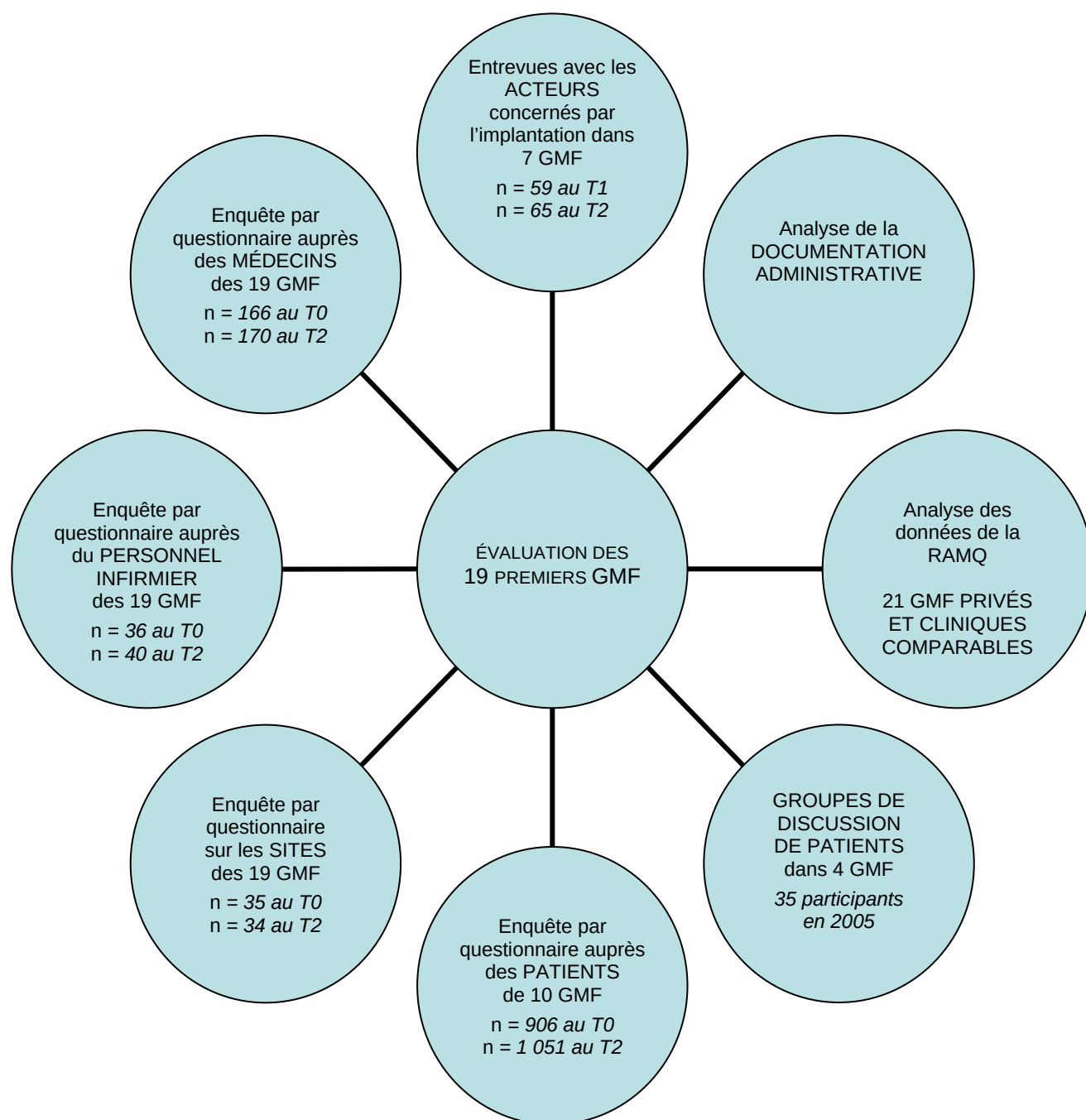
De plus, des groupes de discussion formés de patients de quatre GMF ont été réalisés en 2005 (T2). L'exploitation des banques de données administratives, surtout les fichiers de la RAMQ sur les services médicaux, nous a permis de connaître la situation des GMF en 2003. Elle nous a aussi permis de comparer l'utilisation des services de santé et la fidélité des patients dans les GMF et dans des cliniques comparables. Cette comparaison vise à isoler les effets spécifiques des GMF dans un contexte où de nombreux facteurs externes à ces groupes peuvent influencer l'utilisation des services. Les données utilisées couvrent la période s'étendant de juillet 2001 à juin 2006. Enfin, la documentation sur les GMF a été systématiquement lue et analysée.

Ces méthodes sont présentées en détail à l'annexe 2.

L'utilisation de plusieurs méthodes et la triangulation des résultats rendent mieux compte de la complexité des changements se produisant dans un environnement en évolution lorsque plusieurs facteurs influent sur le phénomène étudié⁶. Les résultats obtenus de diverses sources et de différentes manières ont été comparés puis interprétés simultanément lorsque cela s'avérait pertinent. Leur combinaison permet de confirmer et de mieux comprendre certains résultats qui s'entrecoupent. Ainsi, même si l'implantation des GMF – que l'on verra à la prochaine partie – a surtout été étudiée à l'aide des données qualitatives issues des entrevues individuelles, ces données ont été enrichies de plusieurs résultats tirés des enquêtes qui ont été effectuées dans les GMF ou des discussions qui ont été menées avec les groupes de patients. De la même façon, certaines données qualitatives éclairent les effets de l'implantation des GMF qui ont été mesurés et dont les résultats sont présentés dans la troisième partie.

6. C. FOSS ET B. ELLEFSEN, « The value of combining qualitative and quantitative approaches in nursing research by means of method triangulation », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 40, n° 2, octobre 2002, p. 242-248 et J.W. CRESWELL, *Research Design; Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*, 2^e édition, Thousand Oaks (Californie), Sage Publications, 246 p.

FIGURE 1
SCHÉMA DE L'ÉVALUATION DES 19 PREMIERS GMF,
SELON LES MÉTHODES ET LES SOURCES DE DONNÉES UTILISÉES



DEUXIÈME PARTIE
L'IMPLANTATION DES GMF : LE CHANGEMENT RACONTÉ
PAR CELLES ET CEUX QUI LE VIVENT

2 L'IMPLANTATION DES GMF : LE CHANGEMENT RACONTÉ PAR CELLES ET CEUX QUI LE VIVENT

L'objet de la présente partie est de décrire les modalités et le rythme de l'implantation des GMF ainsi que les facteurs, les acteurs et les circonstances qui ont facilité ou, au contraire, entravé l'implantation du modèle. Nous présentons l'implantation des divers éléments du modèle GMF, telle que l'ont décrite les différents acteurs rencontrés en entrevue, les patients ayant participé aux groupes de discussion et d'après les données issues des enquêtes. Les sections qui suivent portent tour à tour sur la formation des GMF, le partage entre les médecins, le développement de la pratique des infirmières cliniciennes et de la collaboration entre celles-ci et les médecins, le rôle de l'adjointe administrative, l'informatisation, l'offre de services, l'inscription des patients, les liens des GMF avec les réseaux locaux de services et, enfin, le soutien à l'implantation ainsi que les processus d'accréditation et de renouvellement de l'accréditation. Elles seront suivies par une discussion sur l'implantation des premiers GMF. Rappelons que ces GMF ont été accrédités entre novembre 2002 et avril 2003 ; l'annexe 1 montre les principales étapes et le contexte de leur implantation.

2.1 Pourquoi devenir GMF ?

Ce sont les médecins qui ont d'abord élaboré le projet de former un GMF et, parmi eux, ceux qui sont ultérieurement devenus les médecins responsables des groupes en ont très activement fait la promotion auprès de leurs collègues. Ils les ont rencontrés, leur ont expliqué le modèle et leur ont proposé de devenir un GMF. Certains médecins disent s'être laissé convaincre facilement. L'amélioration des services au bénéfice des patients, l'informatisation de la clinique, l'arrivée des infirmières, « on ne pouvait pas être contre ça » a dit l'un d'eux.

D'autres médecins manifestaient, au début, certaines réticences à cause de l'ingérence possible du gouvernement dans leur pratique et de l'ajout de tâches administratives, comme la production de rapports « de toutes sortes ». La méconnaissance des différentes modalités associées au modèle pouvait aussi entrer en ligne de compte même si, de prime abord, « le concept paraissait intéressant », comme le soulignait un médecin. Dans un milieu d'enseignement public, devenir un GMF soulevait plusieurs questions car cela s'ajoutait à une mission universitaire déjà très exigeante. Pouvoir résilier le contrat d'association dans un délai de six mois aurait, à ce moment-là, favorisé l'adhésion de médecins plus craintifs ou opposés au modèle.

D'autres médecins encore estimaient au départ que le modèle GMF était très proche soit de leur pratique, soit de ce qu'ils voulaient que leur pratique devienne. Ainsi, dans un GMF, les médecins considéraient que la prise en charge des patients et la pratique médicale selon ce modèle leur « collaient vraiment bien à la peau » et correspondaient à ce qu'ils tentaient de réaliser. Devenir un GMF était aussi l'occasion, pour un médecin responsable, de remettre « le médecin de famille au centre de la santé [...] Le médecin de famille a son rôle à jouer ; les cabinets privés sont importants, ont [aussi] leur rôle à jouer ». Influencer la forme que prendrait le modèle dans leur milieu pouvait également représenter un défi intéressant.

La perspective d'améliorer à la fois leurs propres conditions de travail et les services aux patients, ce qui semble intimement lié, a également eu un poids dans la décision de certains de constituer un GMF. À ce sujet, les médecins soulignent leur intérêt pour une variété d'éléments du modèle touchant non seulement le plan clinique (meilleure prise en charge), mais aussi les plans organisationnel (soutien informatique ou administratif, partage des tâches, interdisciplinarité) et matériel (agrandissement des locaux, soutien financier).

Du point de vue de certains gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux, les avantages en argent et en ressources humaines que donne un GMF auraient été les principales motivations pour former un tel groupe en milieu privé ; des chargées de projet ayant assisté les médecins dans l'implantation de leur GMF estiment de leur côté que les considérations matérielles en sont rarement le motif premier. Au moment des entrevues, devenir GMF restait cependant, pour les cliniques privées, la seule voie d'accès à certaines ressources publiques. Nombre de médecins pratiquant dans un établissement du réseau ont eux aussi mentionné leur intérêt pour des avantages matériels car, en formant un GMF, ils pouvaient avoir une plus grande autonomie financière au sein de l'établissement et penser à améliorer leur équipement ainsi que l'aménagement de leurs locaux. S'ils avaient jugé suffisant le budget de fonctionnement dont ils disposaient, certains médecins n'auraient pas choisi l'accréditation en tant que GMF ou n'auraient pas demandé le renouvellement de leur accréditation.

2.2 Le partage entre les médecins d'un GMF

2.2.1 La gestion du GMF

La plupart des acteurs rencontrés considèrent que la fonction de médecin responsable est un élément essentiel à la bonne marche d'un GMF et à la cohésion du groupe. C'est souvent ce médecin qui fait la promotion du rôle d'infirmière clinicienne, qui assure la sauvegarde de la mission du GMF et qui défend celle-ci dans les différents lieux de concertation. Le leadership et l'engagement dans l'organisation régionale des services médicaux dont les médecins assumant ce rôle font preuve ont grandement influencé d'abord la formation des groupes, ensuite l'accréditation et, enfin, l'implantation du modèle GMF. D'ailleurs, dans les GMF étudiés, tous sont demeurés en poste depuis les débuts, sauf un, et ce changement a été très exigeant pour toutes les personnes travaillant à la clinique.

Selon les médecins, des réunions formelles ont lieu dans tous les GMF. La fréquence des rencontres diffère d'un GMF à l'autre ; elle est plus variable en milieu privé – où elle est aussi moins rapide – qu'en établissement. Au début, plus de rencontres ont été nécessaires et, par la suite, le rythme aurait diminué. Dans la plupart des GMF, les décisions sur presque tous les aspects de la vie à la clinique sont prises par consensus entre les médecins. Malgré tout, certains se sentent parfois mal à l'aise avec des décisions prises en groupe, notamment celle de réserver les services aux patients inscrits.

Dans la plupart des GMF, l'adjointe administrative, les infirmières et certains professionnels travaillant sur les lieux peuvent se joindre aux médecins pour ces

rencontres. Une infirmière est présente d'office dans un seul des sept GMF sur lesquels porte l'étude qualitative. Cela est fort apprécié car, selon une infirmière, « pour eux [les médecins], on fait partie de la gang ». Dans deux autres GMF, il semble qu'elles ne soient jamais présentes aux réunions et, ailleurs, elles y assistent lorsque leur présence est jugée pertinente par les médecins. Plusieurs infirmières le regrettent et l'une d'elles dit : « On est aussi impliquées qu'eux autres [...] On est là autant pour trouver les solutions que quand ça va bien. » Au T2, moins de la moitié des infirmières estimaient avoir une participation élevée aux activités du GMF, incluant la gestion, alors que la plupart d'entre elles s'attendaient à beaucoup plus à leur arrivée. Dans quelques GMF, l'équipe administrative discute régulièrement avec les médecins de l'achat de matériel, de la gestion des résultats d'examen et de l'affichage à la clinique, entre autres sujets. Ces rencontres facilitent le travail puisque toute l'équipe reçoit la même information en même temps.

Plusieurs formules ont été expérimentées pour répartir les responsabilités entre les médecins selon les goûts, les compétences et la disponibilité de chacun. Un certain apprentissage et une réflexion sont donc nécessaires car, même lorsque les médecins pratiquent depuis longtemps dans une même clinique, ils ne travaillent pas nécessairement de concert. Comme le dit une chargée de projet : « J'ai remarqué avec les années que, même s'ils sont dix dans la clinique, ils sont en solo. » Dans presque tous les GMF, des comités de travail ont été mis en place, comités auxquels se joignent des professionnels non-médecins lorsqu'un sujet les concerne. Certains comités ont des mandats et un fonctionnement définis, tandis que d'autres visent surtout l'intégration à l'équipe. Dans l'un des GMF, les suggestions de toute l'équipe sur l'organisation des consultations sans rendez-vous (SRV) ont permis d'y réduire le temps d'attente des patients.

2.2.2 Le partage des tâches, des ressources et des responsabilités entre les médecins

Les médecins devaient préciser lors d'une enquête les dépenses, les tâches, les ressources et les responsabilités qu'ils partageaient avec leurs collègues. Au T0, les médecins membres des premiers GMF avaient déjà une pratique différente de celle de l'ensemble des omnipraticiens. En effet, 84 %⁷ des répondants québécois à un sondage pancanadien disaient mettre en commun les dossiers des patients en 2004, comparativement à 94 % des médecins des 19 premiers GMF en 2003 ; en ce qui concerne le personnel, les proportions étaient respectivement de 88 % et de 97 % ; pour la garde, les proportions s'établissaient à 67 % et à 85 %. Entre le T0 et le T2, proportionnellement plus de médecins des GMF ont partagé les périodes de garde, les ressources matérielles et le temps du personnel infirmier (voir le tableau 3). Les patients réunis en groupes de discussion ont dit à maintes reprises apprécier tout particulièrement le fait que tous les médecins du GMF aient accès à leur dossier : « Tu arrives, tu n'as pas besoin de raconter tout ce qui s'est passé. »

7. En excluant la non-réponse des tableaux publiés.

TABLEAU 3
POURCENTAGE DES MÉDECINS DES 19 PREMIERS GMF QUI PARTAGENT
DES TÂCHES, DES RESSOURCES ET DES DÉPENSES,
2003 (T0) ET 2005 (T2)

RESPONSABILITÉS, RESSOURCES ET DÉPENSES	ENSEMBLE		LIEU PRINCIPAL DE PRATIQUE EN 1 ^{RE} LIGNE*			
			PRIVÉ		PUBLIC	
	T0 (n = 166)	T2 (n = 170)	T0 (n = 100)	T2 (n = 98)	T0 (n = 64)	T2 (n = 69)
Ressources humaines	96,8	97,5	96,7	98,9	98,4	95,3
Dossier du patient	94,2	93,8	93,5	92,4	95,1	95,4
Espace de bureau	87,1	86,2	90,2	94,6	82,0	73,4
Ressources matérielles	86,5	93,7	92,4	96,7	78,7	89,1
Périodes de gardes	85,2	93,8	79,3	91,3	93,4	96,9
Tâches administratives	75,5	73,6	72,8	76,1	78,7	68,8
Temps du personnel infirmier	74,8	91,9	64,1	91,3	91,8	93,8
Dépenses (loyer, location, etc.)	60,0	62,3	91,3	89,1	13,1	23,4
* Le lieu principal de pratique de quelques répondants n'a pu être déterminé.						

Source : MSSS, Direction de l'évaluation, *Enquête auprès des médecins des premiers GMF*.

Depuis l'accréditation, la proportion des médecins qui achètent en commun le matériel médical a augmenté dans les établissements publics et cela aurait contribué à souder les relations au sein du groupe. Certains médecins ont souligné que les périodes de consultation SRV aux heures défavorables sont mieux réparties dans leur GMF, ce qui fait dire à un médecin : « Ça, c'est un miracle GMF, c'en est un. » Aux tâches habituelles des médecins s'ajoute la participation aux différents lieux de concertation, tels que le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ou la table territoriale, le plus souvent assumée par le médecin responsable. Ces assemblées accueillent souvent des médecins qui envisagent de former un GMF. Selon une chargée de projet, aucun gestionnaire n'aurait pu influencer les médecins comme le font leurs pairs au cours de ces discussions.

Différents acteurs ont souligné que le partage de la responsabilité des patients s'est développé dans les GMF. Dans plusieurs cas, c'est l'adjointe administrative qui a lancé le mouvement en ciblant les personnes vulnérables à partir des listes de patients disponibles à la RAMQ. Le contrat d'association donne quelques « lignes de conduite », dont celle d'assurer collectivement le suivi des personnes vulnérables inscrites auprès du groupe lorsque des collègues s'absentent ou quittent la clinique. Plusieurs adhèrent aisément à cette façon de faire, car « on s'est engagé comme groupe », tandis que d'autres montrent quelque réticence – comme les patients d'ailleurs, qui n'apprécient pas toujours le fait de voir un nouveau médecin. La prise en charge collective peut créer un surcroît de travail pour les médecins qui restent et devenir un vif sujet d'inquiétude quand plusieurs d'entre eux ont une large clientèle. Un médecin s'inquiète ainsi du départ à la retraite d'un collègue alors qu'il s'est avéré difficile de recruter un remplaçant : « Ces patients-là, s'il y en a 1 500, 1 800 d'inscrits, [...] on va faire quoi avec, là ? »

2.2.3 Le partage des activités cliniques entre les médecins

Le partage des activités cliniques entre les médecins augmente dans tous les GMF, que les médecins travaillent dans un établissement ou une clinique privée (tableau 4) et que les GMF comptent un ou plusieurs sites. Une exception toutefois : les groupes qui comprennent des cliniques privées et un CLSC ou une UMF, illustrant sans doute la difficulté que pose ce mariage de cultures organisationnelles différentes.

Environ les deux tiers des médecins disent, au T2, avoir collaboré à la préparation de guides ou de protocoles, alors que la proportion s'établissait à 40 % deux ans plus tôt. L'adoption de protocoles est d'ailleurs devenue nécessaire, avec l'instauration de suivis assurés conjointement avec des infirmières. Le tableau suivant illustre la participation grandissante des médecins, surtout dans les milieux privés – où la pratique se rapproche ainsi de celle qui existe en établissement. La discussion de cas et la formation continue demeurent les activités cliniques que les médecins partagent le plus souvent, et cela vaut la peine de s'y attarder.

TABLEAU 4
POURCENTAGE DES MÉDECINS DES 19 PREMIERS GMF QUI PARTAGENT
CERTAINES ACTIVITÉS CLINIQUES, 2003 (T0) ET 2005 (T2)

ACTIVITÉ CLINIQUE PARTAGÉE ENTRE MÉDECINS	ENSEMBLE		LIEU PRINCIPAL DE PRATIQUE EN 1 ^{RE} LIGNE			
	T0 (n = 166)	T2 (n = 170)	PRIVÉ		PUBLIC	
			T0 (n = 100)	T2 (n = 98)	T0 (n = 64)	T2 (n = 69)
<i>Lignes directrices cliniques</i>						
Au moins une fois par mois	40,8	47,7	42,2	53,9	36,6	38,4
<i>Amélioration de la pratique</i>						
Au moins une fois par mois	33,3	32,1	35,2	34,1	30,0	29,2
<i>Conception de guides de pratique ou de protocoles de soins</i>						
Y participent	41,9	65,6	36,8	62,9	49,2	69,2
<i>Discussion de cas</i>						
Au moins une fois par mois	68,4	74,5	64,5	71,9	73,4	78,5
<i>Formation continue</i>						
Au moins une fois par semaine	28,6	39,0	27,5	45,7	31,1	29,7
* Le lieu principal de pratique de quelques répondants n'a pu être déterminé.						

Source : MSSS, Direction de l'évaluation, *Enquête auprès des médecins des premiers GMF*.

Environ les trois quarts des médecins disent discuter de cas avec des collègues au moins une fois par mois au T2, comparativement à 68 % au T0. De telles discussions s'avèrent plus fréquentes dans les établissements publics que dans les cliniques privées, mais l'augmentation deux ans après l'accréditation est plus prononcée pour les médecins en pratique privée que pour ceux qui exercent surtout dans les établissements

publics (7,4 points, contre 5,1). La discussion de cas est cependant plus courante avec des infirmières qu'avec d'autres médecins, comme on le verra plus loin. Malgré ces chiffres, plusieurs médecins, même en pratique privée, pensent que « [c]e n'est pas vrai que les médecins d'une clinique privée se réunissent pour discuter de leurs patients ». En effet, la discussion de cas y serait surtout informelle, ainsi que le confirment au T2 60 % des infirmières.

Rares sont les médecins qui n'assistent jamais à des séances de formation continue, mais la fréquence de ces séances s'est intensifiée depuis la mise en place des GMF. Au T2, 39 % de tous les médecins avaient des sessions hebdomadaires de formation continue avec des collègues (29 % au T0). Alors que la formation continue était moins habituelle dans les cliniques privées que dans les établissements publics au T0, elle y est devenue plus fréquente deux ans plus tard. Dans bon nombre de cas, la formation s'adresse aussi aux infirmières.

À la fin de la période prise en compte dans l'étude, plusieurs médecins ont constaté un rapprochement entre collègues ainsi qu'un attachement et un sentiment d'appartenance plus forts qu'au début du GMF. Cet attachement pourrait résulter du partage des responsabilités, et même de certaines dépenses, depuis l'accréditation ainsi que de la formation continue en équipe. Cependant, pour d'autres, le GMF n'aurait rien changé puisqu'« [i]l y a déjà une belle complicité de travail. On était déjà en groupe. Ça n'a pas changé la dynamique ». Généralement, la satisfaction des médecins quant aux relations entre collègues s'est beaucoup améliorée, comme on le verra dans la dernière partie.

2.3 L'infirmière clinicienne

En 2001, la présence d'infirmières était marginale dans les cliniques privées d'omnipraticiens⁸ ; à peine 10 % de ces cliniques embauchaient du personnel infirmier, souvent à temps partiel et pour des tâches techniques. À la même époque, les infirmières avaient des activités professionnelles plus variées et davantage d'autonomie dans les CLSC que dans les cliniques privées, mais l'interdisciplinarité avec les médecins demeurait presque partout un idéal à atteindre⁹. L'entrée en fonction de cliniciennes dans les GMF entraînait donc un véritable changement dans la manière d'exercer la profession en première ligne et, nécessairement, dans la pratique de la médecine générale.

Pour la commission Clair et selon le modèle GMF, les infirmières devaient en effet se voir confier un rôle dit *élargi*, c'est-à-dire avoir non seulement un éventail diversifié d'activités professionnelles mais aussi une grande autonomie tout en respectant le nouveau cadre législatif en vigueur, soit la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Une gestionnaire traduit bien cette orientation : « Les infirmières diplômées s'attendent à faire des actes réservés. Une infirmière clinicienne, qui est bachelière, devrait prendre des décisions, au-delà de ce que peut faire une technicienne. »

8. M. DEMERS et M. BOWEN, *La présence et le rôle de l'infirmière dans les cliniques médicales d'omnipraticien au Québec en 2001*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 39. p.

9. D. D'AMOUR, C. SICOTTE et R. LÉVY, « L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé », *Sciences sociales et santé*, vol. 17, n° 3, septembre 1999, p. 67-100.

Tous les acteurs engagés dans l'implantation des premiers GMF avaient au départ de grandes attentes par rapport aux effets bénéfiques de la contribution de ces cliniciennes. Ainsi, la majorité des médecins responsables appuyait l'exercice d'un rôle élargi et s'attendait à ce que la collaboration des infirmières ait des effets importants. Les attentes n'étaient toutefois pas très précises en ce qui concerne la façon dont le rôle de cliniciennes allait s'actualiser dans les différents milieux de pratique, car c'était un rôle novateur, peu connu et qui allait encore évoluer.

De leur côté, les infirmières espéraient une ouverture de la part des médecins quant au rôle qu'elles pouvaient jouer et craignaient d'être affectées au triage, surtout dans les cliniques privées. Cette inquiétude était partagée par certains gestionnaires du réseau, pour qui les infirmières ne devaient pas être confinées à l'assistance aux médecins. « Je ne veux pas parler en mal de la miniurgence sauf que tout l'aspect professionnel... On est cantonnées dans notre petit rôle de servantes du médecin, puis c'est tout », dit une responsable des soins infirmiers (RSI)¹⁰.

2.3.1 La sélection des infirmières

La plupart des médecins étaient très satisfaits du processus de sélection par jury qui a été établi au début par les GMF et les CLSC partenaires, lequel processus s'est avéré un élément important pour que s'instaure la confiance entre ces équipes médicales et ces établissements. Peu d'infirmières bachelières ayant un statut d'emploi permanent s'étaient montrées intéressées à poser leur candidature, en 2003, dans les nouveaux GMF car il s'agissait d'assignments temporaires, un statut d'emploi précaire. Ainsi, parmi celles des premiers GMF, trois sur dix avaient un diplôme d'études collégiales en techniques infirmières¹¹, certaines étant par ailleurs inscrites au baccalauréat. En outre, une certaine incertitude régnait concernant les fonctions, les activités et les conditions de travail. Par exemple, que pouvait impliquer le fait de travailler dans une clinique privée, sous la responsabilité fonctionnelle d'un médecin responsable, tout en gardant un lien d'emploi avec un CLSC ? Malgré tout, des infirmières ainsi que des gestionnaires estimaient que travailler dans un GMF représentait un défi intéressant à relever, tant sur le plan professionnel que sur le plan personnel.

Des postes permanents ont remplacé les assignments temporaires au T2, et les points de vue exprimés par les différents acteurs convergeaient alors vers l'exigence d'un baccalauréat, diplôme considéré comme nécessaire pour qui aurait à élaborer des programmes de prévention et d'enseignement. Plusieurs infirmières du réseau qui avaient un diplôme universitaire ont alors posé leur candidature, tandis que toutes celles déjà en poste dans les GMF ont dû faire de même et passer une entrevue. Or, avec les fusions d'établissements et d'unités syndicales en cours à l'époque, les règles du jeu avaient changé. Des infirmières ont ressenti malaise et inquiétude, craignant ne pas avoir l'ancienneté nécessaire pour conserver leur emploi au sein d'un GMF, même en répondant aux exigences de la scolarité et de l'expérience. Malgré les difficultés éprouvées, toutes celles qui le désiraient ont obtenu un poste, à notre connaissance,

10. Les GMF ont signé des ententes avec des CLSC partenaires avant que ceux-ci ne soient intégrés aux centres de santé et de services sociaux (CSSS). Les responsables des soins infirmiers de ces CLSC étaient en relation avec le personnel infirmier des GMF. Depuis la fusion des différents établissements de santé, la qualité des soins infirmiers relève de la Direction des services infirmiers de chaque CSSS.

11. D'après les données de l'*Enquête auprès des infirmières des premiers GMF*, 2003 et 2005.

mais ce processus a mis en exergue deux enjeux de taille pour les GMF : la stabilité des équipes et le rôle des GMF dans la sélection de ce personnel.

Au T2, la stabilité du personnel infirmier constituait en effet un défi important pour tous les GMF. Comme le dit un médecin : « C'est quand même une certaine énergie de former une infirmière, de lui apprendre ce qu'on veut, comment on le veut, à quoi on s'attend. » Certains médecins responsables disent avoir entrepris alors « un gros travail de négociation avec le syndicat », qui a nécessité temps et énergie pour conserver les infirmières en place. Plusieurs omnipraticiens redoutaient de ne plus pouvoir travailler avec elles et d'être obligés d'embaucher des bachelières sans expérience. Dans un GMF, un médecin responsable remettait même en question son poste si les infirmières qui avaient, « tout défriché », étaient remplacées sans le consentement des médecins.

Une des plus grandes craintes des médecins, depuis la création des GMF, était en effet de ne pas pouvoir choisir les infirmières avec qui ils travailleraient. Le guide d'accompagnement du MSSS indiquait que la sélection serait faite conjointement par les GMF et les CSSS. Les nouvelles règles syndicales ayant toutefois fait de ce champ une compétence locale, les GMF devaient donc renégocier leur participation à la sélection avec les CSSS partenaires. Voici le point de vue d'une directrice des soins infirmiers qui a suivi l'évolution des GMF : « J'ai l'impression que les règles sont plus rigides et que les niveaux hiérarchiques se multiplient. On a de moins en moins d'emprise sur ce qui se passe. [...] La journée où on va imposer à des médecins qui sont des entrepreneurs privés, de travailler avec une infirmière qu'ils n'auront pas choisie, là on court au devant des problèmes. Dans leur clinique privée, c'est un minimum d'égards. » Selon un médecin, le succès d'un GMF reposerait même sur la participation des omnipraticiens au processus de sélection des infirmières.

2.3.2 L'intégration des infirmières au GMF

Une intégration progressive, mais difficile et lente au départ

Au T1, l'intégration des infirmières était jugée aussi difficile que lente malgré certains progrès constatés. Plusieurs raisons expliquent cela, dont l'absence d'orientations ministérielles et de direction de la part des équipes médicales – absence déplorée autant par les gestionnaires que par les médecins et les infirmières. Un document distribué par le groupe de soutien à l'implantation contenait une définition du rôle de l'infirmière, mais celle-ci était considérée comme vague car elle pouvait être interprétée de différentes manières par les GMF.

Selon le chef d'un département régional de médecine générale (DRMG), les médecins ne savaient pas trop comment « enligner le travail des infirmières » et certains n'avaient jamais entendu parler de *suivi systématique*. Un médecin tenait ces propos : « Quand elles ont commencé à nous casser les oreilles pour les suivis systématiques, on ne savait même pas ce que ça voulait dire. » S'inspirant de ce que faisait auparavant une infirmière dans leur clinique, certains médecins les voyaient davantage dans des tâches techniques, par exemple un triage téléphonique qui permettrait de diminuer le volume de leurs appels. Selon la plupart des infirmières, les médecins n'avaient aucune idée du travail que peut effectuer une infirmière bachelière et, même quand ils en avaient une connaissance théorique, « sur le terrain, ils ne l'ont pas appliquée ».

Par ailleurs, les infirmières trouvaient difficile de devoir définir leur rôle clinique car elles étaient habituées au travail en établissement, où les soins et les rôles sont structurés. Dans plusieurs GMF, ce sont les RSI qui ont pris l'initiative de définir le rôle des infirmières à leur arrivée et qui leur ont donné un soutien constant sur le plan clinique. Les RSI souhaitaient qu'un fonctionnement homogène soit proposé par le médecin responsable, car les infirmières devaient souvent s'adapter aux façons de faire de douze, treize ou quatorze médecins. Selon certaines infirmières, les médecins consacraient peu de temps à leur intégration et à la production d'outils tels que des protocoles ou des ordonnances, qui auraient facilité leur collaboration. Une autre préoccupation des RSI était de s'assurer que ces protocoles et ces ordonnances protégeraient légalement les infirmières en cas d'accident.

La méconnaissance du rôle, des tâches et des conditions de travail des infirmières a été à la source de quelques relations conflictuelles au sein des GMF. En effet, des médecins craignaient de se retrouver avec les tâches les plus difficiles ou les cas les plus lourds si les infirmières s'occupaient du suivi des patients et de l'enseignement. D'autres se sentaient menacés et avaient l'impression d'abandonner une partie de leur rôle. À l'origine, il y a eu également des tensions entre des infirmières et des secrétaires parce que ces dernières n'avaient pas le même employeur, n'étaient pas syndiquées et, par conséquent, n'avaient pas les mêmes conditions de travail (ex. : les pauses).

Enfin, l'aménagement non fonctionnel de leurs bureaux ainsi que le manque de mobilier et de fournitures nécessaires pour effectuer efficacement leurs tâches avaient provoqué des frustrations chez plusieurs infirmières. Selon certaines, il était même impossible de connaître le budget alloué à l'achat du matériel.

Une intégration plus harmonieuse par la suite

Entre l'entrée en fonction des premières infirmières et le T2, environ le quart d'entre elles avait changé, plusieurs ayant décidé de quitter le GMF pour différentes raisons. Les personnes qui les ont remplacées estimaient que leur intégration au GMF s'était bien déroulée grâce à l'excellent travail accompli par celle qui les avait précédées et le transfert de son expertise. Pouvoir compter sur les membres de l'équipe médicale était, de plus, rassurant. « Je me sentais en sécurité. Dans le sens que, si j'ai une interrogation [...], ils vont être là pour m'aider. »

Généralement, les infirmières se sentaient beaucoup mieux intégrées au GMF au T2 qu'auparavant. Les séances de formation, l'apprentissage auprès des médecins, le soutien des RSI ont fait en sorte de les rendre plus autonomes et efficaces sur le plan clinique. Elles étaient désormais mieux en mesure de prendre en charge des patients, en collaboration avec les médecins. D'ailleurs, selon le point de vue d'un médecin, au T2, leur rôle était considéré comme essentiel au sein de l'équipe : « Sans les infirmières, le GMF s'écroule. Elles sont notre pierre angulaire. »

2.3.3 L'actualisation du rôle novateur de l'infirmière clinicienne

La latitude des GMF dans la définition du rôle des infirmières

Les points de vue exprimés au cours des entrevues font foi de deux prises de position quant à la latitude laissée aux GMF pour définir le rôle des infirmières. D'un côté, certains estiment qu'il y a eu trop de perte de temps parce que chaque GMF devait « inventer la roue ». Ils auraient préféré avoir des directives plus claires du MSSS et des suggestions quant à un mode de fonctionnement standardisé : « C'est plaisant de dire on va s'adapter à nos besoins à nous quand on commence, mais il y eu un grand bout de temps où on sous-utilisait les infirmières [...]. »

D'autres estiment, au contraire, que la flexibilité dont a fait preuve le MSSS est normale. Selon un médecin responsable, chaque équipe médicale devrait définir les tâches des infirmières en fonction de sa situation, c'est-à-dire en tenant compte des services environnants, des besoins des patients, du mode de rémunération des médecins et du profil du personnel infirmier en poste. À son avis, avoir donné au départ une définition trop stricte de leur rôle n'aurait pas marché. Un médecin dit, par exemple, vouloir des infirmières expérimentées à l'urgence, car la clinique offre un nombre considérable d'heures de consultation sans rendez-vous. « On n'a pas besoin pour l'instant d'une infirmière qui est une bonne théoricienne pour partir des programmes. » Une RSI estimait également que le rôle des infirmières ne pouvait pas être exactement le même dans tous les GMF car chaque milieu de soins – CLSC, unité de médecine familiale et clinique privée – diffère sur les plans de la mission, de la philosophie et du fonctionnement. Après un certain temps toutefois, elle s'attendait à ce que les médecins adhèrent à l'idée de ce nouveau rôle et délèguent davantage le suivi des patients. Elle ajoutait :

Moi, je me dis : On met des GMF en place pour essayer de faire évoluer le système de santé vers une qualité de services, essayer de supporter les médecins et éduquer la clientèle à utiliser correctement les services... Pas tout le temps du sans rendez-vous parce que c'est là que le magasinage va continuer [...] C'est un rôle qui est à faire, ça prend du monde qui a du leadership, qui n'a pas peur et que ça ne dérange pas que ça ne marche pas nécessairement tout de suite.

Malgré son peu de définition au départ, le rôle d'infirmière a connu une évolution au sein de tous les GMF entre le T1 et le T2. Cette évolution se caractérise par la diversification des activités, avec un accent sur le suivi des patients et l'enseignement, par l'augmentation de l'autonomie professionnelle ainsi que par l'établissement de liens avec des patients toujours plus nombreux.

Moins de triage, plus de suivi et une plus grande polyvalence

Comme le déclarait le chef d'un DRMG, « [l]a tendance des premiers GMF a été d'utiliser d'abord les infirmières pour répondre aux besoins les plus prioritaires, comme le triage aux sans rendez-vous ». À son avis, le triage fait partie des préoccupations des médecins de famille, mais il croit néanmoins que la délégation d'actes médicaux aux infirmières est souhaitable afin de réduire la charge de travail des médecins. Du point de vue d'un médecin responsable, le contact des infirmières avec les nombreux patients

vus au triage, au début des GMF, a été formateur. Selon lui, elles devraient « continuer à en faire un peu pour garder la main et le sens de l'urgence dans la pratique ».

La plupart des médecins rencontrés en entrevue estimaient que le triage était moins fréquent au T2 qu'au T1 et que, lorsque les infirmières en faisaient, cette activité avait une plus grande utilité sur le plan médical que de simplement accélérer le rythme des consultations. Quand nous leur avons posé la question au T2, environ 30 % des infirmières ont répondu qu'elles ne faisaient jamais de triage et un peu plus de 40 % ont dit y consacrer moins du quart de leur temps. À ce moment de l'étude, la plupart d'entre elles parlaient d'évaluation plutôt que de triage. « On évalue [...] ; on a la responsabilité de gérer la salle d'attente. » Cette responsabilité impliquait pour elles de répondre à plusieurs problèmes sans que les médecins interviennent et d'éduquer les patients sur les motifs de leurs consultations. L'évaluation de l'état de santé physique et mentale est d'ailleurs fréquente : plus de la moitié des infirmières ont déclaré faire très souvent une telle évaluation au T2, alors qu'elles ne s'attendaient pas à une telle fréquence à leur arrivée dans les GMF.

Au T2, les activités professionnelles des infirmières se sont beaucoup diversifiées. Même dans un milieu d'enseignement, le médecin responsable explique : « Ça a évolué, les médecins apprennent à confier de plus en plus de travail aux infirmières. » Un autre médecin estime que non seulement les tâches se diversifiaient, mais qu'elles se complexifiaient également : « Elles règlent beaucoup de choses qui nous évitent finalement un rendez-vous ou une prise de contact. Elles font aussi de l'assistance médicale le soir, sauf quand elles ont des rendez-vous infirmiers. Elles ont commencé à faire des actes délégués, comme traiter une infection urinaire. Il y a plein de choses qui vont s'ajouter, jusqu'à ce qu'elles n'aient plus le temps. » Selon une infirmière, « c'est jamais pareil », et une autre l'appréciait : « Je ne serais pas capable de faire une journée complète de programmes, je trouverais ça plate. »

Au moment des entrevues menées au T2, les infirmières estimaient avoir un rôle élargi, en grande partie parce qu'elles s'occupaient du suivi de patients aux prises avec des maladies chroniques. Ce suivi, assuré conjointement avec les médecins, permettrait d'atteindre plus rapidement des résultats optimaux ; selon l'une d'elles : « Je fais un suivi téléphonique et un ajustement de la médication sur une base hebdomadaire, ce que le médecin ne peut pas faire. » Au T2, tous les GMF offraient un tel suivi ; les motifs les plus fréquents en étaient l'hypertension artérielle, le diabète et l'anticoagulothérapie, comme on peut le constater dans le tableau 5. Ces suivis n'existaient pas en première ligne avant la création des GMF, et les deux tiers des infirmières y consacraient au moins 40 % de leur temps deux ans plus tard.

TABLEAU 5
NOMBRE DE GMF OÙ EST OFFERT UN SUIVI SYSTÉMATIQUE POUR DIFFÉRENTS PROBLÈMES
DE SANTÉ ET NOMBRE DE PATIENTS SUIVIS EN MOYENNE PAR SEMAINE
DANS LES 19 PREMIERS GMF, 2005

PROBLÈME DE SANTÉ	GMF OÙ UN SUIVI EST OFFERT	PATIENTS SUIVIS EN MOYENNE PAR SEMAINE
Hypertension artérielle	19	25
Diabète	18	26
Anticoagulothérapie	14	50
Maladie pulmonaire obstructive chronique et asthme	8	7
Santé mentale	6	6
Insuffisance cardiaque	6	4
Dyslipidémie	5	13

Source : MSSS, Direction de l'évaluation, *Enquête auprès des infirmières des premiers GMF*.

L'entrée en fonction des infirmières a aussi donné un nouvel essor à certaines activités relatives à la prévention et à la promotion de la santé. Au T2, plus de la moitié des infirmières disaient enseigner très souvent aux patients et à leur famille comment effectuer les soins dont ils ont besoin. Cet enseignement peut être ponctuel ou répété : « Notre principale tâche, c'est de rencontrer les gens, de leur expliquer leur état de santé [...], ce qu'ils ont à faire au niveau des activités et de l'alimentation, de la prise de médicaments. Ensuite, on assure un suivi pour un bout de temps [...]. » Selon une infirmière, « [l]e manque de connaissances empêche les patients de se prendre en main ».

Plus d'autonomie professionnelle

Il a souvent été question d'autonomie, d'affirmation professionnelle et de leadership dans les entrevues menées au T2 avec les infirmières. Elles se montraient de plus en plus en mesure de résoudre par elles-mêmes un ensemble de problèmes de santé courants en utilisant leurs connaissances scientifiques et leur jugement clinique. En ce sens, le rôle des infirmières dans les GMF était considéré comme différent de celui qui existe dans les hôpitaux ou les CLSC. Selon le médecin responsable d'un GMF, « [i]ci, c'est différent. À l'hôpital, c'est plus technique et moi, je décide ». Selon une infirmière, comparativement au travail dans un CLSC, « [n]ous devons faire de la prévention et de la prise en charge au même titre que le médecin et c'est un poste qui nécessite de prendre beaucoup de décisions ». Lorsqu'elle suspectait des problèmes, l'infirmière pouvait pousser son investigation et ensuite référer le patient au médecin. « Mon travail exige d'avoir un jugement clinique de plus en plus pointu. » Au fur et à mesure que les infirmières acquéraient expérience et assurance, les médecins étaient portés à leur confier davantage de responsabilités.

L'ajustement posologique des médicaments selon une ordonnance ou un protocole constitue une autre activité nécessitant un bon jugement clinique, activité que les

infirmières ne s'attendaient pas à faire si souvent à leur arrivée dans les GMF. Ainsi, au T2, les deux tiers ont dit procéder très souvent à ce type d'ajustement, alors qu'elles étaient seulement 3 sur 10 à s'attendre à le faire deux ans plus tôt. Au T2, un médecin appartenant à un GMF en clinique privée voyait d'un bon œil cette pratique, qui sera facilitée par les ordonnances collectives : « La loi 90, avec les ordonnances collectives, va nous permettre de développer les compétences. Je pense que c'est là qu'il faut aller. » Ce point de vue est partagé par une chargée de projet, selon qui la délégation formelle des actes médicaux est une étape obligée pour que le plein potentiel des infirmières cliniciennes soit utilisé.

Sur le plan professionnel, l'accroissement de l'autonomie dépend de plusieurs éléments, dont l'expérience acquise auprès des patients : « [Les infirmières] ont développé des trucs pour motiver les patients au lieu d'utiliser l'approche académique », dit un médecin responsable. D'autres ont parlé aussi de leur apprentissage quotidien auprès des médecins, lequel aurait contribué à parfaire leur jugement clinique et à les initier à de nouvelles tâches. « Des médecins sont venus m'aider ; ils m'ont montré beaucoup de choses que je n'avais jamais faites. » Enfin, la formation continue a porté des fruits, particulièrement dans un GMF où les médecins ont accepté d'emblée que les infirmières ne jouent pas un rôle traditionnel d'assistance. Un médecin de ce GMF ajoute : « Les infirmières du GMF étaient dynamiques, intéressées et voulaient vraiment s'impliquer. » Plusieurs éléments ont donc favorisé le développement de la pratique infirmière et l'ouverture des médecins à l'exercice d'un rôle élargi.

Cette autonomie se reflète aussi dans l'organisation du travail, comme l'a fait remarquer une chargée de projet. Ainsi, les infirmières pouvaient gérer elles-mêmes leur horaire, décider tant de la durée que du contenu de leurs rencontres avec les patients et en recevoir certains sans qu'ils soient vus par l'un des médecins du GMF.

Plus de liens directs avec les patients

Au T2, les infirmières s'occupent de nombreux patients et ont davantage de liens directs avec eux. Au début, la plupart des patients avaient des réticences à rencontrer une infirmière pour leur suivi et, selon une adjointe administrative, « il a fallu y aller tranquillement ». Ce point de vue est confirmé par les propos de certains patients qui ont participé aux groupes de discussion : « Je prends ma tension chez moi mais, si elle veut la prendre, il n'y a rien de médical là-dedans. Mais je ne veux pas que ça touche au médical. » Avec le temps, les patients suivis pour des maladies chroniques ont appris à connaître les infirmières et leur font confiance. « Les patients ont appris à m'utiliser », dit une infirmière et ils peuvent prendre un rendez-vous directement avec elle. Dans ce GMF, le patient qui téléphone sera rappelé dans la journée. Les infirmières estimaient rencontrer une cinquantaine de patients par semaine en 2005, rencontres auxquelles s'ajoutent les contacts téléphoniques très fréquents. Dans plusieurs GMF, on a instauré des périodes de rendez-vous avec les infirmières, notamment pour les suivis systématiques, les soins et les traitements ainsi que les prélèvements.

Le suivi des patients a favorisé l'établissement d'un lien privilégié. Selon une infirmière, « le patient suivi pour le diabète ou l'hypertension a maintenant le réflexe de demander l'infirmière plutôt que le médecin pour avoir des informations ». Certains patients passaient aussi par les infirmières – qui, à leur avis, étaient faciles à joindre – pour

communiquer avec le médecin. Ils affirmaient, par exemple : « L'infirmière, elle, oui, tu vas pouvoir lui parler. » Ou : « Elles nous dépannent. » Les patients disaient aussi s'exprimer plus librement avec une infirmière, car « elle te reçoit, elle prend le temps de t'expliquer ». Dans le même sens, un médecin demande aux patients de parler aux infirmières lorsqu'ils ont besoin de conseils : « Les infirmières ont plus de temps que moi à leur donner. » L'approche des infirmières serait aussi « moins froide » que celle des médecins.

Les patients apprécient beaucoup tant les conseils que l'enseignement de l'infirmière, plusieurs disant même « travailler avec elle ». Selon une patiente ayant participé aux groupes de discussion, « [d]epuis le temps que je fais du diabète, cela ne m'était pas arrivé d'être à l'aise, de dire [...] explique-moi c'est quoi les glucides. Je fais attention, je suis diabétique. Mais je mange quoi ? C'est ça que je veux savoir. Mais elle, elle va te le dire ». Pour certains patients, les infirmières sont « un peu plus sévères » que les médecins au regard des habitudes de vie et des résultats des tests. Certains patients rapportent aussi qu'elles ont dépisté une maladie dont le diagnostic a été confirmé par la suite. En somme, on peut affirmer que le nouveau rôle des infirmières est vu très favorablement par les patients au T2.

2.3.4 La collaboration entre médecins et infirmières : les conditions propices

Des changements qui demandent du temps

Dans les premiers GMF, l'adoption de nouvelles pratiques au regard de la collaboration entre médecins et infirmières a suivi un nécessaire questionnement sur le partage des activités, la frontière entre les professions et les compétences de chacun. Des changements dans les mentalités, les attitudes et les comportements ont également été nécessaires et n'ont pu se réaliser que progressivement. L'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle demande donc du temps mais aussi de la disponibilité.

Ainsi, selon un médecin, « [t]'auras beau mettre trois personnes autour d'un docteur pour qu'il change, il faut lui laisser le temps de changer. Qu'il voie son bénéfice ». Une infirmière nous disait : « Le changement ne se fait pas du jour au lendemain, surtout dans une clinique privée. » Voici deux exemples des préoccupations des médecins : « [d]éléguer des choses, ça ne veut pas dire qu'on n'a plus notre utilité » et « [s]i l'infirmière assume tout le côté humain des rencontres avec les patients alors que moi, l'omnipraticien, je ne vérifie que les prescriptions comme un spécialiste, cela ne correspondra plus à ce que j'ai choisi de faire comme travail ». Des médecins ont incité leurs collègues à collaborer avec les infirmières, surtout après avoir constaté les résultats positifs du suivi donné aux patients.

Une infirmière, pour sa part, se questionnait sur la façon dont elle allait collaborer avec les médecins :

Généralement, il y a un rôle qui appartient seulement aux médecins, puis il y a un rôle qui appartient seulement aux infirmières. Ça peut être long avant de faire accepter aux médecins que les infirmières peuvent réaliser certains soins, surtout quand ceux-ci sont à cheval entre la profession médicale et la profession infirmière.

En effet, il n'est pas facile de se soustraire aux rapports hiérarchiques établis depuis longtemps. Selon un gestionnaire du réseau, les infirmières devaient constamment s'affirmer auprès des médecins pour faire reconnaître leur nouveau rôle axé sur la conduite autonome de certaines activités. Ce nouveau rôle interpellait aussi les patients, habitués à un certain partage des activités « C'est un changement très important dans la mentalité des gens que des patients acceptent de voir une infirmière plutôt que le médecin et que le médecin dise aux patients [d'aller] voir les infirmières », nous a dit une infirmière.

L'établissement d'une confiance mutuelle

Un sentiment de confiance s'est progressivement installé à force de se côtoyer, de se parler, de discuter des cas. Plusieurs infirmières ont pris les devants et ont gagné la confiance des médecins en leur montrant ce qu'elles étaient capables de faire, en documentant leurs interventions, en leur apportant un soutien et en s'adaptant à eux. Selon l'une d'entre elles, il est important d'aller les voir dans leur bureau : « Au début, ce n'était pas évident parce qu'il y avait toujours la hiérarchie qui sépare les médecins des infirmières. Pour moi, ça a été magique ; chaque personne a décidé de s'impliquer, même les plus récalcitrants des médecins. »

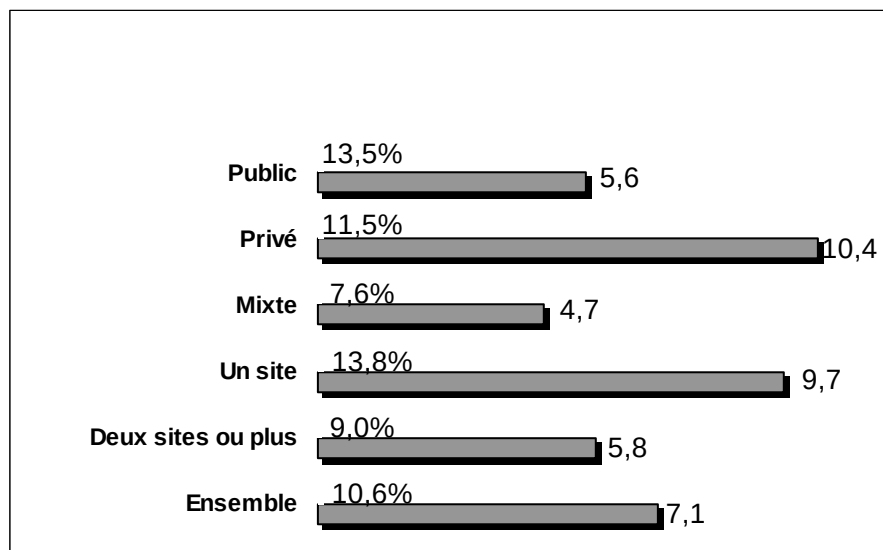
Une autre infirmière ne pensait pas que la complicité avec les médecins serait un jour aussi forte : « Maintenant, tous les médecins nous réfèrent des patients. Même le médecin le plus difficile d'approche fait maintenant confiance aux infirmières. » Les changements chez les médecins les plus réticents se seraient produits, selon une autre infirmière encore, avec le développement du suivi des patients :

Ce n'est plus la même dynamique. Moi, je me sens égale avec le médecin. Avant, [...], le médecin me donnait des ordres puis j'exécutais. Maintenant, je peux suggérer aux médecins un ajustement de la médication [...] et faire le suivi des prélèvements parce qu'ils ont confiance.

Cette confiance a même été remarquée par des patients réunis en groupes de discussion.

Ces points de vue font écho aux données recueillies par questionnaire. Ainsi, au T2, 85 % des infirmières répondaient que leur opinion était souvent ou très souvent prise en compte. De plus, seulement 11 % des médecins ne réfèrent aucun de leurs patients aux infirmières du GMF. Les références des médecins sont plus nombreuses dans les GMF privés tout simplement parce que les patients y sont plus nombreux.

GRAPHIQUE 1
NOMBRE ET POURCENTAGE DE PATIENTS RÉFÉRÉS EN MOYENNE
PAR SEMAINE AUX INFIRMIÈRES
PAR LES MÉDECINS DANS LES 19 PREMIERS GMF, 2005



Source : MSSS, Direction de l'évaluation, *Enquête auprès des médecins des premiers GMF*.

La reconnaissance des compétences des infirmières

À leur arrivée dans les GMF, les infirmières ont dû faire leurs preuves. « Comme j'écrivais tout ce que je faisais sur une feuille, le médecin pouvait constater ce que je pouvais apporter au suivi du patient », a dit une infirmière. Ainsi, plusieurs médecins ont trouvé stimulants les bons résultats obtenus au cours du suivi des patients qu'ils ont effectué conjointement avec les infirmières. Dans un GMF, elles sont devenues des expertes de la vaccination : « [...] pas juste de la technique de la vaccination [...] aussi de connaître qu'est-ce qu'elles doivent donner et à quel moment. » Rappelons ici que, dans leurs nouvelles fonctions, les infirmières ont affiné leur jugement clinique en plus d'acquérir de l'assurance.

En général, au T2, les infirmières estiment que les médecins reconnaissent leurs compétences, plusieurs médecins se montrant fiers du travail accompli. L'un d'eux va jusqu'à dire qu'« elles sont la crème des infirmières » et, dans ce cas, il est vrai qu'elles ont développé une expertise reconnue à l'extérieur du GMF. Selon une autre infirmière, plusieurs médecins n'hésitaient pas à leur exprimer leur reconnaissance : « Il y a beaucoup de renforcement positif qui se fait de la part de plusieurs médecins. »

Un partage clair des responsabilités et des fonctions

Médecins et infirmières estiment qu'il est important de bien définir les rôles au sein de l'équipe et de fixer les limites relativement à l'action de chacun. Voici le point de vue d'une infirmière à ce sujet :

Il faut que l'infirmière prenne sa place pour que les médecins ne lui donnent pas juste des prises de sang ou des tâches presque de secrétaires – parce que je sais que ça existe dans d'autres GMF. En même temps, il ne faut pas non plus que les médecins les utilisent pour leur faire faire des examens physiques complets.

Une adjointe administrative va dans le même sens, en attribuant la bonne entente entre les médecins et les infirmières du GMF qui l'emploie au fait que les premiers avaient appris à travailler ensemble et à déterminer ce qui pourrait être délégué aux secondes. Par ailleurs, le rôle des infirmières doit être expliqué aux patients afin d'éviter toute déception de leur part si celles-ci ne peuvent pas répondre à leurs attentes.

Des outils pour faciliter la collaboration

Dans l'ensemble des GMF, la conception des outils nécessaires à la collaboration s'est appuyée sur le fort leadership exercé à la fois par les infirmières et par les RSI, qui les ont soutenues. Deux types de moyens ont été utilisés : ceux qui visaient à faciliter l'échange d'information et ceux qui permettaient la délégation de certains actes médicaux.

Le premier de ces moyens demeure, sans contredit, le partage des dossiers des patients. Selon une adjointe, « [t]u as un dossier unique, puis chacun peut consulter les notes de chacun. Que ce soit le médecin, que ce soit l'infirmière, il ou elle voit la dernière chose qui s'est passée ». Lorsque les dossiers sont informatisés, « on a tous les renseignements essentiels » en plus d'avoir accès à plusieurs sources de données, ce qui permet de prendre les meilleures décisions. Différents formulaires et diverses façons de procéder ont aussi été expérimentés dans la plupart des GMF ; sans en faire une liste exhaustive, mentionnons les notes infirmières intégrées aux dossiers, un formulaire indiquant le type d'intervention infirmière souhaité par le médecin et des feuilles pour le suivi des patients. L'industrie pharmaceutique a, pour sa part, fourni plusieurs outils visant à informer les patients, outils que les infirmières trouvaient très bien faits. Cependant, cela n'a pas été sans poser quelques problèmes éthiques, auxquels a fait référence une directrice des soins infirmiers :

Dans les cliniques privées, ça a toujours fonctionné comme ça [...] et, à un moment donné, je leur ai dit [aux infirmières] : « Écoutez, les décisions concernant les suivis cliniques ne doivent pas être [prises] en fonction de ce que vous offre une compagnie pharmaceutique. »

Il a aussi fallu établir des consignes claires et précises, par exemple sur la capacité des infirmières à prendre la décision de renvoyer une personne chez elle sans qu'elle ait été vue par l'un des médecins du GMF. Lors des entrevues menées au T2, la nouvelle Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé n'était pas encore appliquée et la délégation formelle des actes médicaux par l'intermédiaire de protocoles ou d'ordonnances individuelles restait peu répandue.

Cette délégation constitue l'occasion de s'entendre sur des façons de faire, de sorte que les infirmières n'ont pas besoin de consulter constamment les médecins. Pourtant, selon un médecin responsable d'une clinique privée « Malgré ce qu'on croyait il y a trois ou quatre ans, les médecins sont de moins en moins rébarbatifs à déléguer des choses. »

Les raisons évoquées pour expliquer le peu de progrès à ce sujet ont été la lente actualisation du rôle de clinicienne et le manque de temps de la part des médecins. Le développement des protocoles existants passe en effet par plusieurs étapes dont, en premier lieu, la définition des priorités. Par exemple, un médecin expliquait que le GMF dont il est membre a commencé par l'anticoagulothérapie. « On a une population âgée ; il y a énormément d'anticoagulés. C'est un travail de surveillance de tous les jours. » Dans un autre GMF, on a choisi de s'attaquer d'abord à deux problèmes circonscrits afin de « se faire la main et de ne pas aller à gauche et à droite ». Les outils produits se sont révélés si efficaces qu'ils ont été largement diffusés. « C'est un signe que le travail qu'on a fait était quand même de qualité », en a dit le médecin responsable.

Concevoir et produire ces outils a demandé beaucoup de temps aux infirmières, mais, une fois utilisables, ils ont fait gagner du temps selon un médecin. Une gestionnaire a constaté que « les protocoles ont débouffé rapidement lorsque les médecins ont libéré du temps aux infirmières qui faisaient beaucoup de SRV et du *walk-in* au début ». Plusieurs infirmières auraient aimé suivre davantage de patients et avoir des rencontres formelles avec l'équipe médicale afin que d'autres problèmes de santé puissent s'ajouter à ceux pour lesquels elles offraient déjà un suivi, mais il fallait « continuer de pousser sur nos médecins pour ça ». Outre le temps, l'adoption de protocoles nécessite une certaine uniformité dans la pratique des médecins. Selon une infirmière, « [i]ls ont des marches à suivre [pour le suivi du diabète] mais, ici, les médecins ne s'entendent pas entre eux ». Certains médecins préféraient voir leurs patients tous les mois, d'autres, une fois l'an et d'autres encore, chaque trimestre.

2.3.5 Vers un véritable travail d'équipe

La conception de protocoles pour le suivi des patients a été une occasion privilégiée de développer la collaboration interprofessionnelle au sein des GMF. Selon une infirmière, « [l]'idée, c'est de ne pas partir dans une vision individualiste. C'est comme ça, une équipe ; j'ai besoin d'eux pour bien faire mon travail, puis ils ont besoin de moi pour offrir un meilleur service à leur clientèle – parce que c'était le but des médecins de devenir GMF ». Outre cela, d'autres motifs ont suscité la collaboration : au moins la moitié des médecins et un peu plus d'infirmières disent coordonner conjointement les soins, discuter de cas ou effectuer le suivi systématique des patients au moins une fois par semaine. Près des deux tiers des infirmières avaient, au T2, des sessions de formation continue avec les médecins au moins tous les mois, un pourcentage impressionnant. Dans tous les GMF, les discussions de cas étaient plus fréquentes entre les médecins et les infirmières qu'entre médecins seulement, et cela est encore plus marqué dans les cliniques privées. Ainsi, au T2, plus de 90 % des médecins ont dit discuter de cas avec les infirmières au moins une fois par mois, tandis que 75 % d'entre eux le faisaient avec leurs collègues. Selon un médecin, « cela vient du fait que les médecins ont confié des tâches cliniques aux infirmières ».

Ainsi, autant la collaboration interprofessionnelle représentait un frein au début de l'implantation des GMF, autant elle est devenue, avec le temps, un élément moteur dans plusieurs GMF. Selon une infirmière, « [a]vant, c'était comme toi, t'as ta job ; moi, j'ai la mienne. Maintenant, ça tend vers une collaboration. J'ai entendu plusieurs médecins dire : "On ne se verrait plus sans infirmières". » Certains médecins ont pris goût à l'interdisciplinarité et disent consacrer plus de temps à la discussion de cas avec des professionnels d'autres domaines. Une équipe de travail, « ce n'est pas juste médecins et infirmières » ; les secrétaires en font aussi partie, selon une infirmière travaillant dans un GMF privé où l'entrée en fonction des infirmières a pourtant été tumultueuse. Les secrétaires sont, à son avis, très importantes du point de vue de l'approche avec les patients puisqu'elles sont le premier point de contact de ces derniers avec la clinique.

2.4 L'administration et le secrétariat

2.4.1 La réorganisation du travail et l'adaptation au modèle GMF

Au cours de la première année d'existence du GMF ou juste avant, quatre des sept GMF où des entrevues ont été menées ont connu des problèmes majeurs au regard du fonctionnement du secrétariat. Différentes raisons peuvent expliquer ces problèmes, dont une répartition inégale du travail qui a suscité de l'insatisfaction chez les secrétaires. Selon une adjointe administrative, les médecins adressaient leurs demandes à « la première du bord ». Dans certains GMF, les secrétaires sont affectées à des médecins. Certains apprécient cette relation privilégiée avec une secrétaire attitrée car celle-ci connaît leurs patients et leur rythme de travail. D'autres GMF spécialisent les fonctions : « [N]otre philosophie de gestion était d'avoir un secrétariat unique qui donne des services à un groupe de médecins, des secrétaires qui ont leurs champs de compétence comme en facturation, en accueil, en téléphonie. »

En outre, la première année d'existence du GMF a été exigeante pour le personnel de secrétariat : plus d'appels téléphoniques, de demandes d'information et de manipulation de dossiers. Des adaptations aux façons de faire habituelles ont été nécessaires, par exemple, des rencontres ont été tenues sur les questions les plus fréquemment posées par les patients sur les GMF. Ces changements ont fait en sorte que les adjointes administratives ont dû intervenir rapidement pour réorganiser le travail et définir des manières de faire. Plusieurs médecins disent que les adjointes ont réussi à bien gérer l'ajout de travail administratif, à clarifier les rôles et à mieux répartir les tâches.

Au T2, le soutien administratif à la pratique infirmière variait selon les GMF. En général, les secrétaires filtraient les appels, sortaient les dossiers, prenaient les messages et les rendez-vous des infirmières. Dans un GMF, les infirmières demandaient cependant peu des secrétaires, car « [o]n a de belles relations, sauf qu'il ne faut pas trop en demander ». Dans deux GMF privés, les infirmières n'avaient aucun soutien sur le plan administratif, alors qu'elles souhaitaient être libérées de certaines tâches comme la confirmation de rendez-vous, les photocopies ou la production de documents.

2.4.2 Une gestion essentielle au bon fonctionnement du GMF

La plupart des adjointes étaient déjà à l'emploi de la clinique avant l'accréditation et y assumaient des tâches de gestion, en plus du travail technique habituel. Néanmoins, ce rôle s'est accentué avec l'implantation du GMF et plusieurs médecins considèrent la gestion de la clinique faite par l'adjointe comme très importante, sinon essentielle au fonctionnement d'un GMF. Le travail est plus exigeant sur différents plans : logistique des réunions, suivi des courriels, liens avec le CSSS, l'ASSS et la RAMQ, suivi du remplacement du personnel infirmier, recrutement d'employés et intégration des infirmières. Une adjointe affirmait : « [I]l faut que je fasse plus pour donner le plus possible de services en tant que tels. » Fort appréciée, certains médecins en disaient : « Elle a changé notre vie. » Par contraste, dans un GMF qui n'a pas de secrétariat, les médecins font eux-mêmes les tâches administratives telles que les photocopies et les lettres. Là, « [t]out le côté administratif des projets cliniques est fait par les médecins » et le travail d'une adjointe leur ferait certainement gagner du temps.

La gestion du secrétariat et de l'accueil n'est pas chose facile car les relations humaines exigent du temps, « de la souplesse, du tact et de l'honnêteté ». Les problèmes à résoudre sont quotidiens, surtout dans les cliniques où le taux de roulement du personnel demeure élevé. Une adjointe affirmait : « Moi, je me fais un point d'honneur de ne pas perdre personne, parce que ce n'est pas plaisant. » Selon un médecin, l'adjointe a contribué à instaurer un bon climat de travail et à faire travailler les gens ensemble, de façon harmonieuse. Certaines adjointes ont commencé à apporter leur soutien aux activités cliniques, un rôle que des médecins souhaitent voir se développer de façon importante au cours des prochaines années. Ainsi, ces médecins reçoivent tous les mois la liste de leurs patients inscrits, mais des données sur les problèmes de santé, les visites ou d'autres caractéristiques de leurs patients leur permettraient de définir des priorités d'action.

2.5 L'informatisation des GMF

2.5.1 Des espoirs déçus

L'informatisation a suscité de grands espoirs, surtout chez les médecins, depuis la création des GMF ; elle avait d'ailleurs été pour plusieurs un incitatif à former un tel groupe. Selon certains acteurs, dont le chef d'un DRMG, l'informatisation est une condition essentielle au développement des services de première ligne et, pour cette raison, toutes les cliniques devraient en bénéficier, GMF ou non. Les espoirs étaient également grands chez les concepteurs des GMF, pour qui « [l]e soutien informatique doit permettre d'interrelier les GMF et tous les établissements du réseau de la santé afin que les professionnels puissent avoir accès et partager l'information clinique nécessaire au suivi de la clientèle inscrite¹² ».

12. QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Devenir un GMF : Guide d'accompagnement – Le groupe de médecine de famille : un atout pour le patient et son médecin*, op. cit., p. 23.

Or, selon un médecin responsable, l'informatique avance « à pas de tortue », même au T2. Dans un autre GMF, l'insatisfaction des médecins était telle à ce sujet qu'ils en ont fait une condition au renouvellement de leur accréditation ; finalement, des solutions satisfaisantes à leurs problèmes ont été trouvées. Près de la moitié de tous les médecins des premiers GMF se sont déclarés insatisfaits, ou plus ou moins satisfaits, du système informatique. Il s'agit du plus bas niveau de satisfaction parmi l'ensemble des sujets sur lesquels nous les avons interrogés. Quant aux infirmières, une plus grande proportion s'est déclarée insatisfaite au T2 qu'au T0. Pourquoi ?

En premier lieu, les difficultés relatives à l'accès au réseau de télécommunications sociosanitaire (RTSS) ont été mentionnées à plusieurs reprises dans les cliniques privées. La procédure est complexe et comprend plusieurs étapes. Par exemple, pour accéder aux résultats de laboratoire, il faut un jeton d'identification, un mot de passe, l'identification de la clinique et le numéro de carte de l'hôpital. De plus, le système informatique ne serait pas fiable : jeton non fonctionnel, journées de panne, gels de l'accès au centre hospitalier, etc. Pour un médecin responsable, l'accès problématique à Lotus Notes a été « un irritant majeur qui fait qu'un moment donné, ça me tente moins d'aller sur Lotus Notes ».

Ensuite, le transfert du contrat de service du Technocentre à une autre organisation a créé beaucoup d'insatisfaction dans tous les GMF, notamment à cause d'un service moins rapide et de l'entretien décevant du parc informatique. Plusieurs ont parlé de « recul ». Une adjointe affirmait : « Je m'ennuie du Technocentre, beaucoup, beaucoup, parce qu'on appelait, ils venaient nous régler notre problème ; ça se réglait dans la journée. On avait un très, très bon service. »

De nombreux médecins n'auraient pas utilisé le conseiller pharmaceutique électronique proposé au début, car « c'était compliqué » de tenir à jour la médication. En effet, lorsqu'un médicament n'avait pas été prescrit depuis plus d'un an, il était effacé automatiquement du dossier. « Là, on se cherche, on sait jamais qu'est-ce que le monde prend et ne prend pas. Moi, je trouve que c'est plus mélangeant qu'un système écrit. » Au moment des dernières entrevues, une nouvelle version était annoncée.

2.5.2 Une informatisation fragmentaire des dossiers des patients

De tous les souhaits exprimés, l'instauration d'un dossier électronique performant, convivial, intégrant toutes les données médicales et adapté aux besoins cliniques était l'un des plus fréquents. Or, en 2003, les dossiers des patients étaient partout, à notre connaissance, en format papier, comme c'était le cas en 2007 dans les bureaux de 90 % des médecins québécois¹³. De la situation actuelle à un tel dossier électronique, plusieurs étapes sont donc à prévoir, incluant la saisie des données des milliers de patients – ce qui préoccupe d'ailleurs plusieurs médecins.

13. COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA, ASSOCIATION MÉDICALE DU CANADA et COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA, *Sondage national des médecins 2007*, Tableau 40A, [En ligne]. [http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps/2007_Survey/2007nps-f.asp].

Au moment des entrevues, certains GMF participaient à des projets pilotes, créaient des produits maison ou achetaient des logiciels, obtenant ainsi, en partie, des dossiers électroniques. Les initiatives individuelles en cette matière comportent cependant certains aléas. Les applications maison sont développées sans liens avec ce qui existe dans le réseau et celles qui appartiennent à un médecin ne sont pas partageables avec ses collègues, les secrétaires ou les infirmières. Par exemple, deux médecins associés au même GMF ont créé, chacun de leur côté, *leur* dossier patient informatisé, deux outils dont ils sont les seuls utilisateurs. Ailleurs, un outil de suivi systématique n'a pu être diffusé car la plateforme technique n'était pas assez performante et que ni les mises à jour ni le soutien technique ne pouvaient en être assurés. Le développement des produits exige du temps et des compétences en informatique, ce que n'ont pas tous les GMF.

Cependant, deux des sept GMF où ont eu lieu les entrevues ont réalisé une innovation de premier plan : l'informatisation du suivi des maladies chroniques. Les infirmières, seules ou avec des médecins experts en informatique, ont créé des bases de données permettant de suivre les patients atteints d'une telle maladie. L'informatisation a ainsi rendu possible le suivi d'un nombre beaucoup plus élevé de personnes, près de mille en anticoagulothérapie dans un GMF. Dans un autre GMF, les infirmières ont estimé que le suivi informatisé leur demande entre vingt et trente minutes par jour, comparativement à deux ou trois heures lorsque tout se faisait manuellement. De plus, toutes les informations sont faciles d'accès au moment de communiquer avec les pharmaciens et elles peuvent être transmises à d'autres personnes, comme les infirmières chargées des soins à domicile.

Dans ces deux GMF, « [s]ans ordinateur, ce n'est pas possible. On ne peut pas vivre », dit une infirmière. Selon un médecin responsable, « on ne serait pas arrivé aux résultats qu'on a là s'il n'y avait pas cette dimension-là ». De l'avis général des acteurs, l'informatisation du suivi des patients a fait gagner du temps, a simplifié les étapes et la gestion du temps ; de plus, elle permet d'avoir des dossiers clairs et à jour. Les outils utilisés encadrent le travail et facilitent la communication. Les personnes qui les ont développés ont été appelées à partager leur expertise. Selon un médecin, « ça a comme donné une espèce de notoriété [...], j'y trouve un gain pour orienter désormais le CSSS au niveau informationnel ». Selon une chargée de projet, l'informatisation des suivis systématiques permet aussi de rendre plus visible le travail des infirmières.

2.5.3 Des avancées avec l'implantation des GMF

Des acquisitions qui facilitent le travail

Les GMF publics bénéficiaient déjà d'un parc informatique et d'applications avant d'être accrédités. Il en est autrement des cliniques privées qui, souvent, ne possédaient qu'un nombre très limité d'ordinateurs utilisés surtout pour le secrétariat. Dotés d'un nouveau matériel informatique, certains GMF ont pu acheter des logiciels facilitant l'organisation du travail – comme le logiciel de rendez-vous, qui permet au personnel soignant de vérifier si une case horaire est occupée par un rendez-vous ou si le patient est arrivé sans avoir à se déplacer ou à téléphoner à la réception. Les infirmières d'un GMF inscrivent au besoin des rendez-vous avec un médecin. Lotus Notes a fourni aux cliniques qui ne sont pas dans le RTSS les adresses électroniques de différents

interlocuteurs du réseau, du MSSS, des agences et des CSSS. Selon un médecin, Lotus Notes facilite également la transmission de l'information à l'intérieur même du GMF. Enfin, des infirmières disent trouver sur Internet les outils permettant d'étayer l'enseignement qu'elles donnent aux patients.

Des résultats d'examen de laboratoire disponibles plus rapidement

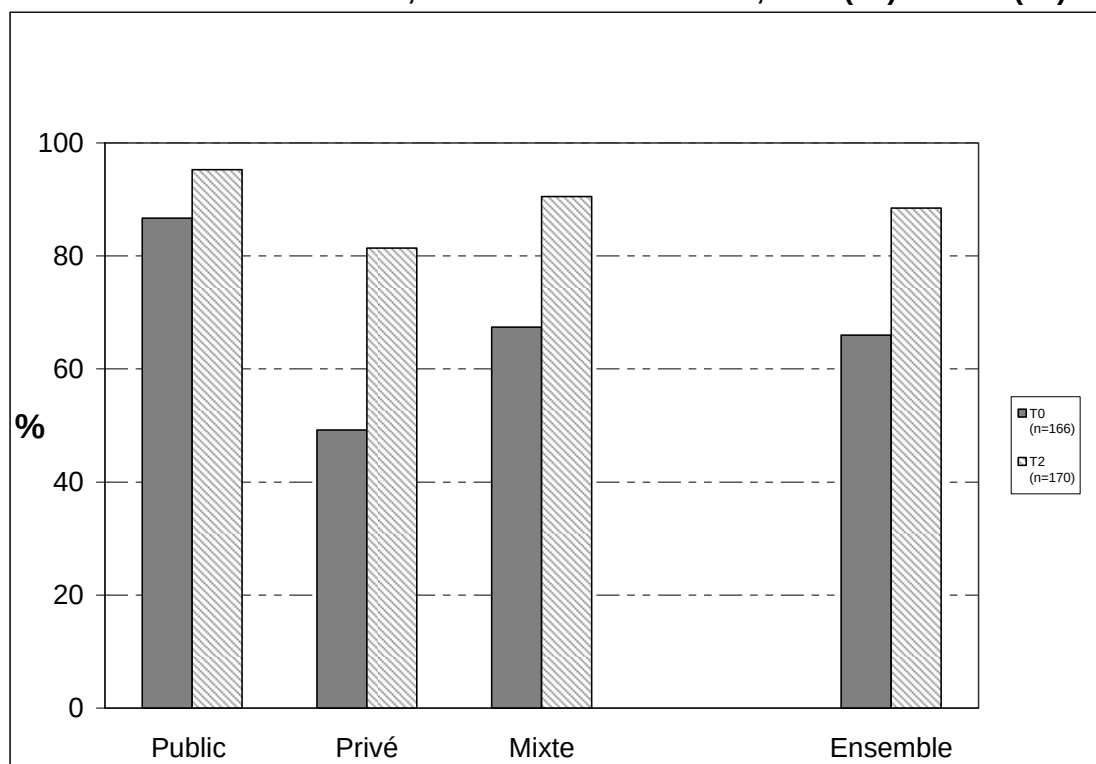
Au T2, seulement 3 des 45 sites n'avaient pas d'accès électronique aux résultats de laboratoire. Au même moment, 60 % des médecins et pratiquement toutes les infirmières utilisaient le lien électronique pour obtenir ces résultats, comparativement à 14 % des médecins deux ans plus tôt. Quand les procédures d'accès sont simples, plusieurs disent ne plus pouvoir se passer de cette application ; toutefois, certaines procédures peuvent être relativement longues. Les patients d'un GMF ont dit grandement apprécier connaître plus rapidement les résultats des examens qu'ils ont passés.

L'initiation à l'informatique de plusieurs médecins

Plusieurs GMF comptent parmi leurs membres des médecins férus d'informatique, mais ce n'est pas le cas de la majorité. Depuis 2003, plusieurs observateurs ont constaté que de nombreux médecins sont passés de l'état de néophyte en informatique à celui d'utilisateur régulier. Contrairement aux médecins, toutes les infirmières – sauf exception – utilisent de façon quotidienne l'informatique au travail. Selon une RSI, « au début du GMF, certains médecins savaient à peine ouvrir un ordinateur ; maintenant, ils font la lecture de leurs résultats, ils vont dans la gestion de leur rendez-vous, des suivis systématiques, des suivis informatisés. »

Cette observation va dans le même sens que les résultats de l'enquête auprès des médecins (voir le graphique 2). Y sont qualifiés d'*utilisateurs* les médecins qui ont dit faire usage, au GMF ou à la maison, du courriel, de la recherche de documentation sur Internet ou du transfert de résultats de laboratoires. Si 87 % des médecins pratiquant dans les établissements étaient des utilisateurs de l'informatique au T0, c'était le cas de la moitié seulement de ceux qui travaillaient dans un GMF privé et des deux tiers de ceux qui pratiquaient dans un GMF mixte. Deux ans plus tard, seul un petit groupe de médecins peut être considéré comme non-utilisateur et l'âge des médecins ne semble plus être un facteur relié à l'usage d'outils informatiques.

GRAPHIQUE 2
POURCENTAGE DES MÉDECINS DES 19 PREMIERS GMF QUI UTILISENT L'INFORMATIQUE
AU GMF OU À LA MAISON, SELON LE STATUT DU GMF, 2003 (T0) ET 2005 (T2)



Source : MSSS, Direction de l'évaluation, *Enquête auprès des médecins des premiers GMF*.

2.6 Une offre de services étendue

2.6.1 Les heures d'ouverture et les types de consultation

Au moment de l'accréditation, l'offre de services de chaque GMF avait déjà fait l'objet d'une convention avec l'agence et celle-ci a peu changé par la suite. Environ les trois quarts des sites ont des périodes de consultation sans rendez-vous (SRV) au moins un soir par semaine et autour de 70 % en ont les fins de semaine. Les consultations médicales sur rendez-vous en soirée sont par contre moins fréquentes au T2, tant dans les sites principaux que dans les sites affiliés des GMF. Environ 80 % des sites principaux et 60 % des sites affiliés offraient ce service au moins un soir par semaine au T0 ; au T2, les proportions sont de 65 % dans les sites principaux et de 35 % dans les sites affiliés. L'offre des consultations sur rendez-vous en soirée accroît pourtant l'accessibilité des services, comme l'ont montré Haggerty et ses collaborateurs¹⁴ en 2002 pour chaque heure d'ouverture au-delà de 55 heures par semaine. Enfin, aucun site affilié et seulement un site principal sur cinq offre des consultations sur rendez-vous la fin de semaine au T2.

14. J. HAGGERTY *et al.*, *Continuité et accessibilité des soins de première ligne au Québec*, [Ottawa], Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2004, iv p.

L'organisation des consultations SRV varie d'un GMF à l'autre. Des ententes prévoient parfois le partage des consultations de ce type avec des GMF ou des établissements avoisinants. Généralement, un médecin est affecté au SRV dans les sites principaux alors que, dans la plupart des sites affiliés, les patients sont vus entre les rendez-vous. Ces deux modes d'organisation des consultations SRV, l'un formel et l'autre informel, peuvent aussi coexister. Par exemple, les patients sont reçus entre les rendez-vous en avant-midi alors qu'en après-midi, un ou deux médecins sont affectés aux consultations SRV. Pour que puissent s'intercaler des cas urgents, les secrétaires prévoient des intervalles plus longs entre les rendez-vous, soit 25 minutes ou plus ; c'est le cas pour plus de la moitié des médecins des sites affiliés et pour 30 % d'entre eux dans les sites principaux.

Le nombre d'heures d'ouverture hebdomadaires est passé en moyenne de 53,1 à 56,9 pour les sites principaux et de 34,2 à 37,0 pour les sites affiliés entre le T0 et le T2. Cette augmentation est attribuable principalement à la prolongation des périodes de consultation sur rendez-vous, les nombres d'heures prévues pour les consultations SRV étant équivalents au T0 et au T2. Bien que le nombre de personnes vues en moyenne chaque semaine par les médecins soit resté semblable, moins de patients sont vus sans rendez-vous (25,9 au T0, contre 23,1 au T2) et, inversement, plus de patients le sont sur rendez-vous (46,5 au T0, comparativement à 48,3 au T2).

2.6.2 L'éventail des services médicaux

Mis à part les suivis assurés conjointement par les médecins et les infirmières, le profil de la pratique médicale dans les GMF a peu changé depuis l'accréditation. Ainsi, malgré l'augmentation des heures d'ouverture, le nombre d'heures consacrées aux services de première ligne fournis aux patients est similaire entre le T0 et le T2 (27 heures en moyenne par semaine au T0, contre 26 au T2). Les médecins ayant surtout une pratique privée passent généralement plus de temps à la clinique (28 heures en moyenne au T2) que ceux qui travaillent dans des CLSC ou des UMF (24 heures au T2).

En général, les services de première ligne fournis aux patients ne représentent qu'un peu plus de la moitié du temps de travail (50 heures au T0 et 51 heures au T2, en excluant la garde), les lieux d'activité des médecins étant très diversifiés. Au T2, 45 % des médecins pratiquaient aussi dans un CHSCD, 22 % dans une salle d'urgence et 29 % dans un centre hospitalier de soins de longue durée ou un centre de réadaptation.

Près de 60 % des médecins des GMF font des visites à domicile, tant au T0 qu'au T2, et les médecins en pratique privée en font un peu plus fréquemment que les autres. Le nombre d'heures consacrées à ces visites est, en effet, de 4,1 en pratique privée et de 2,0 en pratique publique. Environ la moitié des médecins, tous milieux de soins confondus, disent donner des soins palliatifs à domicile. Par contre, plus de médecins des CLSC et des UMF assurent le suivi prénatal ou postnatal – 60 %, contre 44 % de ceux qui sont en pratique privée au T2 ; on note toutefois une baisse de la proportion pour les premiers, qui s'établissait à 70 % au T0. Seulement un médecin sur dix faisait des accouchements au T0 et au T2.

Au T2, la presque totalité des médecins disent réaliser souvent ou très souvent des activités de prévention et de promotion de la santé, comme le dépistage de problèmes

de santé physique, l'enseignement sur les habitudes de vie et le suivi de patients ayant des problèmes de santé chroniques. Ces activités sont souvent menées avec le personnel infirmier et elles se sont multipliées après l'accréditation. Par contre, l'immunisation (45 %, souvent ou très souvent) et le dépistage de problèmes de santé mentale (36 %) ou de problèmes psychosociaux (35 %) s'avèrent beaucoup moins fréquents que la prévention de problèmes de santé physique.

2.6.3 Le nombre de patients vus par les médecins

La majorité des médecins recevait, au T2, entre deux et quatre patients à l'heure, ce qui veut dire que chaque consultation durait entre 15 et 30 minutes. Le rythme est plus rapide dans les cliniques privées que dans les CLSC et les UMF (3,1 personnes, comparativement à 2,2 en moyenne par heure de soins au T2). Toutefois, la moyenne de patients vus est partout inférieure au seuil auquel on estime que s'établit le meilleur équilibre entre la continuité et l'accessibilité des services. Ainsi, selon Haggerty et ses collaborateurs¹⁵, lorsque le nombre de patients vus est inférieur à 3,4 par heure en moyenne, l'accessibilité diminue ; au-delà de ce nombre, c'est la continuité qui baisse.

Entre le T0 et le T2, les médecins des cliniques privées ont allongé les consultations, contrairement à leurs collègues des établissements. En effet, au T2, 22 % des médecins en pratique privée voient plus de quatre personnes à l'heure, alors que la proportion s'établissait à 27 % au T0. Les données recueillies auprès des patients (voir la partie 3) reflètent d'ailleurs une plus grande satisfaction par rapport à la durée des consultations médicales dans les sites privés. Comparativement, plus de la moitié des médecins des CLSC et des UMF recevaient 2 patients ou moins par heure de clinique au T0, comparativement à 40 % au T2. L'accélération du rythme dans les établissements a contribué à la légère hausse (de 2,7 au T0 à 2,8 au T2) du nombre de patients vus en moyenne dans tous les GMF.

Au T2, 85 % des médecins disaient accepter de nouveaux patients, en moyenne au nombre de 8,2 par mois si l'on ne tient compte que de ces médecins et de 7,0 pour l'ensemble des omnipraticiens. Par contre, selon les adjointes administratives et les secrétaires, seulement la moitié d'entre eux prendraient en charge de nouveaux patients. La différence pourrait venir du fait que, même si plusieurs médecins disent officiellement ne plus prendre de patients, ils en acceptent néanmoins de nouveaux parmi les proches de ceux qu'ils ont déjà ou parmi les personnes qui viennent les consulter sans rendez-vous. L'acceptation de nouveaux patients est liée à l'abondance relative des médecins sur le territoire local ; ainsi, elle est moindre lorsque les effectifs médicaux sont restreints.

15. *Op.cit.*

2.6.4 La question des services réservés aux personnes inscrites

Dans un document du MSSS, on peut lire que « l'offre de services attendue de tous les GMF » est définie essentiellement en fonction des « personnes qui se sont inscrites auprès d'un médecin membre¹⁶. » Les membres des GMF suivent en général cette orientation – les suivis infirmiers, par exemple, n'étant habituellement offerts qu'aux personnes inscrites. Cependant, l'offre exclusive ou prioritaire des consultations SRV a fait l'objet de débats entre les médecins membres et d'autres acteurs de l'implantation des GMF.

Au début des GMF, les consultations SRV étaient offertes aux patients inscrits et aux personnes non inscrites. Avec l'augmentation du nombre d'inscriptions et là où la demande se montrait élevée, l'ouverture du SRV à l'ensemble de la population a généré des tensions tant chez les patients que chez les professionnels. Selon une infirmière, si l'inscription ne permet pas au patient de voir plus rapidement un médecin, on peut s'interroger sur la *valeur* de ce contrat.

Au moment des entrevues menées au T2, les GMF avaient aménagé de diverses façons les périodes de consultations SRV en fonction de l'inscription. Dans l'un d'entre eux, les patients inscrits ont la priorité après deux heures d'attente. Ailleurs, certaines périodes de consultations SRV sont ouvertes à toute la population tandis que d'autres sont réservées aux patients connus, inscrits ou non ; ces derniers peuvent aussi obtenir un rendez-vous à la clinique le jour même. Cette façon de procéder aurait permis de réduire le temps d'attente au SRV pour toutes les personnes qui se présentent à la clinique tout en permettant aux personnes dont le médecin de famille ne se trouve pas sur les lieux de consulter. Dans un autre GMF, seuls les patients inscrits ont accès à la clinique depuis 2006, même pour les consultations SRV, parce que les médecins ont de nombreux patients et qu'ils ne se sentaient plus capables de répondre à une demande importante. Selon ces médecins, les cliniques environnantes dirigeaient leurs patients vers les GMF : « On n'a pas d'aide d'eux autres », disent certains.

Plusieurs médecins se sont dits mal à l'aise de la décision de donner la priorité aux patients inscrits ou d'exclure les personnes non inscrites, mais ils considèrent n'avoir d'autre *choix* que de donner la priorité aux patients envers lesquels ils se sont engagés par contrat : « Je trouve ça un petit peu embêtant de refuser des gens. » Le chef d'un DRMG s'inquiète du jour où les GMF offriront des services uniquement aux patients inscrits, même s'il a constaté que cela a amélioré la qualité de vie des médecins et la qualité des soins dans un GMF. La décision est jugée raisonnable dans chaque cas, mais elle n'en demeurera pas moins lourde de conséquences pour l'ensemble de la population si elle fait de cette pratique une norme. Ainsi, une infirmière se demande où iront les personnes non inscrites qui se présentent à la clinique – vraisemblablement parce qu'elles n'ont nulle autre place où aller – et qui n'ont pu consulter. Quelques médecins ont dit craindre que la prise en charge de patients inscrits ne mette en veilleuse la responsabilité de leurs collègues à l'endroit de la population. Quoi qu'il en soit, cela invite à réfléchir sur une organisation territoriale serrée des consultations SRV à laquelle participeraient tous les médecins, membres ou non de GMF.

16. QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Devenir un GMF : Guide d'accompagnement – Le groupe de médecine de famille : un atout pour le patient et son médecin*, op. cit., p. 29.

2.7 L'inscription des patients

L'inscription auprès d'un médecin de famille n'est pas réservée aux seuls GMF car, depuis 2003, une rémunération est associée aux médecins de famille effectuant le suivi périnatal et celui des personnes vulnérables. Ainsi, en 2007, environ le quart des 1 140 000 personnes inscrites auprès d'un omnipraticien l'étaient aussi dans un GMF. Contrairement aux autres milieux de soins toutefois, seuls les GMF s'engagent à offrir une gamme définie de services, par exemple un plus grand nombre d'heures d'ouverture, et bénéficient d'un soutien professionnel, technique et financier pour le faire.

2.7.1 Pourquoi s'inscrire à un GMF ?

Selon les professionnels rencontrés en entrevue, très peu de patients refusent de s'inscrire ; en effet, parmi les patients enquêtés qui avaient reçu de l'information à ce sujet, 95 % étaient inscrits en 2005. À l'occasion des groupes de discussion, plusieurs nous ont dit s'être inscrits parce qu'ils ont confiance en leur médecin et que ce dernier le leur a proposé. La plupart d'entre eux voulaient s'assurer par ce geste d'avoir un médecin de famille ou de conserver le leur malgré les changements organisationnels en cours. Plusieurs souhaitaient aussi un meilleur suivi. « C'était toujours une question de sécurité. Quand ils nous ont fait signer les papiers, j'ai signé tout de suite parce que [...] aller d'un médecin à l'autre, je savais à peu près ce qui allait arriver. » Enfin, certains se sont inscrits pour avoir accès à des services infirmiers ou être orientés vers un spécialiste par un omnipraticien.

De l'avis de médecins et d'infirmières, l'inscription rendrait les patients plus exigeants. Selon un médecin, « les patients pensent, parce qu'ils ont signé le contrat d'inscription, que moi, j'attends le téléphone, tu sais style 911 », sûrement à cause du dépliant sur les GMF faisant la promotion de services offerts 24 heures sur 24, tous les jours. Selon une infirmière, les patients inscrits s'attendraient à « un service immédiat, [...] impeccable ». Plusieurs acteurs espèrent que les personnes inscrites n'iront pas « magasiner n'importe où » ni « voir un spécialiste d'emblée sans avoir leur avis », mais plusieurs en doutent. On verra, dans la troisième partie du rapport, que la fidélité des patients s'est accrue et qu'elle est très élevée dans les GMF.

Contrairement à l'idée contraire assez répandue au T2, la plupart des patients se rappelaient bien avoir signé le contrat d'inscription : seulement 7 % de ceux qui ont été interrogés dans 10 GMF ne pouvaient dire s'ils y étaient inscrits ou non. De plus, 78 % d'entre eux voyaient favorablement le fait de s'inscrire, tandis que les autres n'avaient constaté aucun changement relié à l'inscription ou n'avaient pas d'opinion à ce sujet. Une fois inscrits, la plupart des patients restent fidèles au GMF ; selon les données de la RAMQ, seulement 10,5 % de toutes les personnes inscrites dans un GMF au Québec étaient désinscrites en juin 2006. La désinscription est le plus souvent liée à un contexte sur lequel elles n'avaient pas de prise, par exemple le départ du médecin. Le principal motif de non-inscription serait que « cela ne leur a pas été proposé » et le suivant, que « le besoin n'est pas présent ». Seulement le tiers des personnes qui ne sont pas encore inscrites seraient prêtes à le faire si on les y invitait.

2.7.2 L'inscription du point de vue des médecins

L'inscription revêt différentes significations pour les médecins, mais la plupart d'entre eux considèrent qu'il s'agit d'un engagement bien réel envers leurs patients. Le chef d'un DRMG en parle comme d'« un contrat de responsabilité, d'imputabilité entre le patient et le médecin et on l'officialise sur papier ». Ce contrat n'est pas pris à la légère et des médecins nous ont dit en entrevue des phrases telles que « je me sentais moins responsable avant l'inscription des patients. Disons que sur une échelle, si j'étais responsable à six, je suis monté à huit » ou « quand je mets mon nom dans le bas de quelque chose, je respecte ce que je signe ».

Par ailleurs, l'inscription est étroitement liée au partage des responsabilités avec les autres médecins et les infirmières. Ainsi, en l'absence de leur médecin de famille, les patients inscrits seront suivis par une infirmière et pourront consulter d'autres membres de l'équipe en cas d'urgence. L'inscription serait d'ailleurs plus « intéressante » pour les patients qui ont besoin d'être suivis ; « ils se sentent en confiance », affirmaient certains médecins. En outre, les données recueillies grâce à l'inscription permettent de dresser la liste des patients de chaque médecin et de savoir qui sont les patients vulnérables. Déjà, en 2005, un médecin responsable soulignait que cela leur a permis de donner la priorité à certains services.

2.7.3 Le débat sur le nombre d'inscriptions

Au début de leur existence, les GMF pouvaient compter sur des ressources semblables, sans égard à leur taille, soit 70 heures de services infirmiers. Dès 2002, il était cependant prévu que les diverses ressources varieraient « selon le volume de la population inscrite et de ses caractéristiques, notamment la lourdeur et la dispersion¹⁷ ». Les barèmes devaient être déterminés ultérieurement, mais le MSSS indique à ce moment qu'« environ 1 000 à 2 200 personnes peuvent s'inscrire auprès d'un médecin ETP-GMF¹⁸ » tout en s'attendant à ce qu'environ 1 500 personnes le fassent. Les règles ont effectivement été précisées par la suite et, depuis 2005, différents niveaux de soutien correspondent à la taille de la population inscrite.

L'annonce de ces règles a provoqué inquiétudes et frustrations, et plusieurs acteurs ont demandé des modifications – entre autres des pondérations permettant d'éviter que certains GMF soient tentés d'inscrire surtout des patients en santé au détriment de ceux qui ont de plus grands besoins. Le nombre de patients inscrits a donc été pondéré en fonction de certaines caractéristiques liées à la pratique, telles que le nombre d'accouchements et de services à domicile. Des mesures transitoires ont permis aux 70 GMF existant alors de conserver leurs ressources jusqu'au prochain renouvellement de leur accréditation. Au moment des entrevues menées au T2, plusieurs médecins étaient satisfaits de ces aménagements, tout en regrettant le stress et le temps investi pour faire changer les choses.

17. QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Convention standard entre une régie régionale et un groupe de médecine de famille*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, Annexe III, p. 12.

18. QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Devenir un GMF : Guide d'accompagnement – Le groupe de médecine de famille : un atout pour le patient et son médecin*, op. cit., p. 33.

Au T0, la plupart des médecins croyaient « n'avoir aucun problème à avoir le nombre de patients ». L'inscription les a cependant amenés à constater que le nombre de leurs patients était, en réalité, plus petit qu'ils ne le pensaient. « Ça m'a permis de me rendre compte que je n'avais pas tant de patients que ça dans mon *case load* ». « La majorité de mes patients sont inscrits et je n'en ai pas 1 000. Ça, ça cause de l'incertitude. » Au T2, plusieurs médecins ont émis des doutes sur la possibilité d'atteindre le nombre de 1 500 patients inscrits, même dans des cliniques privées très fréquentées. Cela est plus difficile encore dans les UMF, où la tâche d'enseignement est déjà imposante pour les médecins. Ces derniers considèrent comme problématique l'inscription auprès des médecins résidents puisqu'elle ajoute à leur responsabilité.

Pour plusieurs acteurs, un grand nombre de personnes inscrites signifie, en contrepartie, qu'on offrira moins de services à celles-ci. Selon une infirmière, « il va y avoir beaucoup de patients inscrits pour le besoin d'inscrire des patients sans donner des services. C'est ça le danger ». Selon une adjointe administrative, un GMF comptant un grand nombre de patients inscrits reviendra à la situation de départ. Ainsi, « là, il y a tellement de monde inscrit que c'est difficile de leur trouver un médecin » pendant les périodes de consultation SRV. Pour avoir plus d'inscriptions, des médecins ayant déjà beaucoup de patients vulnérables évitent d'inscrire de nouveaux patients ayant de graves problèmes de santé. « Avec des cas lourds, ça prend le double du temps pour fonctionner. »

Au contraire, plusieurs médecins disaient, au T1, réserver l'inscription aux personnes ayant besoin d'être prises en charge et dont l'état de santé était plus fragile. Les données recueillies auprès des patients confirment ces dires. Ainsi, les personnes inscrites au T2 avaient plus souvent 65 ans et plus, elles souffraient d'un problème de santé chronique, elles fréquentaient la clinique depuis au moins trois ans et elles avaient consulté au moins trois fois au cours de l'année. Il est plus long d'atteindre, et éventuellement de recruter, les personnes qui ne consultent qu'à l'occasion, soit la majorité¹⁹. Selon les données de la RAMQ présentées à la fin de la troisième partie, la clientèle régulière rassemblait 1 460 personnes par médecin en équivalent temps plein (ETP) dans les premiers GMF à statut privé en 2005-2006. Atteindre la cible de 1 500 inscriptions par médecin à temps plein implique donc que toutes ces personnes s'inscrivent et que d'autres s'y ajoutent. Dans les CLSC et les UMF, la population inscrite est moindre puisqu'en 2007, les premiers GMF ayant ce statut comptaient 5 060 patients inscrits – soit environ la moitié de la population inscrite dans les GMF à statut privé (10 480 patients) ou dans les GMF mixtes (11 625 patients).

19. Environ les deux tiers des personnes ayant consulté un médecin dans un cabinet en 1999 ne l'ont fait qu'une seule fois au cours de l'année. Voir M. DEMERS et Y. BRUNELLE, *Organisation de l'omnipratique au Québec entre 1994 et 1999*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, x, 59 p.

2.8 Les GMF au sein des réseaux locaux de services (RLS)

En 2003, l'implantation des réseaux locaux de services (RLS) et les fusions des unités de négociation changeaient le lieu, la teneur et le niveau des responsabilités ainsi que la gestion des ressources humaines dans le réseau de la santé et des services sociaux. À titre d'exemple des effets de cette réorganisation majeure, sur les neuf personnes que nous avons rencontrées dans les CLSC partenaires au T1, il n'en restait plus qu'une en poste deux ans plus tard. À la fin de la période sur laquelle s'étend l'étude, les nominations à des postes administratifs, l'élaboration des projets cliniques et les fusions d'établissements n'étaient pas terminées ou étaient très récentes dans les CSSS. Tous les partenaires du réseau ont alors traversé une période de transition et d'adaptation. Ce fut le cas pour les GMF à plus d'un titre : d'abord, en tant que partenaires parmi d'autres acteurs, ensuite en tant qu'organisations ayant des ententes les liant aux anciens CLSC partenaires désormais fusionnés et, enfin, en tant qu'organisations de première ligne naissantes en attente d'une meilleure structuration des niveaux de services.

2.8.1 Les médecins du GMF comme partenaires du RLS

Depuis l'instauration du régime public d'assurance maladie, l'activité médicale de première ligne dans les cliniques et les cabinets privés est restée largement en marge du réseau public. Comme le dit simplement un omnipraticien, « [o]n était chacun dans notre coin, en fin de compte ». La plupart des médecins ont pourtant vu d'un bon œil la nouvelle responsabilité des CSSS d'organiser les services de première ligne. Ils en espèrent une amélioration de l'organisation territoriale des services et un meilleur partage des responsabilités entre tous les médecins, en particulier pour les consultations SRV et le suivi des patients *orphelins* – c'est-à-dire qui n'ont pas de médecin de famille. En effet, dans plusieurs GMF, on estimait que les cliniques avoisinantes leur adressaient trop souvent leurs patients le soir et les fins de semaine. Plus généralement, pour les médecins, le problème de l'accessibilité aux services médicaux doit trouver une réponse collective sous la gouverne du CSSS. « [au GMF], on essaie d'augmenter notre rendement mais, si on veut que ça fonctionne, ça ne se fait pas juste de notre part... » Selon une chargée de projet, les fusions ayant donné naissance aux CSSS favoriseraient « une vision commune », y compris chez les médecins de clinique privée du réseau local.

Malgré des buts communs, les différences organisationnelles et culturelles entre les secteurs privé et public ont fait tiquer médecins et gestionnaires du réseau. D'un côté, les médecins ne cachaient pas leur irritation par rapport à la lenteur et à la lourdeur de la bureaucratie. Ainsi, selon le médecin responsable d'un GMF, au CSSS, « [i]l y a un mode de penser que c'est normal qu'il y ait des barrières, que ça prenne du temps » et, pour un autre, « [c]omme toutes les grandes entreprises, [...] le contact avec le terrain commence à être loin ». Plusieurs gestionnaires de CSSS, de leur côté, considéraient les médecins comme des entrepreneurs « individualistes ». Au regard de la responsabilité populationnelle, les médecins se limiteraient à leurs patients et ceux des GMF « [...] ne se sentent pas plus responsables dans la communauté ; [...] ils ne sont pas plus preneurs du travail collectif ».

La collaboration des médecins en pratique privée à titre de partenaires du RLS ne peut donc être que progressive, mais certaines étapes ont été déterminantes – par exemple la planification des projets cliniques. Selon une gestionnaire d'un CSSS, « [s]i on ne livre pas, on va perdre notre crédibilité » auprès des médecins. De plus, pour encourager tous les médecins – qu'ils soient membres d'un GMF ou non – à participer à l'offre de services locale, certains CSSS leur proposent des ressources. Or, plusieurs médecins des GMF souhaitaient que leurs patients aient un accès privilégié aux services psychosociaux des CSSS comme cela est inscrit dans l'entente qui lie chacun de ces groupes à un CSSS. À ce jour, dans cinq des sept GMF ayant participé au volet qualitatif de l'évaluation, cette clause de l'entente n'a jamais été en vigueur et l'insuffisance de ressources humaines a fait en sorte que les temps d'attente pour bénéficier de ces services sont longs. Par contre, la liaison assurée par les infirmières des GMF et la proximité physique avec un CSSS améliorent quand même l'accès des patients des GMF aux services offerts dans les CSSS.

Plusieurs gestionnaires, tant dans les CSSS que dans les agences de la santé et des services sociaux, souhaitaient au T2 qu'une majorité de médecins se réunissent en GMF car de tels groupes offrent une vaste gamme de services et les heures d'ouverture de leurs locaux sont plus nombreuses que celles des autres milieux de soins. Les médecins des GMF ont aussi été souvent sollicités par les DRMG pour le suivi de patients orphelins. De plus, ils ont participé en grand nombre aux travaux des tables territoriales. Ils y seraient « très présents aux discussions, parce qu'ils ont développé une sensibilité de réseautage ; ils sont déjà en perspective d'interdisciplinaire », selon un directeur des services professionnels et hospitaliers. Les médecins semblent apprécier ce lieu de concertation, qui leur permet de participer à la recherche de solutions aux différents problèmes locaux et qui leur donne l'occasion de côtoyer les médecins d'autres cliniques ainsi que de sensibiliser les différents partenaires à leur réalité. Ainsi, ils peuvent exercer une influence, bien que certains des sujets abordés leur paraissent difficiles. L'expérience acquise au regard de l'interdisciplinarité et leurs relations avec des CSSS faciliteraient aussi l'actualisation des projets cliniques, une observation faite par différents acteurs. Une directrice générale, nous a dit : « Pour moi, établir le RLS va se faire avec le GMF. Je pense que c'est gagnant. »

2.8.2 Le lien avec Info-Santé et les ententes avec les CSSS

Le lien avec Info-Santé

Toute la population a accès à Info-Santé. Toutefois, il était prévu que, dans les GMF, les médecins identifient comme telles les personnes vulnérables à inscrire à Info-Santé, qu'ils en transmettent la liste ainsi que les informations cliniques pertinentes si les patients y consentaient et qu'ils assurent une garde. Info-Santé devait, pour sa part, faire le suivi des appels téléphoniques reçus de ces patients. Au T2, la garde continue – 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 – qui devait être assurée avec Info-Santé était peu opérationnelle dans la plupart des GMF que nous avons visités. Dans 4 GMF sur 7, les médecins étaient rarement sollicités pour leurs patients inscrits à Info-santé, ces derniers étant plutôt référés aux médecins de la garde territoriale. Dans 6 des 7 GMF, les médecins avaient cependant inscrit leurs patients à Info-Santé tout en respectant les critères de vulnérabilité fixés par ce service et en limitant les inscriptions pour éviter que celui-ci ne soit surchargé. De nombreuses difficultés ont été observées en cours de

route et ne semblaient pas résolues au T2 ; par exemple, des données incompatibles avec le système d'information du CLSC ou qui ne font pas l'objet d'une mise à jour régulière permettant d'assurer le suivi adéquat des patients vulnérables. Dans certains GMF, infirmières et médecins se disaient, en outre, peu intéressés à entretenir ce lien avec Info-Santé, jugeant leurs propres actions plus efficaces et globales. Dans une région cependant, l'implantation de GMF aurait fait augmenter l'achalandage à Info-Santé. « Cela a permis de consolider, de mieux faire connaître ce service-là, puis je pense que ça a permis de développer l'utilisation de services », nous a dit une gestionnaire.

La gestion partagée du personnel infirmier : le rôle de la Direction des soins infirmiers du CSSS

Le passage à une organisation comme le CSSS, plus vaste que celle qui existait jusque-là, a engendré des difficultés au regard de la gestion du personnel infirmier. Une de ces difficultés a trait à l'absence de soutien des directions des soins infirmiers (DSI) au T2, une situation qui contraste avec celui que les responsables des soins infirmiers des CLSC partenaires ont apporté au développement de la pratique infirmière dès le début de l'implantation des GMF. À l'époque des entrevues menées au T2, plusieurs nouvelles responsables d'une DSI connaissaient peu les GMF et le travail qu'y font les infirmières. Précisons ici que les DSI assurent la supervision, sur le plan clinique, de l'ensemble du personnel infirmier du CSSS, les infirmières des GMF n'en représentant qu'une infime proportion. D'après les infirmières, les relations avec la DSI et les informations transmises par celle-ci se faisaient de plus en plus rares depuis la fusion des établissements. « Elle [la DSI] est surchargée de ce temps-ci, alors on a de la difficulté à se parler. »

L'intervention des DSI auprès des GMF est jugée plus délicate, entre autres parce qu'il faut s'entendre avec les médecins. L'accueil n'est d'ailleurs pas nécessairement favorable ni de la part des médecins, ni de celle des infirmières. En effet, les médecins d'au moins quatre GMF ont dit redouter l'ingérence du CSSS dans *leur* clinique. Cette crainte peut cependant s'atténuer, comme l'expérience l'a montré dans une région. De plus, les infirmières des premiers GMF disaient avoir beaucoup moins besoin de l'avis de la DSI qu'au T1 car elles sont devenues plus autonomes dans leur nouveau rôle. La directrice d'une DSI parle même d'une « exagération de l'autonomie » quand les infirmières prennent des engagements sans en informer les gestionnaires du CSSS.

Dans tous les GMF sur lesquels porte l'étude, il y a peu ou pas d'évaluation de la qualité de l'acte infirmier, sinon d'une manière informelle par les médecins. Or, « ce n'est pas à un médecin d'évaluer un acte d'infirmière » puisque les DSI ont justement ce mandat, en plus d'assurer la formation continue et d'évaluer les pratiques en soins infirmiers. Selon une chargée de projet, le lien avec les DSI représente pour les infirmières « comme une aide, elle peut aller chercher de l'information sur des choses, c'est un contact clinique dont elle a besoin » et qui est d'autant plus important que, dans les cliniques privées, les infirmières sont isolées de leurs collègues.

La gestion partagée du personnel infirmier : le remplacement

La majorité des GMF se sont plaints de l'interruption des services infirmiers et de difficultés récurrentes concernant le remplacement du personnel infirmier à l'occasion des congés de maladie, des congés parentaux ou des vacances. Au T1, un seul GMF ne pouvait obtenir de remplaçante car, pour le CSSS, « l'infirmière ne jouait qu'un rôle de support au médical à l'interne pour le sans rendez-vous. » – un rôle que les gestionnaires ne voulaient pas encourager, selon la directrice générale de ce centre. Depuis la création des CSSS et avec la pénurie croissante de personnel infirmier, tous les GMF connaissaient au T2 différents problèmes de remplacement, sauf ceux qui ne désiraient aucun remplacement vu la rareté des personnes formées pour assurer le suivi des patients vulnérables. En effet, les remplaçantes s'occuperaient surtout du triage et des soins courants.

Les difficultés éprouvées sont de diverses natures : des adjointes administratives disent ne pas être informées d'une absence ou de l'arrivée de remplaçantes, les temps d'attente seraient longs et le personnel infirmier remplaçant changerait plus souvent depuis les fusions. De plus, des acteurs ont parlé de la « rigidité » de certaines règles syndicales ; par exemple, celle qui entraîne la perte de l'ancienneté accumulée en cas de changement d'unité d'accréditation réduirait le nombre d'infirmières pouvant assurer les remplacements dans les GMF. Selon une infirmière travaillant dans un GMF, les gestionnaires du CSSS connaîtraient moins bien le profil de compétences qu'exige son poste et trouveraient plus difficilement des remplaçantes qualifiées. Enfin, l'hétérogénéité des pratiques infirmières amène pour ainsi dire chaque GMF à former les remplaçantes dont il a besoin. Une certaine cohérence territoriale éviterait « de toujours retomber à zéro », mais pourrait s'opposer à l'autonomie des GMF.

Toutes ces difficultés ont comme conséquences de faire diminuer la couverture en soins infirmiers dans les GMF et de faire augmenter la charge de travail des médecins en plus d'affecter le suivi des patients. « Ce n'est pas vraiment nous [le GMF] qui sommes pénalisés comme la population parce qu'on est obligés de refuser les patients et nos horaires débordent plus », nous a dit un médecin. Au T2, les infirmières s'occupaient de nombreux patients. En cas d'absence, les patients « tombent dans le vide et c'est le médecin qui assume la responsabilité clinique ». Des médecins et des adjointes disaient aussi qu'en l'absence de remplaçantes, le GMF ne bénéficie pas de la totalité des ressources infirmières prévues dans l'entente. Enfin, les problèmes de remplacement peuvent compromettre la formation des infirmières et alourdir considérablement leur charge de travail au moment du retour au travail.

2.8.3 Les liens avec des professionnels du réseau

Selon un médecin, « [c]omme les infirmières proviennent du CLSC, cela a permis d'orienter des patients vers des ressources que les médecins ne connaissaient pas ». En 2005, dans les GMF, environ 4 infirmières sur 10 nous ont dit orienter très souvent les patients vers différents services du réseau et les conseiller sur les ressources qui peuvent leur venir en aide. Elles communiquaient le plus fréquemment d'abord avec les pharmacies communautaires, ensuite avec différents intervenants du programme de soutien à domicile et, enfin, avec d'autres professionnels du CLSC – travailleur social, psychologue, physiothérapeute, nutritionniste, ergothérapeute, etc. – qui leur réservaient habituellement un bon accueil. « Il y a déjà de bons services qui sont donnés au CLSC, donc on ne dédoublera pas quelque chose qui est déjà en place », affirmait l'une d'elles.

Le modèle GMF prévoit des liens formels et des ententes avec différentes ressources du réseau de la santé et des services sociaux. Au T2, plusieurs acteurs espéraient la création de tels liens ainsi que la hiérarchisation plus rigoureuse des services sur leur territoire, car « on deviendra [plus] efficace et fonctionnel ». Selon l'enquête effectuée auprès des médecins des GMF, les spécialistes demeurent leurs principaux interlocuteurs au T0 et au T2 (voir le tableau 6). Toutefois, une plus grande proportion des médecins des milieux privés ont référé des patients au T2 à des professionnels exerçant dans des champs non médicaux hors GMF, comme on peut le constater au tableau suivant. Ainsi, plus de médecins des cliniques et cabinets privés ont eu recours à l'expertise des intervenants en réadaptation (89,2 % au T2, 72 % au T0) et psychosociaux (71 % au T2, 64,0 % au T0). Dans les milieux de soins publics tels que les CLSC et les UMF, la référence à divers professionnels a peu changé entre 2003 et 2005 si l'on excepte la baisse importante des références vers les infirmières travaillant ailleurs qu'au GMF.

TABLEAU 6
POURCENTAGE DES MÉDECINS DES 19 PREMIERS GMF QUI ONT RÉFÉRÉ DES PATIENTS
À UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ AU COURS DE LA SEMAINE PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE,
QUI ONT HABITUELLEMENT UN RETOUR D'INFORMATION ET QUI ONT SOUVENT DISCUTÉ
DE CAS AU COURS DU MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, 2003 (T0) ET 2005 (T2)

TYPE D'ÉCHANGE ET INTERLOCUTEUR	ENSEMBLE		LIEU PRINCIPAL DE PRATIQUE EN 1 ^{RE} LIGNE**			
	T0 (n = 166)	T2 (n = 170)	PRIVÉ		PUBLIC	
			T0 (n = 100)	T2 (n = 98)	T0 (n = 64)	T2 (n = 69)
<i>Référence</i>						
Médecin spécialiste	97,5	96,2	96,9	98,9	98,4	92,4
Intervenant en réadaptation	66,3	75,8	72,0	89,2	57,8	56,7
Intervenant psychosocial	68,7	72,7	64,0	71,0	75,0	74,6
Infirmière hors GMF	71,1	59,6	64,0	64,5	81,3	53,7
Diététiste	60,8	57,5	63,0	59,8	57,8	55,2
<i>Retour d'information</i>						
Médecin spécialiste	83,0	78,8	93,9	92,7	65,6	60,3
Intervenant en réadaptation	71,0	68,9	73,4	74,0	67,8	60,9
Intervenant psychosocial	35,6	31,7	32,3	28,7	41,9	36,4
Infirmière hors GMF	53,2	65,1	47,9	64,8	62,9	66,7
Diététiste	67,7	67,1	71,4	71,3	63,8	60,3
<i>Discussion de cas</i>						
Médecin spécialiste	31,3	32,3	31,6	34,7	28,6	28,4
Intervenant en réadaptation	8,4	*	*	*	*	*
Intervenant psychosocial	13,8	14,0	*	12,8	23,8	16,2
Infirmière hors GMF	33,8	32,7	25,8	33,0	46,8	31,8
Diététiste	*	*	*	*	10,3	*
* Résultat trop faible compte tenu du nombre de répondants.						
** Le lieu principal de pratique de quelques répondants n'a pu être déterminé.						

Source : MSSS, Direction de l'évaluation, *Enquête auprès des médecins des premiers GMF*.

Selon plusieurs interlocuteurs, il reste encore beaucoup à faire au regard des corridors de services, ceux-ci étant relativement rares. Les données de l'enquête confirment ce point de vue car, même si les médecins adressent plus souvent des patients à d'autres professionnels de la santé, le retour d'information ne s'est pas amélioré entre les deux temps de l'enquête et il demeure peu habituel de la part des intervenants psychosociaux. Une exception : le personnel infirmier ne travaillant pas dans un GMF, qui a, au T2, des liens aussi étroits avec les médecins des GMF privés qu'avec ceux des CLSC ou des UMF. Au T2, près des deux tiers des médecins, tant en pratique privée qu'en établissement, ont habituellement un retour d'information de ces infirmières et le tiers d'entre eux ont souvent eu avec elles des discussions de cas au cours du mois

précédent. Enfin, les médecins des CLSC et des UMF reçoivent beaucoup moins souvent que ceux des cliniques privées de l'information venant des spécialistes après une référence.

Au chapitre de la coordination du suivi hospitalier, on remarque une progression dans la plupart des GMF. En effet, les difficultés éprouvées par les médecins qui ne pratiquent dans aucun centre hospitalier étaient moindres au T2 qu'au T0. La transmission de l'information, en particulier, leur cause moins souvent de problèmes : on constate des baisses de 11,7 points de pourcentage concernant l'information utile au sujet des patients et de 10 points en ce qui a trait aux délais de transmission de l'information (voir le tableau 7). De plus, ces mêmes médecins déplorent moins souvent l'absence de mécanisme de liaison avec les centres hospitaliers ou avec le CLSC, les baisses étant respectivement de 8 points et de 9,3 points. Les médecins des GMF qui pratiquent aussi en milieu hospitalier se heurtent moins souvent que les autres à des difficultés liées au suivi hospitalier de leurs patients ; leur situation a peu changé en deux ans, si ce n'est l'amélioration des contacts avec les médecins traitants.

TABEAU 7
POURCENTAGE DES MÉDECINS DES 19 PREMIERS GMF DISANT SE HEURTER SOUVENT
À DES DIFFICULTÉS RELATIVES AU SUIVI HOSPITALIER,
SELON QU'ILS PRATIQUENT OU NON DANS UN CHSCD, 2003 (T0) ET 2005 (T2)

DIFFICULTÉS	ENSEMBLE		PRATIQUE EN CHSCD*			
			OUI		NON	
	T0 (n = 166)	T2 (n = 170)	T0 (n = 71)	T2 (n = 77)	T0 (n = 94)	T2 (n = 92)
Absence de mécanisme de liaison avec le CLSC	24,2	19,5	15,2	16,7	31,3	22,0
Absence d'information utile au sujet du patient	33,3	26,1	15,5	14,7	47,3	35,6
Absence de mécanisme de liaison avec le centre hospitalier	32,5	27,2	18,2	17,6	43,2	35,2
Lenteur dans la transmission de l'information	41,6	35,2	29,6	28,0	51,1	41,1
Absence de contact avec le médecin traitant de l'hôpital	42,7	38,5	30,4	23,3	52,3	51,1
* Le fait de pratiquer en CHSCD n'a pu être déterminé pour quelques répondants.						

Source : MSSS, Direction de l'évaluation, *Enquête auprès des médecins des premiers GMF*.

L'implication des médecins au moment de l'hospitalisation de leurs patients a peu changé depuis l'implantation des GMF. Si la grande majorité d'entre eux (85 %) participent souvent au suivi posthospitalier, les proportions ne sont plus que de 35 à 40 % concernant l'admission hospitalière, le suivi du médecin spécialiste ou d'un autre professionnel, l'élaboration du plan de traitement et, enfin, la planification de la sortie de l'hôpital.

2.9 Le soutien à l'implantation ainsi que les processus d'accréditation et de renouvellement de l'accréditation

2.9.1 Le soutien à l'implantation du modèle

Le groupe de soutien à l'implantation, en place jusqu'en 2006, et une équipe interne du MSSS ont eu comme mandat « de participer au développement du concept de GMF dans son ensemble, incluant la contribution des professionnels qui s'y rattachent, les ententes et les outils fonctionnels²⁰ ». Règle générale, les GMF ont apprécié ce soutien, mais ils auraient souhaité obtenir plus rapidement les informations pertinentes, avoir des orientations plus claires de la part du MSSS et disposer de plus d'outils. Certains désiraient avoir des objectifs plus précis à court, moyen et long termes, mais ils reconnaissaient la collaboration de l'équipe du MSSS. « Le Ministère aussi est dans le flou et le vague. [...] Il reste que, quand on leur a demandé de travailler avec nous pour savoir ce qu'on allait faire avec nos petits GMF, bien, on sent qu'ils ont travaillé. Les gens ont travaillé de bonne foi, en collaboration. »

Il faut dire que plusieurs éléments ont dû être précisés en cours de route, souvent d'ailleurs avec l'aide des premiers GMF ; citons, notamment, l'inscription en ligne expérimentée dans quelques GMF avant d'être étendue à l'ensemble des groupes. Cette expérimentation a représenté un « défi » pour plusieurs ; d'aucuns ont apprécié leur rôle de pionnier tandis que d'autres ont eu l'impression d'avoir dû y consacrer beaucoup trop d'énergie.

Les chargés de projet à l'échelle régionale ont joué un rôle déterminant dans le développement des GMF puisqu'ils ont suscité des projets, transmis l'information et fait les liens entre le CSSS, l'agence dont ils relèvent et le MSSS. Plusieurs ont aussi créé des tables territoriales, lieux de concertation où les médecins et parfois les infirmières peuvent discuter des façons de faire et des outils. Au T2, les médecins ont dit avoir moins besoin de soutien en tant que membres d'un GMF, mais ils tiennent à ce qu'une information claire soit transmise « tout le long » jusqu'aux GMF. Quant aux infirmières, elles souhaitaient généralement avoir plus de liens, de rencontres et de sessions de formation avec d'autres infirmières travaillant dans les GMF.

2.9.2 Les processus d'accréditation et de renouvellement de l'accréditation

Afin d'obtenir l'accréditation de leur GMF, les médecins ont dû préparer un projet puis négocier pour concrétiser le contrat d'association entre collègues, l'entente avec le CLSC partenaire de l'époque et la convention avec l'agence de la région sociosanitaire. Tout était à construire pour les premiers GMF, y compris ce processus. Dans plusieurs cas, la démarche s'est révélée longue et difficile ; de plus, elle a suscité de nombreuses interrogations sur les responsabilités respectives des médecins et de leurs partenaires. Les médecins étaient particulièrement préoccupés par les responsabilités découlant du contrat, les charges administratives supplémentaires et la possibilité que l'agence mette fin à l'entente.

20. QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Devenir un GMF : Guide d'accompagnement – Le groupe de médecine de famille : un atout pour le patient et son médecin*, op. cit., p. 19.

La crainte d'une ingérence administrative a fait place, une fois les ententes établies et acceptées, à un climat où il y aurait eu peu ou pas de tension entre le GMF et le CLSC partenaire. Finalement, de l'avis d'un médecin responsable, les médecins se sont rendu compte que « travailler en GMF était gérable ». Les médecins ne parlaient plus, dans les entrevues menées au T2, des contrats d'association qu'ils avaient pourtant jugés trop lourds deux ans plus tôt. La plupart des médecins souhaitaient demander que l'accréditation de leur GMF soit renouvelée, bien que certains aient exprimé des réserves à ce sujet à cause de leur charge de travail trop lourde ou de difficultés éprouvées en cours de route. D'aucuns appréhendaient surtout une diminution possible des ressources si le nombre d'inscriptions se révélait insuffisant quand viendrait le temps du prochain renouvellement.

Aux fins du renouvellement de leur accréditation, les GMF devaient présenter un bilan montrant que la convention avec l'agence au sujet de leur offre de services avait été respectée. La discussion sur ce bilan réunissait la chargée de projet régional, le chef et d'autres membres du DRMG ainsi que le médecin responsable du GMF. La plupart des chargées de projet ont offert leur soutien aux GMF pour la préparation du bilan ou d'une grille d'évaluation. Le respect de l'entente entre le GMF et le CSSS n'a pas été abordé par les intervenants locaux ou régionaux au cours de la première vague de renouvellements, bien que cela aurait permis de répondre à des questions qui se posaient de part et d'autre.

Après cette discussion, le DRMG recommandait le renouvellement de l'accréditation du GMF en y ajoutant des orientations et objectifs à atteindre pendant les trois prochaines années. Par exemple, le DRMG pouvait indiquer souhaiter la participation des médecins du GMF aux projets cliniques, l'avancée de l'informatisation, l'amélioration de l'offre des services médicaux ou un rôle moins technique pour les infirmières. Enfin, le MSSS a approuvé les propositions du DRMG ainsi que l'allocation des ressources en fonction du nombre d'inscriptions. Les GMF ont reçu la confirmation des ressources qui leur étaient accordées et la cible concernant le nombre d'inscriptions à atteindre pour le premier renouvellement. Les médecins responsables de ces GMF connaissaient désormais les conditions du soutien à l'échéance de ce renouvellement.

Plusieurs acteurs ont trouvé le processus de renouvellement long et confus, en plus d'être très exigeant à cause du temps qu'il demandait et du stress qu'il engendrait. Un médecin responsable a dit : « Ça confirme juste que de travailler avec le gouvernement, c'est compliqué. » Néanmoins, il adhérait à la démarche : « On accuse souvent le gouvernement [...] de ne même pas vérifier ce que cela donne en bout de ligne. Cette validation était essentielle pour moi. » Les rôles respectifs du MSSS et du DRMG n'étaient pas clairement définis à ce moment-là, mais le processus actuel devrait être plus facile car des modèles ont été établis.

L'engagement des DRMG dans ce processus confirme l'influence grandissante de ceux-ci au regard de l'organisation des services. Certains gestionnaires du réseau jugent cet engagement judicieux puisqu'il reviendrait, à leur avis, aux médecins d'organiser les soins médicaux de première ligne. À l'occasion des entrevues menées au T2, la plupart des chefs de DRMG ont dit favoriser le développement des GMF et ne pas voir ces groupes comme la seule réponse au problème d'accès aux services de la population qui n'est pas inscrite. Cependant, l'un d'eux affirmait : « C'est difficile pour moi, tant que l'infrastructure finale ne sera pas bien établie dans le plan d'organisation, de savoir

comment gérer l'accessibilité et la continuité. C'est ça le plus grand dilemme. » De plus, l'évaluation d'une organisation médicale était une nouveauté pour les chefs des DRMG et cela a causé un malaise chez certains d'entre eux.

2.10 Discussion

Que nous révèlent les propos tenus par les divers acteurs sur les changements qui ont eu cours dans les cliniques depuis leur accréditation comme GMF ? Quels facteurs, acteurs et circonstances ont facilité l'implantation du modèle GMF ou, au contraire, lui ont fait obstacle ? L'annexe 3 présente l'ensemble de ces éléments tels qu'ils ont été dégagés des propos des acteurs rencontrés ; ils sont regroupés en quatre catégories qui s'inscrivent dans un continuum allant du contexte (politiques, cadre légal et réglementaire, modalités de financement, traditions) aux facteurs relationnels (attitudes et comportements des professionnels envers l'organisation, les patients et les collègues). Nous discuterons ici des changements survenus au cours de l'implantation des GMF et des principaux éléments qui les ont influencés.

Les étapes franchies

Indéniablement, des pas importants ont été franchis depuis l'accréditation des premiers GMF, certains désirés et d'autres inattendus. Les plus importants concernent l'évolution de la pratique infirmière de première ligne et l'instauration progressive d'un travail d'équipe au sein des cliniques. Ces changements de pratique sont loin d'être banals et leur réalisation n'était pas assurée au départ, même si nombre d'observateurs et d'acteurs du réseau les attendaient depuis longtemps.

- Les changements de pratique professionnelle

Les infirmières ont eu l'occasion, dans les premiers GMF, de faire reculer les limites habituelles de leur profession dans les soins et les services de première ligne. Ce mouvement s'est concentré en grande partie autour des activités relatives au suivi des patients et à l'enseignement, le tri pendant les périodes de consultation SRV ne laissant habituellement que peu de place à leur capacité de décision. Après une période d'adaptation, les infirmières sont devenues beaucoup plus autonomes, ayant leur propre clientèle et effectuant un travail complexe qui exige un bon jugement clinique. Ce faisant, elles ont fait preuve de leadership mais ont aussi reçu au départ, outre l'appui des médecins responsables, le soutien des responsables des soins infirmiers dans les CLSC partenaires. Avec l'instauration des CSSS, elles ont perdu ce lien avec les directions des soins infirmiers, lesquelles avaient assuré jusqu'alors le développement et la qualité des services infirmiers dans un nouveau milieu de travail où elles sont isolées et où leur pratique n'a pas le même soutien qu'en établissement. Les infirmières nous ont dit à de nombreuses reprises leur besoin d'échanger avec leurs collègues des GMF sur les façons de faire et les outils. Ces échanges peuvent prendre diverses formes ; l'évaluation d'une expérience de communauté virtuelle d'infirmières en poste dans des GMF²¹ en a déjà montré les effets bénéfiques.

21. L. HAGAN *et al.*, « Une communauté virtuelle peut-elle soutenir l'exercice infirmier en GMF ? », *Perspective infirmière*, vol. 3, n° 4, mars-avril 2006, p. 19-26.

La collaboration entre les médecins et les infirmières des GMF a nécessité un apprentissage et suscité de nombreuses questions sur les rôles, les attitudes, les comportements et les responsabilités de chacun. Le partage des activités cliniques entre les médecins, surtout dans les cliniques privées, s'est accru et la plupart d'entre eux n'ont pas pris à la légère le partage de la responsabilité des patients. L'influence des pairs rencontrés à des tables territoriales ou dans d'autres lieux de concertation a été déterminante à ce sujet. Au T2, la formalisation de l'organisation du travail en général et, en particulier, celle des activités partagées entre médecins et infirmières était peu développée. Plusieurs médecins se montraient réticents et disaient ne pas avoir de temps pour rencontrer les infirmières à ce sujet. Cela semble pourtant nécessaire, d'une part, pour clarifier les rôles et, d'autre part, pour faire en sorte que les infirmières aient en main tous les outils leur permettant d'effectuer leur travail. Malgré une collaboration affirmée entre les médecins et les infirmières sur le plan clinique, les GMF demeurent un projet et une organisation menés par les premiers²², comme en fait foi la faible participation des infirmières à la gestion.

- *L'organisation administrative*

Les adjointes administratives ont réussi à réorganiser le travail de bureau dans plusieurs GMF, une réorganisation qui a favorisé l'implantation du modèle. En effet, un secrétariat qui fonctionne bien laisse plus de temps pour les soins puisqu'il assure le suivi administratif des différents projets du GMF sans que les médecins et le personnel infirmier aient à s'en occuper. De plus, le bon fonctionnement du secrétariat facilite les relations avec les patients et s'avère une condition essentielle pour informatiser les activités administratives et cliniques, par exemple. Plusieurs infirmières nous ont dit, cependant, ne pas toujours avoir accès à ces services, bien qu'ils soient en partie financés par le MSSS. Par ailleurs, ce sont souvent les adjointes qui ont été les premières à identifier les patients vulnérables à l'aide des listes fournies par la RAMQ et qui ont proposé des solutions pour assurer leur suivi en cas d'absence de leur médecin. La perspective de développer davantage le soutien à la gestion clinique et de mieux intégrer le secrétariat dans les équipes existantes offre de nouvelles pistes à suivre pour améliorer l'organisation des GMF.

- *L'inscription*

Parmi les changements inattendus au départ, l'effet qu'a eu l'inscription est à souligner. Selon Shortt²³, la plupart des patients sont déjà fidèles à leur médecin de famille et, en l'absence d'incitatifs financiers pour les professionnels ou de pénalités pour les patients, l'inscription s'apparente plus à une formalité administrative, un avis partagé par plusieurs de nos interlocuteurs au T1. Au contraire de cela, la plupart des médecins ont pris au sérieux cet engagement et l'inscription s'est révélée un moyen privilégié pour les patients d'avoir un médecin de famille ou de conserver celui qu'ils avaient. Là où il y a pénurie de médecins de famille et au moment d'une réorganisation des services, cela

22. Voir à ce sujet FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ, *La réorganisation des services de première ligne comme outil de changement des pratiques*, rapport de recherche [soumis par] D. Reinhartz et al., Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2007, iv, 37 p. [En ligne]. [http://www.chsrf.ca/final_research/org/pdf/Aubin_Report.pdf].

23. S.E.D. SHORTT, « Primary care reform: is there a clinical rationale? », dans S.E.D. SHORTT et J. DORLAND (sous la dir. de), *Implementing Primary Care Reform: Barriers and Facilitators*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 2004, p. 11-24.

peut, en effet, se révéler un précieux avantage. L'inscription a été l'occasion pour les cliniques de constituer des listes de patients, une information essentielle pour qui veut mieux planifier ses services ; ensuite elle a favorisé le partage de la responsabilité des patients au sein des GMF ; enfin, elle a permis aux médecins de constater que le nombre de leurs patients était moins élevé que ce qu'ils croyaient. Ce constat a amené plusieurs médecins à se demander si le GMF pourrait continuer à bénéficier de ressources que plusieurs jugeaient minimales. De lourdes charges concernant l'enseignement dans les UMF ou le travail dans les hôpitaux de certaines régions ont constitué des freins à l'inscription et parfois même au développement de la collaboration entre médecins et infirmières.

- *Pertinence du modèle dans le système de santé*

Le modèle GMF offre aujourd'hui encore de nombreuses possibilités et il apparaît des plus pertinents. S'appuyant sur les organisations qui existent, soit principalement les CLSC et les cliniques privées, tout en favorisant le plus possible leur intégration, le modèle GMF constitue d'abord et avant tout une réforme que certains ont qualifiée de pragmatique²⁴. Contrairement à la création de nouvelles entités en parallèle d'un réseau de services existant, ce type de réforme se fonde sur la capacité et le désir des acteurs en place d'y adhérer. Selon Hutchison, Abelson et Lavis²⁵, cette approche de politique publique tient compte du pluralisme des organisations et de la progressivité du changement, sa flexibilité exigeant des évaluations et des suivis rigoureux.

Pour différents motifs, une partie des médecins de famille et des infirmières étaient prêts aux changements sous-jacents au modèle. Les GMF répondent, en effet, au besoin de soutien exprimé en maintes occasions. Mentionnons ici que 40,6 % des médecins omnipraticiens du Québec disaient, en 2007, que « la disponibilité de soutien et des ressources » représentait la principale raison du choix de leur lieu de travail²⁶. De plus, les GMF constituent des organisations assez petites, ce qui facilite, par exemple, l'intégration du personnel infirmier clinicien.

L'accréditation après l'acceptation d'une offre de services formulée par un groupe de médecins et le renouvellement de cette accréditation au bout de trois ans fournissent des objectifs à poursuivre à moyen terme. Cela représente, pour le Ministère, une vérification essentielle et une excellente façon de s'assurer que l'évolution des GMF se poursuive pour autant qu'il tienne compte d'éléments organisationnels stratégiques. En retour, les groupes s'attendent à ce que les diverses ententes qu'ils ont signées avec les agences et les CSSS soient respectées. Ce processus donne l'occasion d'harmoniser la planification des services médicaux grâce à la participation des DRMG, mais aussi de négocier et d'ajuster le modèle.

24. Y. BRUNELLE, *La réponse spécifique d'un système particulier : les groupes de médecine de famille*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 42 p.

25. B. HUTCHISON, J. ABELSON et J. LAVIS, « Primary care in Canada: so much innovation, so little change », *Health Affairs*, vol. 20, n° 3, mai-juin 2001, p. 116-131

26. COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA, ASSOCIATION MÉDICALE DU CANADA et COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA, *op. cit.*, [EN LIGNE].
[http://www.nationalphysicianssurvey.ca/nps/2007_Survey/Results/FR/Provincial/pdf/QC/Q16/Q16_NON.CORE.only.fr.pdf].

Une logique de négociation a ainsi été introduite dans l'organisation des services de santé, concurremment à la mise en place des réseaux locaux de services. Ce type d'instrument de gouvernance favorise l'interaction et la coopération entre divers acteurs, comme l'ont noté Gilbert et ses collaborateurs²⁷. Une nouvelle dynamique s'est ainsi créée dans les relations entre les cliniques privées, longtemps restées en marge du système public, et le réseau public de la santé. Cette dynamique est attribuable à plusieurs facteurs et circonstances, dont l'assurance pour les médecins d'être rémunérés pour leur participation à diverses activités du réseau. Les médecins des GMF ont d'ailleurs participé activement aux travaux liés à l'organisation des services locaux.

Les questions en suspens

- L'informatisation

Parmi les éléments du modèle qui n'ont pas été implantés comme prévu, l'informatisation demeure le plus notable, en particulier en ce qui a trait à l'accès au réseau de télécommunications sociosanitaire (RTSS) et à l'instauration du dossier électronique du patient. Cet outil devient pourtant plus nécessaire que jamais, étant donné les liens étroits qui se construisent entre les membres des équipes, les liens attendus avec les équipes extérieures au GMF et l'efficacité démontrée de l'informatisation du suivi des patients. Certains GMF ont consacré temps et énergie à la production d'outils qui, souvent, ne sont pas utilisables ailleurs ou ne sont pas compatibles avec les équipements et logiciels du réseau public. Le Québec, tout comme plusieurs provinces canadiennes, fait pauvre figure sur ce plan si on le compare, par exemple, au Danemark, où presque tous les médecins inscrivent leurs notes cliniques dans un dossier informatisé²⁸. Le projet de départ s'est avéré fort ambitieux, mais les investissements pour le réaliser ont été sous-estimés. Des investissements publics sont prévus au cours des prochaines années pour remédier au moins en partie à ces problèmes. Malgré tout, dans plusieurs GMF, des médecins néophytes ont pu s'initier à l'informatique et l'accès électronique aux résultats de laboratoire est fort apprécié.

- Les liens avec les CSSS et le développement des GMF

Les premiers GMF ont expérimenté le renouvellement de l'accréditation au cours de la période mouvementée qui a vu la création des CSSS. Les médecins responsables ont bénéficié du soutien de chargés de projet pour ce faire, mais ils auraient souhaité une simplification du processus et la clarification de l'information sur les conditions du renouvellement. Les CSSS n'ont pas participé à ce processus, principalement parce qu'ils étaient eux-mêmes en réorganisation. Leur présence aux prochains renouvellements permettrait d'aborder des sujets tels que les difficultés de communication entre les CSSS et les GMF, le remplacement du personnel infirmier et le soutien clinique aux activités de ce dernier.

27. F. GILBERT *et al.*, « Le pilotage des réformes », dans M.J. FLEURY *et al.* (sous la dir. de), *Le système sociosanitaire au Québec : Gouvernance, régulation et participation*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 2007, p. 39-49.

28. D. PROTTI, S. EDWORTHY et I. JOHANSEN, « Adoption of information technology in primary care offices in Alberta and Denmark – Part 1: Historical, technical and cultural forces », *ElectronicHealthcare*, vol. 6, n° 1, 2007, p. 95-102. Voir aussi C. SCHOEN *et al.*, « On the front lines of care: primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries », *Health Affairs*, vol. 25, n° 6, novembre-décembre 2006, publié en ligne le 2 novembre 2006, w555-w571.

Plus essentiel cependant, les médecins sont partenaires au sein des réseaux locaux de services et plusieurs en espèrent une amélioration de la prise en charge des patients orphelins et de l'organisation des consultations SRV. Les GMF sont aussi censés être des partenaires privilégiés des CSSS en vertu des ententes reconduites depuis l'intégration des CLSC. À ce titre, ils aimeraient avoir plus rapidement accès aux services psychosociaux, encore peu développés dans les GMF malgré une demande importante. Cette question renvoie les décideurs à divers scénarios possibles concernant le développement des GMF : intégrer d'autres ressources professionnelles, accorder des accès privilégiés ou renforcer la liaison entre les divers interlocuteurs.

Ajoutons que les liens plus efficaces et formels entre les GMF et les services de deuxième et troisième lignes restent encore à créer, même si nous avons pu constater une amélioration de la coordination du suivi hospitalier.

- *Les services réservés aux patients inscrits et les objectifs concernant le nombre de ces patients*

Le fait de réserver tous les services aux patients inscrits a soulevé des discussions d'ordre éthique au sein des GMF et avec leurs partenaires. Ce choix a donné lieu à des aménagements variables pouvant aller jusqu'au refus de recevoir pendant les périodes de consultation SRV des personnes qui n'étaient pas inscrites. Cette question peut difficilement être examinée sans tenir compte du nombre d'inscriptions et, en ce sens, les objectifs numériques poursuivis depuis le début des GMF ont leur raison d'être. Il paraît normal que l'on réserve les consultations SRV aux patients inscrits lorsqu'ils sont nombreux, mais cela mériterait des orientations claires.

Les conditions générales qui ont favorisé l'implantation des GMF

Parmi les conditions nécessaires à l'implantation du modèle GMF, le temps apparaît comme l'une des premières. En effet, il faut laisser du temps au temps, pour que la confiance s'installe non seulement entre tous les membres de l'équipe du GMF – médecins, infirmières, secrétaires – mais aussi entre des partenaires ayant des cultures organisationnelles et des mandats fort différents ; il faut aussi laisser du temps aux gens, pour l'apprentissage, la production des outils, l'organisation et le partage du travail ainsi que la clarification des rôles respectifs. Combien de temps faut-il pour implanter le modèle ? Les données que nous avons recueillies couvrent une période d'environ quatre ans, mais le contexte qui prévalait à l'époque de l'implantation des premiers GMF a pu en retarder l'évolution. En effet, ces GMF ont expérimenté différents aspects du modèle, tels que le rôle des infirmières cliniciennes et l'inscription en ligne, et ils l'ont fait dans un système de santé en pleine mutation. Le National Institute for Health and Clinical Excellence²⁹ estime que trois ans sont nécessaires pour implanter des guides de pratique clinique, alors que le modèle GMF fait appel à une série d'éléments de tous ordres.

Il semble improbable que des changements aient pu avoir lieu sans le soutien accordé aux cliniques, sans l'affectation de ressources humaines au suivi et à l'implantation des GMF, et sans la rémunération de certaines fonctions et activités dans les GMF.

29. NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE), *How to Change Practice: Understand, Identify and Overcome Barriers to Change*, Londres, NICE, 46 p. (www.nice.org.uk).

Enfin, les différentes facettes de l'organisation des services en GMF, proposée à l'origine dans le rapport Clair, font partie d'un certain consensus³⁰ sur les caractéristiques d'une première ligne médicale plus efficace. Ce consensus et l'importance accordée à l'instauration d'une telle réorganisation facilitent la prise de décision à des paliers supérieurs, mais aussi au sein des GMF eux-mêmes.

L'évaluation que nous avons faite de l'implantation des GMF est fondée sur les informations obtenues d'acteurs généralement enthousiastes, même s'ils avaient certaines craintes, par rapport aux changements que le modèle GMF propose. Ainsi, les premiers GMF ont rassemblé des médecins motivés, leaders dans leur milieu, intéressés par la valorisation de la pratique de la médecine de famille et ayant soit de soutien clinique et administratif. De leur côté, les infirmières, animées du désir de faire évoluer leur profession, ont démontré un leadership et une passion propices au développement de leur rôle en première ligne. De plus, l'évaluation et le suivi effectués par plusieurs équipes de recherche ont sûrement aiguillonné les acteurs en présence³¹.

Les changements qu'ont connus ces GMF se répéteront-ils ailleurs ? Si oui, seront-ils durables ? Les réponses à ces questions ne peuvent être, pour l'instant, définitives mais des indices laissent croire que certains apprentissages faits par les premiers GMF sont là pour durer et qu'ils ont eu une incidence sur les groupes ayant reçu leur accréditation plus tard. Pour plusieurs, en effet, « retourner en arrière » semble aujourd'hui impossible. La création des tables territoriales, le rôle joué par les DRMG et la diffusion de l'information sur l'expérience des premiers GMF sont autant d'éléments qui peuvent favoriser un transfert de l'expertise et des façons de faire.

Dans la prochaine section, nous présentons les effets de l'implantation des GMF sur la satisfaction professionnelle des médecins et des infirmières ainsi que sur l'accessibilité, la continuité et l'utilisation des services vues sous l'angle de l'expérience des patients des GMF, puis nous établissons la comparaison de deux éléments – la fidélité des patients et l'utilisation des services médicaux – entre les GMF et des cliniques comparables.

30. J. HAGGERTY *et al.*, « Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts », *Annals of Family Medicine*, vol. 5, n° 4, juillet-août 2007, p. 336-344 et S.E.D. SHORTT, *op. cit.*

31. Voir M.D. BEAULIEU *et al.*, *L'implantation des Groupes de médecine de famille : un défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle*, Montréal, Université de Montréal, Chaire Docteur Sadok Besroun en médecine familiale, 2006, iv, 28 p. + annexes et Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, *La réorganisation des services de première ligne comme outil de changement des pratiques*, *op. cit.*

TROISIÈME PARTIE
LES EFFETS DES GMF

3 LES EFFETS DES GMF

La mesure des effets de l'implantation des premiers GMF se rapporte à l'évolution, depuis l'accréditation, des aspects suivants : la satisfaction professionnelle des médecins ainsi que des infirmières des GMF ; l'accessibilité, la continuité et l'utilisation des services du point de vue des patients qui consultent dans les GMF ; la fidélité ainsi que l'utilisation des services médicaux de première ligne ou spécialisés et des urgences hospitalières en GMF et des cliniques comparables non GMF. Pour chacun des aspects précités, un bref rappel des méthodes utilisées précédera l'exposé des résultats et une discussion terminera la présente section.

3.1 Les effets sur la satisfaction professionnelle

La satisfaction professionnelle a été mesurée à l'aide des questionnaires remplis par les médecins et les infirmières des 19 premiers GMF en 2003 (T0) et en 2005 (T2) ; plusieurs éléments des entrevues semi-dirigées nous ont amenés à une meilleure compréhension des réponses³². Les personnes qui ont répondu aux questionnaires devaient situer sur une échelle de 0 à 100 % leur niveau de satisfaction à l'égard de différents éléments, dont leur vie professionnelle actuelle et leurs relations avec les différents groupes professionnels. Au taux de 90 % ou plus correspond la cote *très satisfait*.

3.1.1 La satisfaction professionnelle telle qu'elle a été mesurée

Au moment de l'implantation des GMF, en 2003, les médecins qui y étaient associés déclaraient un niveau de satisfaction professionnelle nettement plus élevé que leurs collègues. En effet, dans une enquête canadienne effectuée en 2004, seulement 19 % des médecins omnipraticiens du Québec se sont dits très satisfaits³³ de leur vie professionnelle, alors qu'une affirmation comparable avait été formulée par 30,2 % de ceux qui ont répondu à notre enquête au T0. Le pourcentage a atteint 39,2 % au T2 pour les médecins des premiers GMF, tandis qu'il se situait à 25 %³⁴ pour l'ensemble des médecins de famille du Québec en 2007.

Au T2, plus de médecins des GMF en clinique privée que de médecins des GMF en établissements se disaient très satisfaits (41,1 %, contre 35,3 %), et la hausse a été particulièrement importante dans les GMF qui comprennent plusieurs sites (de 28 % au T0 à 39 % au T2 étaient très satisfaits). Nous avons eu recours à des régressions statistiques pour expliquer les facteurs liés à la satisfaction professionnelle des médecins. Ces analyses indiquent que seulement trois items parmi tous ceux qui figuraient dans le questionnaire y sont associés d'une manière significative en 2005. Ainsi, des relations satisfaisantes avec les infirmières du GMF, plus fréquentes dans les

32. Voir l'annexe 2 pour connaître les détails de la méthode.

33. L'enquête en question s'intitule *Sondage national des médecins* ; on y propose un choix de cinq réponses, allant de *très satisfait/e* à *très insatisfait/e*. Voir COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA, ASSOCIATION MÉDICALE DU CANADA ET COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA, *op. cit.*

34. En excluant la non-réponse.

cliniques privées, et la satisfaction par rapport au système informatique avaient une incidence positive sur la satisfaction professionnelle des médecins, alors qu'un nombre élevé de lieux de pratique produisait l'effet contraire.

TABLEAU 8
POURCENTAGE DES MÉDECINS DES 19 PREMIERS GMF SE DISANT TRÈS SATISFAITS
DE LEUR VIE PROFESSIONNELLE AINSI QUE DES RELATIONS AVEC LEURS COLLÈGUES
ET LES AUTRES MEMBRES DU PERSONNEL DU GMF,
SELON LE LIEU PRINCIPAL DE PRATIQUE EN 1^{re} LIGNE, 2003 (T0) et 2005 (T2)

OBJET DE LA SATISFACTION	ENSEMBLE		LIEU PRINCIPAL DE PRATIQUE EN 1 ^{re} LIGNE*			
			PRIVÉ		PUBLIC	
	T0 (n = 166)	T2 (n = 170)	T0 (n = 100)	T2 (n = 98)	T0 (n = 64)	T2 (n = 69)
<i>Vie professionnelle actuelle</i>	30,2	39,2	31,3	41,1	28,1	35,3
<i>Relations avec</i>						
les médecins	59,1	72,5	60,2	70,8	57,8	73,5
les infirmières	—	78,4	—	83,5	—	70,1
les membres du personnel	59,8	61,2	65,3	69,1	53,4	48,5

* Le lieu principal de pratique de quelques répondants n'a pu être déterminé.

Source : MSSS, Direction de l'évaluation, *Enquête auprès des médecins des premiers GMF*.

La satisfaction par rapport au travail en équipe est généralisée et s'est élevée grandement depuis 2003 dans tous les types de GMF. En effet, 72,5 % des médecins se disaient très satisfaits de leurs relations avec les autres médecins du GMF au T2, comparativement à 59,1 % deux ans plus tôt. Plus des trois quarts des médecins se disaient très satisfaits de leurs relations avec les infirmières, et le pourcentage est encore plus élevé pour les médecins pratiquant principalement dans une clinique privée ou dans un GMF comptant plusieurs sites.

De leur côté, 60 % des infirmières sont très satisfaites de leur vie professionnelle au T2 ; plusieurs gestionnaires du réseau et des médecins ont d'ailleurs observé ce haut niveau de satisfaction. Au cours des entrevues, plusieurs infirmières se sont dites très heureuses au GMF, certaines employant des expressions telles que « le poste de mes rêves » ou « la plus belle partie de ma carrière ». Au-delà d'une meilleure qualité de vie découlant du fait d'avoir un horaire régulier de jour, elles donnent plusieurs explications à cela, que nous verrons plus loin. Par ailleurs, un peu plus de la moitié d'entre elles s'avèrent très satisfaites de leurs relations avec les médecins du GMF, une proportion qui a augmenté depuis leur arrivée au GMF (44 % au T0).

Le degré de satisfaction élevé n'empêche pas que certains éléments particuliers ont créé de l'inquiétude ou de la frustration ; mentionnons le stress engendré par un petit nombre d'inscriptions, surtout dans les établissements, et l'insécurité d'emploi des infirmières durant les premières années d'existence du GMF.

3.1.2 Ce qui motive les médecins et les infirmières

D'une manière générale, tant les médecins que les infirmières ont des points de vue similaires sur ce qui rend leur travail motivant et agréable au GMF : participer à un changement qui valorise leur rôle professionnel, offrir de meilleurs services à la population et faire partie d'une équipe.

La revalorisation des rôles professionnels

Au cours des entrevues, médecins et infirmières se sont dits heureux de participer à des changements qui redéfinissent leur rôle professionnel. Ainsi, ce médecin responsable pour qui le modèle GMF revalorise le rôle du médecin de famille en cabinet privé, une pratique ignorée des réformes précédentes : « Ça a changé ma vie. Me croyez-vous ? Je suis tellement heureux ! » Plusieurs médecins ont mentionné que leur pratique en GMF s'avère stimulante, qu'elle est un défi et une source de fierté. Ce sentiment peut être lié à l'acquisition de nouvelles compétences. Par exemple, un médecin dit cultiver ses habiletés administratives, interpersonnelles et informatiques en plus d'améliorer sa pratique médicale. « [T]u m'enlèverais ces outils-là puis mon degré d'investissement là-dedans serait différent... » Nombre d'entre eux disent se sentir « bien utilisés » grâce au soutien administratif et professionnel. De plus, la réorganisation des services de première ligne leur donne l'occasion de faire « débloquer des choses qui stagnaient depuis longtemps ». Deux médecins rencontrés en entrevue ont retardé leur départ à la retraite du fait de ces nouvelles conditions de pratique.

De leur côté, plusieurs infirmières estiment que le modèle GMF a permis une évolution de leur rôle, évolution qui n'est pas terminée. Une majorité d'entre elles apprécie la diversité des tâches, l'autonomie ainsi que le suivi des patients et elles constatent que leur rôle professionnel est devenu plus intéressant qu'à leur arrivée au GMF. Dans leur pratique, elles ne se sentent pas de simples exécutantes, elles ont de nombreux projets, elles rencontrent de nombreux patients ayant des besoins différents et ont de fréquentes occasions d'échanger et d'apprendre avec les médecins. Plusieurs sentent que leurs compétences professionnelles sont bien employées et reconnues. Une chargée de projet nous disait : « [J]e pense qu'elles aiment ce nouveau rôle-là. » Par contre, la charge de travail et la conception des nouveaux outils cliniques, souvent à même leur temps de loisir, ont engendré beaucoup de fatigue chez plusieurs infirmières.

Donner de meilleurs services

Le fait d'offrir de meilleurs services et de constater l'amélioration de l'état de santé des patients représente une grande source de satisfaction, tant pour les médecins que pour les infirmières. Ces dernières se sentent valorisées par l'atteinte des objectifs thérapeutiques, d'autant plus que les médecins leur font part de l'évolution positive de certains patients dont l'état de santé stagnait depuis des années. Avoir ainsi une incidence sur la qualité de vie des gens fait en sorte que l'on aime « se lever le matin pour aller travailler ».

Le développement des activités relatives à l'enseignement, particulières à la profession infirmière, et la relation privilégiée avec les patients qui en découle motivent également

plusieurs infirmières. Certaines estiment faire un travail très utile, par exemple en aidant des gens qui ont d'importants problèmes sur le plan social. « Les gens ne tombent pas dans le vide avec leurs questions et tout le stress de ce qui leur arrive. » Selon un médecin responsable, il est évident que les infirmières sont très appréciées des patients et que ces dernières en retirent une satisfaction personnelle. Il se souvient d'avoir dit : « J'ai hâte au jour où on va voir les patients me dire : "J'ai mon docteur puis mon infirmière". » À son avis, c'est maintenant chose faite dans son GMF.

Surtout un bon climat de travail

En entrevue, les médecins ont dit se sentir soutenus par les secrétaires, les infirmières et, dans certains cas, les pharmaciens dans toutes leurs activités, médicales et non médicales. Selon plusieurs, la collaboration avec les infirmières a pris de l'ampleur parce qu'elle engendre un sentiment de sécurité, non seulement chez eux mais aussi chez les patients. Elle leur permet en outre de gagner du temps et ainsi, par exemple, d'insérer des consultations imprévues entre deux rendez-vous. D'ailleurs, se sentir « moins écrasé par le temps » est une impression répandue parmi les médecins, même si les heures de travail n'ont pas diminué entre le T0 et le T2. « L'infirmière te permet d'alléger ta tâche en faisant cette prise en charge de façon conjointe avec elle. [...] ça rend mon travail professionnel plus gratifiant au bureau parce que moins lourd. » Les médecins ne sont plus seuls à assumer toutes les responsabilités cliniques liées à leurs patients, ce qui fait dire à un médecin responsable : « Tu vis de la solitude quand tu es un médecin en cabinet... Là, je ne suis plus tout seul à soigner mes patients. Je suis avec un groupe d'infirmières qui se sont avérées des alliées très puissantes. »

Des infirmières apprécient, de leur côté, la façon de collaborer des médecins : « Ce n'est pas : "Ah ! C'est ça, la petite infirmière, elle règlera ça, elle." Non, tu te sens vraiment importante, puis impliquée dans l'équipe. » Pour plusieurs, cela distingue les GMF des autres milieux : « Ici, c'est vraiment un travail d'équipe. » Certaines, par contre, préfèrent ne pas dire « trop fort [leurs] grosses frustrations » à propos, par exemple, de l'espace exigu qu'elles occupent de crainte de briser le lien avec l'équipe médicale. Néanmoins, nombre d'entre elles reçoivent des commentaires positifs des médecins et des secrétaires ; elles mentionnent le respect ainsi que la reconnaissance manifestés par les médecins et disent se sentir traitées comme des égales. « Ça me donne une bonne estime de moi. Tu sais, je me dis : "En tout cas, ce que je fais, c'est apprécié". » Une infirmière affirmait : « Ici, les médecins viennent nous demander des conseils. »

Un bon climat de travail importe à la fois aux médecins et aux infirmières : « On a du plaisir à travailler ensemble [...] tu ne peux pas mettre n'importe qui ensemble. » Plusieurs infirmières ont développé un sentiment d'appartenance au GMF et une familiarité avec leurs collègues, des résultantes qui montrent que leur intégration aux cliniques est réussie. L'amélioration du climat de travail découle pour les médecins de l'apport des infirmières, mais aussi de la sécurité que donne le fait de pouvoir compter sur des collègues. Selon certains, le GMF a apporté un cadre de pratique plus intéressant et plus chaleureux. « C'est plaisant venir travailler ici », disait un médecin et, pour un autre, la présence des infirmières « rend le travail plus agréable ».

3.2 Les effets sur l'accessibilité, la continuité et l'utilisation des services : l'expérience des patients des GMF

L'implantation des GMF vise en tout premier lieu à assurer l'accessibilité des services, la prise en charge globale et le suivi des patients. Des changements dans l'utilisation des services, en particulier une plus grande fidélité des patients et une baisse du recours à l'urgence pour des problèmes pouvant être résolus en clinique, sont aussi attendus. Relativement à ces objectifs qui les touchent directement, les patients des premiers GMF ont-ils perçu des améliorations ? Pour en savoir plus à ce sujet, nous avons effectué une enquête en deux temps auprès de patients dans 10 des 19 premiers GMF, soit en 2003 (T0) et en 2005 (T2) ; la méthodologie en est présentée à l'annexe 2. De plus, à l'automne 2005, des entrevues de groupe ont été menées dans quatre GMF. Les points de vue des patients, tels qu'ils sont apparus dans les réponses aux questionnaires et les propos recueillis, font l'objet de la présente section.

3.2.1 L'accessibilité : une amélioration surtout en dehors des heures d'ouverture et en cas d'urgence

L'accessibilité des services a été mesurée par rapport à diverses facettes : la commodité d'accès à la clinique, l'accès à un médecin – que ce soit le médecin de famille ou un autre médecin de la clinique – pendant les heures d'ouverture, la possibilité de communiquer avec une personne du GMF en dehors des heures d'ouverture et l'accès à un médecin du GMF en cas d'urgence (voir le tableau 9).

Les patients des GMF jugeaient, au départ, très favorablement la commodité d'accès à la clinique. En effet, au T0, 86,2 % des patients estimaient que les heures d'ouverture correspondaient à leurs besoins, 80,4 % avaient de la facilité à joindre la réception et 72,4 % se disaient très satisfaits de la façon dont ils y étaient accueillis. De ces trois indicateurs, seul le deuxième connaît une augmentation significative, et l'amélioration se remarque surtout pour les patients des sites privés et ceux qui ont 65 ans et plus.

L'accessibilité à un médecin pendant les heures d'ouverture n'a pas changé entre le T0 et le T2, sinon qu'elle a diminué à certains égards. Ainsi, 32,1 % des patients au T0 et 27,7 % d'entre eux au T2 estimaient très acceptable le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous avec leur médecin, la baisse est significative surtout chez les personnes en emploi (de 28 % à 20 %).

Pour ce qui est des autres indicateurs de l'accessibilité – soit le respect de l'heure du rendez-vous avec le médecin, le temps d'attente jugé acceptable ou très acceptable en cas de retard et la possibilité de communiquer avec son médecin de famille pendant les heures d'ouverture afin d'obtenir un conseil –, ils n'ont pas connu de changements significatifs. Malgré la stabilité observée pour l'ensemble de la population enquêtée, soulignons que certains sous-groupes ont vu des améliorations ; c'est notamment le cas des personnes âgées de 65 ans et plus, dont la proportion de celles qui ont de la facilité à obtenir un conseil de leur médecin pendant les heures d'ouverture est passée de 69 % à 80 %. Par contre, un peu plus de patients ont dit qu'il leur était impossible d'obtenir un

rendez-vous avec un autre médecin du GMF (9,4 % au T0, contre 16,7 % au T2³⁵). Cependant, cette dernière donnée reflète sans doute une référence plus systématique des patients inscrits à leur médecin de famille.

La facilité à obtenir un rendez-vous médical a peu changé dans les divers milieux, peu importe le niveau de satisfaction initial. Dans certains GMF, les patients réunis pour les discussions de groupe ont déploré le système de prise de rendez-vous en vigueur, soit une courte plage horaire réservée pour obtenir un rendez-vous médical au début de chaque mois. « Si tout le monde appelle au début d'octobre, il faut que tu te grouilles à appeler, sinon il n'y aura plus de place. Ça fait que [tu devras faire] ton chiffre [c'est-à-dire attendre sur place pendant une plage horaire sans rendez-vous]. » Plusieurs patients font preuve de débrouillardise. « Je ne quitte jamais mon médecin avant de lui dire : "Fixes-moi mon prochain rendez-vous." Il me dit : "Je vais te le donner tout de suite." Il regarde sur son ordinateur [...] et j'avise la secrétaire avant de partir. » Dans plusieurs cas, les infirmières peuvent intervenir pour faire avancer le rendez-vous ou répondre elles-mêmes aux besoins. Ce dernier aspect n'est pas pris en considération dans l'enquête, qui ne mesure que l'accès à un médecin. Or, les patients suivis pour une maladie chronique disent consulter moins souvent le médecin et appeler d'abord les infirmières pour un conseil, une urgence ou, encore, les résultats d'un test de laboratoire.

Par contre, l'accessibilité à des services en dehors des heures d'ouverture ou en cas d'urgence s'est grandement améliorée. Ainsi, relativement plus de patients ont un numéro de téléphone pour joindre quelqu'un du GMF lorsque les locaux sont fermés (30 % au T2, contre 20 % au T0), en excluant celui d'Info-Santé, et ils sont aussi plus nombreux à avoir la possibilité de consulter leur médecin de famille en cas d'urgence (58 % au T2, comparativement à 47 % au T0) ou celle de voir un autre médecin du GMF (87 % au T2, contre 77 % au T0). Sur ce dernier point, les sites publics se démarquent nettement des sites privés, avec 97 % de patients (T0 et T2) ayant la possibilité de voir un autre médecin du GMF en cas d'urgence, comparativement à 63 % au T0 et à 82 % au T2 dans les sites privés. Les patients des cliniques privées y ont tout de même vu un grand changement, lequel rapproche l'accessibilité aux services dans ces milieux de soins à celle qui prévaut dans les établissements.

Cette amélioration est confirmée par les propos entendus au cours des rencontres avec les groupes de discussion. Les patients qui y ont participé semblent avoir accès assez facilement à un médecin dans une situation urgente, particulièrement ceux ayant des problèmes chroniques les rendant plus vulnérables « Si j'appelle [mon médecin] et que je lui dis que mes glycémies sont à 24, laisse-moi te dire qu'il va me rappeler dix minutes après ! » De plus, nombre d'entre eux ont parlé d'accommodements pour les personnes inscrites – par exemple, en cas d'urgence, être vu par le médecin entre deux patients ayant des rendez-vous –, accommodements qui sont fort appréciés.

35. En excluant les personnes ayant répondu « ne jamais en avoir eu besoin » ou « je ne sais pas ».

TABLEAU 9
ACCESSIBILITÉ DES SERVICES SELON LE POINT DE VUE DES PATIENTS
DE 10 DES 19 PREMIERS GMF, 2003 (T0) ET 2005 (T2)

INDICATEURS DE L'ACCESSIBILITÉ	T0 n = 906	T2 n = 1 051	D ¹
<i>Commodité d'accès à la clinique</i>			
Convenance des heures d'ouverture	86,2	87,8	*
Facilité à communiquer avec la réception	80,4	86,0	+
Accueil du personnel à la réception : « très satisfait »	72,4	75,8	*
<i>Accès au médecin de famille ou à un autre médecin pendant les heures d'ouverture</i>			
Temps d'attente avant d'avoir un rendez-vous avec son médecin : « très acceptable »	32,1	27,7	-
Respect habituel de l'heure à laquelle est fixé le rendez-vous	73,8	72,3	*
Impossibilité d'obtenir un rendez-vous avec un autre médecin du GMF que le sien	9,4	16,7	+
Possibilité de communiquer avec son médecin pendant les heures d'ouverture afin d'avoir un conseil médical	70,2	74,1	*
<i>En dehors des heures d'ouverture ou en cas d'urgence²</i>			
Ayant un numéro de téléphone pour joindre quelqu'un du GMF lorsque celui-ci est fermé (excluant Info-Santé)	20,3	29,6	+
Possibilité de voir son médecin en cas d'urgence	46,9	57,7	+
Possibilité de voir un médecin du GMF en cas d'urgence	77,1	86,6	+
1. D : Différence entre T2 et T0 : * indique une différence statistiquement non significative, + indique une hausse significative, - indique une baisse significative. 2. Le calcul exclut les patients ayant indiqué « je ne sais pas » ou « je n'en ai jamais eu besoin ».			

Source : MSSS, Direction de l'évaluation, *Enquête auprès des patients des premiers GMF*.

3.2.2 Une amélioration de la qualité relationnelle et de la connaissance des patients

Avec l'implantation des GMF, on constate une plus grande fidélité des patients à leur médecin de famille et de meilleures relations avec les médecins ; ces derniers ont une meilleure connaissance de leurs patients (voir le tableau 10). Ces changements varient toutefois selon les milieux de soins. Pour les participants aux groupes de discussion, le médecin de famille – un médecin « qui te connaît » – semble revêtir une importance primordiale : « Il a mon dossier, il [suit] notre famille, [...] il connaît notre vécu. Alors,

c'est beaucoup plus facile [...] Nous n'avons pratiquement rien à dire, sauf notre malaise. » Lors de l'enquête auprès des patients, 89,5 % avaient leur médecin de famille au GMF au T0, la proportion atteint 93,9 % au T2. L'augmentation touche presque uniquement les milieux de soins publics, alors que les patients des cliniques privées fréquentent les lieux depuis longtemps et y ont plus souvent leur médecin de famille.

Un pourcentage significativement plus grand de patients se disent très satisfaits au T2 du temps que le médecin leur consacre (73,0 % au T0, contre 77,2 % au T2) et de la façon dont il leur explique leurs problèmes de santé et les traitements (74,2 % au T0, comparativement à 77,8 % au T2). De plus, la satisfaction au regard du suivi offert par le médecin augmente dans les cliniques privées. D'ailleurs, tous les indicateurs portant sur la qualité de la relation avec les médecins montrent des augmentations notables et significatives dans ces milieux, où les niveaux de satisfaction atteignent et parfois dépassent au T2 ceux qui ont été calculés pour les établissements au T0. Ces changements convergent avec les observations des participants aux groupes de discussion, selon lesquelles le médecin semble « moins fatigué, plus malléable à notre goût ». Toutefois, la satisfaction quant à l'attention et à la sympathie manifestées par le médecin n'a pas changé entre les deux temps de l'enquête, environ les trois quarts des patients se disant très satisfaits.

La qualité de la relation avec l'infirmière a peu changé entre le T0 et le T2, mais il faut préciser que peu de patients l'avaient consultée au T0 et sinon pour des activités ou des soins ponctuels. Entre 70 % et 75 % des patients (T0 et T2) se sont dits très satisfaits de la façon dont l'infirmière leur explique les problèmes de santé et les traitements, et entre 75 % et 80 % se montraient très satisfaits de l'attention et de la sympathie qu'elle leur manifeste. La satisfaction est plus élevée, au T2, dans les sites privés et pour les patients suivis pour des problèmes de santé chronique, lesquels apprécient grandement ses compétences professionnelles et relationnelles.

TABLEAU 10
CONTINUITÉ RELATIONNELLE ET DE LA COORDINATION DES SERVICES, SELON
LE POINT DE VUE DES PATIENTS DE 10 DES 19 PREMIERS GMF, 2003 (T0) ET 2005 (T2)

INDICATEURS DE LA CONTINUITÉ	T0 n = 906 (%)	T2 n = 1 051 (%)	D ¹
<i>Fidélité à la clinique et à un médecin de famille</i>			
Fréquente la clinique depuis :			
- 2 ans ou moins	22,0	21,2	*
- plus de 2 ans à 5 ans	16,9	17,0	*
- plus de 5 ans	61,2	61,7	*
A un médecin de famille au GMF	89,5	93,9	+
A le même médecin de famille depuis :			
- 2 ans ou moins	28,4	31,3	*
- plus de 2 ans à 5 ans	20,2	21,6	*
- plus de 5 ans	51,4	47,1	*
<i>Qualité de la relation avec le médecin</i>			
Se dit « très satisfait » :			
- du temps qu'il lui consacre	73,0	77,2	+
- de la façon dont il lui explique les problèmes de santé	74,2	77,8	+
- de l'attention et de la sympathie qu'il lui manifeste	73,6	73,9	*
- du suivi médical	70,9	71,2	*
<i>Qualité de la relation avec l'infirmière</i>			
Se dit « très satisfait » :			
- de la façon dont elle explique les problèmes de santé	72,0	73,2	*
- de l'attention et de la sympathie qu'elle lui manifeste	78,9	74,5	*
<i>Connaissance du patient</i>			
Estime que son médecin connaît « très bien » :			
- les médicaments qu'il consomme	75,0	78,4	*
- son histoire médicale	62,6	66,7	*
- les spécialistes qu'il a consultés	60,4	65,6	+
- son mode de vie ou son histoire familiale	42,9	53,1	+
<i>Suivi de la consultation auprès d'un médecin spécialiste</i>			
A été référé à un spécialiste par son médecin	64,7	58,5	-
A discuté avec son médecin de sa consultation auprès du spécialiste	75,7	81,1	+
1. D Différence entre T2 et T0 : * indique une différence statistiquement non significative, + indique une hausse significative, - indique une baisse significative.			

Source : MSSS, Direction de l'évaluation, *Enquête auprès des patients des premiers GMF*.

La continuité relationnelle est également fonction de la connaissance qu'a le médecin de ses patients. Au T2, le médecin est « très bien au courant » des médicaments qu'ils consomment pour 78,4 % des patients des GMF, de leur histoire médicale pour 66,7 % d'entre eux, des spécialistes qu'ils ont consultés pour 65,6 % et, enfin, de leur mode de vie ou de leur histoire familiale pour 53,1 %. Ce dernier aspect a connu une nette amélioration dans tous les milieux (10,1 points d'augmentation par rapport au T0), mais est plus important encore dans les sites privés et pour les personnes âgées de 65 ans et plus.

Parmi les patients ayant consulté un spécialiste au cours de l'année, 81,1 % affirment avoir parlé de cette visite avec leur médecin de famille, un pourcentage plus élevé qu'au T0 (75,7 %). Dans le questionnaire, aucun item ne portait sur la coordination entre les médecins et les infirmières au sein des GMF, mais les participants aux groupes de discussion ont été presque unanimes à dire que médecins et infirmières « se parlent ». Une participante disait : « Je suis convaincue d'avoir un meilleur suivi depuis que je fais partie de ces groupes-là. » Les patients apprécient tout particulièrement le partage des informations notées à leur dossier entre tous les professionnels du GMF.

3.2.3 Une utilisation des services qui reste similaire

À l'exclusion de la consultation des infirmières, l'utilisation des services au GMF ou à l'extérieur du GMF reste la même (voir le tableau 11). Les infirmières étaient à peine entrées en fonction au moment de la première collecte de données, de sorte que peu de patients en avaient consulté une ; 37,3 % des patients l'avaient fait deux ans plus tard et la moitié d'entre eux, au moins trois fois durant l'année. On ne note aucun changement significatif dans les pourcentages établis pour les patients qui ont consulté un médecin de la clinique au moins trois fois durant l'année (les deux tiers), qui ont consulté au moins un médecin spécialiste (environ la moitié), qui ont eu recours à l'urgence sans avoir préalablement consulté un médecin ou une infirmière du GMF (environ 45 %) ou qui ont téléphoné à Info-Santé (environ 30 %).

À la section suivante, l'utilisation des services médicaux par les patients des GMF est mise en parallèle avec celle des patients de cliniques comparables non GMF, avant et après l'accréditation, pour en connaître l'évolution.

TABLEAU 11
UTILISATION DES SERVICES PAR LES PATIENTS DE 10 DES 19 PREMIERS GMF,
2003 (T0) ET 2005 (T2)

INDICATEUR DE L'UTILISATION DES SERVICES (au cours de l'année précédant l'enquête)	T0 <i>n</i> = 906 (%)	T2 <i>n</i> = 1 051 (%)	D ¹
<i>Services en GMF</i>			
A consulté un médecin du GMF 3 fois ou plus	64,6	64,2	*
A consulté une infirmière du GMF	19,5	37,3	+
<i>Services hors GMF</i>			
A consulté un médecin spécialiste	48,2	50,6	*
S'est présenté à l'urgence sans avoir préalablement consulté un médecin ou une infirmière du GMF	46,1	45,9	*
A eu recours à Info-Santé	29,3	31,6	*
1. D : Différence entre T2 et T0 : * indique une différence statistiquement non significative, + indique une hausse significative, - indique une baisse significative.			

Source : MSSS, Direction de l'évaluation, *Enquête auprès des patients des premiers GMF*.

3.3 Une comparaison entre les GMF et des cliniques non GMF à partir des données administratives

Au cours de cette partie, l'évolution des GMF est comparée à celle de cliniques qui ne sont pas GMF pour ce qui est des médecins qui y travaillent, du nombre des patients, de leur fidélité ainsi que l'utilisation qu'ils font des services médicaux – de première ligne, spécialisés et d'urgence. Cette analyse apporte un éclairage additionnel en isolant les effets spécifiques de l'implantation des GMF parmi l'ensemble des facteurs qui peuvent influencer l'utilisation et la dispensation des services. Un grand soin a été apporté à l'appariement des sites des GMF avec des cliniques non GMF, de manière à ce que les caractéristiques organisationnelles et celles des patients se rapprochent le plus possible (voir l'annexe 2 pour les détails de la méthode). Les cliniques non GMF sont appelées *cliniques comparables* (CC).

Les données se rapportent à la période allant du 1^{er} juillet 2001 au 30 juin 2006 et proviennent des fichiers des services médicaux que produit la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Seul le paiement à l'acte permet d'identifier les patients, ce qui a pour conséquence que l'analyse ne porte ici que sur les cliniques et les cabinets privés, contrairement aux sections précédentes. De plus, 21 GMF ont été étudiés, soit plus de cliniques que dans les sections précédentes.

3.3.1 Les médecins des GMF et des cliniques comparables

Au moment de l'accréditation des premiers GMF, en 2002-2003, 195 médecins étaient membres des GMF sur lesquels porte la présente partie de ce rapport et, on en comptait autant dans les cliniques comparables (CC), (voir le tableau 12). Le nombre de médecins exprimé en équivalents temps plein (ETP) était cependant plus élevé dans les GMF, les heures passées sur les lieux y étant plus nombreuses que dans les CC. Ainsi, 20 % des médecins des GMF pratiquaient à la clinique à mi-temps³⁶, contre 28 % de ceux des CC. Ces pourcentages changent au cours de la période, mais l'écart reste notable, sauf en 2005-2006.

Les cliniques comparables comptaient sur un contingent plus important de femmes médecins en 2001-2002 (42 %, contre 35 % dans les GMF). Cependant, le recrutement dans les GMF y a haussé la représentation féminine, de sorte qu'en 2005-2006, la proportion des femmes médecins (42 %) se rapproche de celle des CC (46 %). L'âge moyen des médecins est semblable dans les deux groupes (44 ans en 2001-2002), mais on remarque un pourcentage plus élevé de médecins de 50 ans et plus dans les CC en 2001-2002. La situation a changé au fil du temps et, en 2005-2006, 4 médecins sur 10 de tous les médecins, des GMF et des CC, avaient 50 ans et plus.

TABLEAU 12
CARACTÉRISTIQUES DES MÉDECINS DES GMF ET DES CLINIQUES COMPARABLES

	01-02	02-03	03-04	04-05	05-06
GMF					
Nombre de médecins	188	195	205	205	221
Nombre d'ETP	141,5	147,0	152,6	155,9	160,4
% à mi-temps	20 %	21 %	22 %	21 %	26 %
% des femmes	35 %	36 %	37 %	37 %	42 %
% des 50 ans et plus	22 %	25 %	28 %	35 %	39 %
Cliniques comparables					
Nombre de médecins	185	195	192	191	184
Nombre d'ETP	136,3	138,2	128,2	128,6	128,8
% à mi-temps	28 %	31 %	36 %	36 %	29 %
% des femmes	42 %	44 %	44 %	45 %	46 %
% des 50 ans et plus	26 %	30 %	33 %	36 %	38 %
% désignés comme médecins de famille pour des patients vulnérables	—	74 %	84 %	87 %	89 %

Source : MSSS, à partir des données de la RAMQ.

36. Soit moins de 0,5 ETP.

Les groupes formés dans les GMF et dans les CC s'avèrent stables puisqu'environ 90 % des médecins présents en 2002 y étaient encore quatre ans plus tard. Par contre, les GMF ont recruté de nouveaux médecins, et ce, quelques années après leur formation. Ainsi, les GMF étudiés comptaient, en 2005-2006, 33 médecins de plus qu'avant leur accréditation, tandis que les cliniques comparables n'ont pas réussi à combler les départs. Ces données confirment le point de vue de plusieurs médecins rencontrés en entrevue, selon qui le modèle GMF facilite le recrutement et le maintien en poste des médecins.

3.3.2 Le nombre de patients dans les GMF et dans les cliniques comparables

Le nombre de patients fait référence à toutes les personnes qui ont obtenu au moins un service de la part d'un omnipraticien pratiquant dans l'un des GMF ou l'une des cliniques comparables au cours d'une période de douze mois, soit entre le 1^{er} juillet d'une année et le 30 juin de l'année suivante, sans égard au type de lien existant entre patients et médecins. Elle ne prend pas en compte l'ensemble des patients fréquentant la clinique car tous ne consultent pas nécessairement chaque année.

Les GMF accueillent des proportions légèrement inférieures d'enfants de moins de 14 ans et de femmes que les CC (voir le tableau 13). Parallèlement, les patients des GMF sont plus âgés que ceux des CC. Ainsi, en 2005-2006, les personnes de 70 ans et plus sont un peu plus nombreuses dans les premiers que dans les secondes (12,4 %, contre 10,4 %) mais, si l'on regroupe tous les patients de 50 ans et plus, l'écart augmente (41 % et 37 % respectivement). À cause de ces différences, les données sur l'utilisation des services ont été standardisées selon l'âge et le sexe.

TABLEAU 13
CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS DES GMF ET DES CLINIQUES COMPARABLES

	01-02	02-03	03-04	04-05	05-06
GMF					
Nombre total de patients	252 692	255 627	263 249	267 720	266 282
Moyenne par ETP	1 786	1 739	1 725	1 717	1 660
% des moins de 14 ans	15,5 %	14,9 %	13,9 %	13,7 %	13,3 %
% des 70 ans et +	11,3 %	11,6 %	12,0 %	12,2 %	12,4 %
% des femmes	56,0 %	56,1 %	56,0 %	56,0 %	56,1 %
Cliniques comparables					
Nombre total de patients	258 633	260 242	247 974	242 887	240 381
Moyenne par ETP	1 898	1 883	1 934	1 889	1 866
% des moins de 14 ans	16,6 %	16,3 %	14,8 %	14,5 %	14,4 %
% des 70 ans et +	8,8 %	9,1 %	9,7 %	10,2 %	10,4 %
% des femmes	57,4 %	57,3 %	57,4 %	57,5 %	57,8 %

Source : MSSS, à partir des fichiers de la RAMQ sur les services médicaux.

Dans les GMF, l'augmentation du nombre de patients est liée directement à celle des ressources médicales. En effet, calculé par médecin ETP, le nombre de patients vus en consultation y diminue : 1 786 patients différents en 2001-2002 et 1 660 en 2005-2006. Dans les CC, par contre, la taille de la clientèle demeure relativement stable. Pour interpréter ces données, il faut tenir compte de plusieurs phénomènes : la proportion des patients fréquentant régulièrement la clinique et celle des services fournis à la clinique, l'arrivée de nouveaux médecins, l'état de santé des patients. Nous traiterons plus loin des deux premiers éléments.

Parmi l'ensemble des personnes qui ont reçu un service médical en cours d'année, on peut identifier des patients « réguliers » en reliant chaque individu à un médecin « habituel », soit celui qui a fourni la plus grande proportion des services médicaux en omnipratique. La lecture du tableau 14 nous permet de constater qu'en 2001-2002, soit même avant l'accréditation, le nombre de patients réguliers était proportionnellement plus important dans les GMF que dans les CC (83 %, contre 73 %). La différence a augmenté depuis l'accréditation des GMF puisqu'en 2005-2006, les proportions atteignent 88 % dans les GMF et 76 % dans les CC. Quant au nombre total de patients réguliers par ETP, il s'avère généralement plus élevé dans les GMF que dans les CC, sauf en 2005-2006 où les données se rapprochent. La baisse constatée dans les GMF pour cette dernière année est liée à l'arrivée de nouveaux médecins, que les patients n'ont pas tous suivis. Malgré les écarts entre les GMF et les CC, la clientèle régulière demeure largement prépondérante dans toutes les cliniques et sa proportion augmente. Cette tendance est la même pour les deux sexes et tous les groupes d'âge. Elle traduit une consultation plus assidue des mêmes professionnels de la santé qui, par ricochet, peuvent assurer plus facilement le suivi de leurs patients.

TABLEAU 14
NOMBRE TOTAL DE PATIENTS RÉGULIERS ET NOMBRE DE CES PATIENTS PAR ETP
DANS LES GMF ET LES CLINIQUES COMPARABLES

	01-02	02-03	03-04	04-05	05-06
GMF					
Nombre de patients réguliers	208 475	214 866	226 709	231 582	233 750
% de l'ensemble des patients	83 %	84 %	86 %	87 %	88 %
Nombre par ETP	1 473	1 462	1 486	1 485	1 457
Cliniques comparables					
Nombre de patients réguliers	189 054	192 851	184 072	182 469	183 355
% de l'ensemble des patients	73 %	74 %	74 %	75 %	76 %
Nombre par ETP	1 387	1 395	1 436	1 419	1 424

Source : MSSS, à partir des fichiers de la RAMQ sur les services médicaux.

Plusieurs études ont montré que la prise en charge adéquate de certains problèmes chroniques en première ligne peut prévenir l'aggravation de ceux-ci et ainsi éviter des hospitalisations et des visites à l'urgence. Ce constat vaut autant pour des problèmes

physiques tels que l'asthme, le diabète et l'hypertension³⁷ que pour certains problèmes psychosociaux ou de santé mentale. Ils sont appelés *conditions sensibles aux soins de première ligne* ; dans la présente étude, nous avons employé la liste définie en 2004 par un consensus canadien³⁸. Ainsi, nos données regroupent les personnes ayant un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie (en 2005-2006, 2 % de celles qui présentent au moins une condition sensible), d'asthme (10 % dans les GMF et 13 % dans les CC), de dépression (32 % dans les GMF et 34 % dans les CC), de diabète (17 % dans les GMF et 15 % dans les CC) et d'hypertension (39 % dans les GMF et 36 % dans les CC).

TABLEAU 15
PATIENTS PRÉSENTANT AU MOINS UNE CONDITION SENSIBLE
AUX SOINS DE PREMIÈRE LIGNE DANS LES GMF ET LES CLINIQUES COMPARABLES

	01-02	02-03	03-04	04-05	05-06
GMF					
Nombre	74 599	76 855	80 687	80 392	80 997
Nombre par ETP	531	527	533	519	508
% de l'ensemble des patients	29,5 %	30,1 %	30,7 %	30,0 %	30,4 %
Cliniques comparables					
Nombre	78 307	79 600	77 436	75 193	74 144
Nombre par ETP	575	583	611	591	580
% de l'ensemble des patients	30,3 %	30,6 %	31,2 %	31,0 %	30,8 %

Source : MSSS, à partir des fichiers de la RAMQ sur les services médicaux.

Près de 90 % des personnes présentant des conditions sensibles aux soins de première ligne n'ont qu'un seul des problèmes de santé ainsi désignés, mais pour environ le quart de celles souffrant d'alcoolisme ou de toxicomanie et de diabète, les médecins ont identifié plusieurs de ces diagnostics. Comme on peut le voir dans le tableau 15, environ 30 % des patients souffrent de l'une ou l'autre de ces conditions et les proportions sont semblables dans les GMF et les CC. La population présentant des conditions sensibles diffère de celle qui est considérée comme vulnérable aux fins de la rémunération à titre de médecin de famille accordée à tous les omnipraticiens. En 2005-2006, on observait une proportion légèrement plus élevée de personnes vulnérables dans les GMF que dans les CC (16,7 %, comparativement à 13,7 %).

37. J. CAMINAL *et al.*, « The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions », *European Journal of Public Health*, vol. 14, n° 3, septembre 2004, p. 246-251.

38. QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Rapport du Québec sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 102 p.

3.3.3 La fidélité au médecin de famille et à la clinique

L'un des effets attendus de l'implantation des GMF est une fidélité plus grande des patients à leur médecin de famille et à la clinique où il pratique. Cette fidélité a été mesurée à l'aide de l'Usual Provider of Continuity³⁹ (UPC), qui donne ici le pourcentage des visites en omnipratique effectuées à leur médecin et à leur clinique habituels. Les résultats obtenus ont ensuite été classés par niveaux, la « fidélité élevée » correspondant à 80 % ou plus des visites.

Cette mesure n'est valable que pour les patients ayant consulté un omnipraticien au moins trois fois durant l'année ; elle cible donc en particulier les grands utilisateurs de services médicaux de première ligne. Comme le montre le tableau 16, la grande majorité des patients ont leur médecin habituel au GMF ou à la CC et cette tendance s'est accentuée dans tous les milieux depuis 2001-2002. Dans les GMF, seulement 1 personne sur 10 n'y a pas son médecin habituel en 2005-2006, soit environ deux fois moins que la proportion établie pour les cliniques comparables.

TABLEAU 16
FIDÉLITÉ AU MÉDECIN OU À LA CLINIQUE HABITUELS DES PATIENTS AYANT CONSULTÉ
AU MOINS TROIS FOIS UN OMNIPRATICIEN DURANT L'ANNÉE

	01-02	02-03	03-04	04-05	05-06
Patients n'ayant pas leur médecin habituel au GMF ou à la CC					
GMF	15,5 %	13,9 %	13,1 %	12,4 %	11,3 %
Clinique comparable	22,8 %	21,5 %	21,3 %	20,3 %	19,2 %
Patients ayant leur médecin habituel au GMF ou à la CC					
<i>Fidélité élevée au médecin habituel</i>					
GMF	42,0 %	43,4 %	43,1 %	43,3 %	43,1 %
Clinique comparable	41,9 %	42,5 %	43,8 %	45,8 %	48,2 %
<i>Fidélité élevée à la clinique habituelle</i>					
GMF	75,2 %	77,9 %	79,1 %	79,7 %	80,0 %
Clinique comparable	66,2 %	68,4 %	68,6 %	69,3 %	70,1 %

Source : MSSS, à partir des fichiers de la RAMQ sur les services médicaux.

Depuis l'accréditation des GMF, la fidélité au médecin a peu changé dans ceux-ci, contrairement à ce qui s'est passé dans les CC. La fidélité à la clinique a quant à elle augmenté dans les GMF, de sorte qu'en 2005-2006, 80 % des patients consultent un omnipraticien presque exclusivement dans les GMF. En outre, le pourcentage des patients dont la fidélité à la clinique est élevée a augmenté plus vite dans les GMF que dans les CC (4,8 points de pourcentage, contre 3,7) depuis 2001-2002. Étant donné que

39. N. BRESLAU et K.G. REEB, « Continuity of care in a university-based practice », *Journal of Medical Education*, vol. 50, n° 10, octobre 1975, p. 965 969.

près de 90 % des patients y ont leur médecin habituel, on peut conclure que les patients des GMF y recevaient la quasi-totalité de leurs services médicaux de première ligne en 2005-2006. Ajoutons que la fidélité des patients s'avère élevée et qu'elle croît, quel que soit le type d'organisation.

La fidélité des patients à l'égard de la clinique implique une plus grande prise en charge commune des patients par l'ensemble des médecins d'un GMF, ce qui confirme les observations sur la pratique de groupe. Selon nos données, plus de consultations sont assumées par des collègues du médecin habituel dans les GMF que dans les CC. En effet, elles représentaient 20,4 % des visites des patients pris en considération pour le calcul de l'UPC dans les GMF en 2005-2006, un pourcentage en hausse depuis 2001-2002 (16,9 %). Dans les CC, 12,6 % des visites des patients étaient faites auprès d'un autre médecin de la clinique et le pourcentage a diminué depuis 2001-2002 puisque la proportion se situait alors à 14,4 %. Cette plus grande prise en charge commune dans les GMF a probablement un lien avec les plages de consultation sans rendez-vous et le plus grand nombre d'heures d'ouverture car, selon les patients interrogés au cours de l'enquête, il était plus difficile d'obtenir un rendez-vous avec un autre médecin que le médecin de famille dans les GMF.

3.3.4 L'utilisation des services

Les visites chez les omnipraticiens

La baisse du nombre de visites dans les cabinets privés des omnipraticiens était un résultat attendu car les infirmières y suivent les patients qui souffrent de certaines maladies chroniques. Avant l'accréditation, le nombre de ces visites⁴⁰ dans les GMF était légèrement moindre que dans des CC : on en comptait en moyenne 4,10 dans ceux-là et 4,29 dans celles-ci en 2001-2002. Comme nous nous y attendions, la diminution a été plus importante dans les GMF depuis l'année de l'accréditation, tant pour l'ensemble des patients que pour ceux qui présentent l'une ou l'autre des conditions sensibles aux soins de première ligne (voir le tableau 17). Ainsi, le nombre de visites dans les cabinets privés a diminué de 9,7 % pour l'ensemble des patients des GMF et de 12,0 % pour ceux qui présentent au moins une condition sensible ; les proportions sont respectivement de 6,8 % et de 8,7 % dans les CC.

40. Une visite est comptabilisée dès qu'un service médical payé à l'acte est facturé une journée donnée et elle regroupe toutes les rencontres médecin-patient de cette journée.

TABLEAU 17
NOMBRE MOYEN DE VISITES DANS LES CABINETS PRIVÉS DES OMNIPRATICIENS
(DONNÉES STANDARDISÉES SELON L'ÂGE ET LE SEXE)

	01-02	02-03	03-04	04-05	05-06
Ensemble des patients					
GMF					
Nombre	4,10	4,00	3,89	3,73	3,61
2002-2003 = 100	102,4	100,0	97,3	93,3	90,3
Cliniques comparables					
Nombre	4,29	4,13	4,10	3,98	3,85
2002-2003 = 100	103,7	100,0	99,1	96,4	93,2
Patients présentant au moins une condition sensible aux soins de 1^{re} ligne					
GMF					
Nombre	5,75	5,56	5,38	5,11	4,89
2002-2003 = 100	103,5	100,0	96,8	92,0	88,0
Cliniques comparables					
Nombre	5,73	5,47	5,37	5,19	5,00
2002-2003 = 100	104,7	100,0	98,2	94,9	91,3

Source : MSSS, à partir des fichiers de la RAMQ sur les services médicaux.

La diminution du nombre de visites s'observe dans tous les milieux de pratique, qu'il s'agisse de GMF ou de cliniques privées non GMF. Rappelons ici que les patients pris en considération ont consulté au moins une fois durant l'année. Si l'on avait suivi une cohorte pendant un certain nombre d'années, les données auraient peut-être indiqué une autre tendance car plusieurs patients ne consultent leur médecin que tous les deux ou trois ans.

Les visites chez les médecins spécialistes

L'effet de l'implantation des GMF sur le recours aux médecins spécialistes est difficilement prévisible. D'une part, les omnipraticiens des GMF peuvent fournir certains soins et assurer des suivis aussi offerts par des spécialistes, auquel cas on assisterait à une diminution des visites chez les spécialistes. D'autre part, un dépistage plus systématique peut faire augmenter le nombre de patients référés à des spécialistes, comme certaines études le laissent entendre⁴¹.

41. B. SIBBALD, M. LAURANT et A. SCOTT, « Changing task profiles », dans R.B. Saltman, A. Rico et W. Boerma (sous la dir. de), *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in European Primary Care*, chapitre 8, Maidenhead (Royaume-Uni), Open University Press, 2006, p. 149-164.

TABLEAU 18
POURCENTAGE DES PATIENTS AYANT VU AU MOINS UNE FOIS UN MÉDECIN SPÉCIALISTE
ET NOMBRE MOYEN DE VISITES DE CES PATIENTS
(DONNÉES STANDARDISÉES SELON L'ÂGE ET LE SEXE)

	01-02	02-03	03-04	04-05	05-06
Ensemble des patients					
GMF					
% ayant au moins une visite	65,6 %	65,0 %	65,1 %	64,6 %	64,3 %
Nombre moyen de visites	5,24	5,11	5,07	4,98	4,90
2002-2003 = 100	102,5	100,0	99,1	97,5	95,9
Cliniques comparables					
% ayant au moins une visite	68,5 %	67,6 %	67,6 %	67,2 %	66,5 %
Nombre moyen de visites	5,28	5,21	5,14	5,09	4,97
2002-2003 = 100	101,3	100,0	98,6	97,7	95,4
Patients présentant au moins une condition sensible aux soins de 1^{re} ligne					
GMF					
% ayant au moins une visite	76,3 %	75,7 %	75,6 %	75,0 %	74,7 %
Nombre moyen de visites	7,41	7,22	7,15	7,00	6,81
2002-2003 = 100	102,6	100,0	99,0	97,0	94,4
Cliniques comparables					
% ayant au moins une visite	79,6 %	78,4 %	78,5 %	78,2 %	77,7 %
Nombre moyen de visites	7,37	7,28	7,16	7,10	6,88
2002-2003 = 100	101,3	100,0	98,4	97,5	94,6

Source : MSSS, à partir des fichiers de la RAMQ sur les services médicaux.

Un peu moins de patients des GMF ont consulté un ou plusieurs spécialistes en 2005-2006 par comparaison à ceux des CC, qu'il s'agisse de l'ensemble des patients ou du groupe qui présente au moins une condition sensible aux soins de première ligne. Dans tous les milieux, la proportion des patients qui consultent des spécialistes et le nombre de visites effectuées décroissent d'année en année.

L'utilisation des urgences hospitalières

Les meilleurs suivis des maladies chroniques instaurés dans les GMF préviennent la détérioration de l'état de santé des personnes atteintes, ce qui, éventuellement, devrait éviter à celles-ci de se rendre à l'urgence d'un hôpital. De plus, le grand nombre d'heures d'ouverture et la possibilité de consulter une infirmière dans les GMF facilitent la réponse à des problèmes ponctuels urgents. Pour toutes ces raisons, l'on a fait l'hypothèse qu'à moyen et à long terme, l'implantation des GMF réduirait les recours à l'urgence.

Nous présentons les proportions des patients ayant consulté à l'urgence d'un centre hospitalier de soins de courte durée ainsi que le nombre de visites qu'ils y ont fait. Les mêmes données seront examinées pour les consultations à l'urgence ayant pour motif une condition sensible aux soins de première ligne. Le fait que le paiement à l'acte représentait 96,3 % de la rémunération pour les services d'urgence en 2006 assure l'exhaustivité des données.

TABLEAU 19
POURCENTAGE DES PATIENTS S'ÉTANT RENDUS AU MOINS
UNE FOIS À L'URGENCE D'UN HÔPITAL
(DONNÉES STANDARDISÉES SELON L'ÂGE ET LE SEXE)

	01-02	02-03	03-04	04-05	05-06
Ensemble des patients, tous motifs de consultation confondus					
GMF	29,9	29,4	29,4	29,4	29,6
Cliniques comparables	27,7	27,0	27,0	26,9	26,9
Patients présentant au moins une condition sensible aux soins de 1^{re} ligne, tous motifs de consultation confondus					
GMF	35,7	34,9	35,0	34,6	34,4
Cliniques comparables	34,2	33,8	33,5	33,3	33,1
Patients présentant au moins une condition sensible aux soins de 1^{re} ligne, motif lié à l'une de ces conditions sensibles					
GMF	7,7	7,4	7,4	7,0	6,9
Cliniques comparables	7,4	7,4	7,2	7,0	6,8

Source : MSSS, à partir des fichiers de la RAMQ sur les services médicaux.

Le tableau 19 montre que légèrement plus de patients des GMF, comparativement à ceux des CC, ont consulté un médecin dans une salle d'urgence hospitalière en 2001-2002 (29,9 %, contre 27,7 %). Entre 2002-2003 et 2005-2006, les taux restent relativement stables, tant dans les GMF que dans les CC ; il en va de même pour les nombres moyens de visites à l'urgence (voir le tableau 20). Par ailleurs, dans tous les milieux de pratique, on constate depuis 2001-2002 une légère diminution de la proportion des patients présentant au moins une condition sensible aux soins de première ligne qui consultent à l'urgence ; la diminution est d'environ 0,5 point de pourcentage depuis 2002-2003. Dans les GMF et les CC, la proportion de ces patients qui ont consulté un médecin à l'urgence en cours d'année est similaire, soit environ 35 % en 2002-2003 pour l'ensemble des motifs de consultation et 7,4 % pour des consultations liées à des conditions sensibles aux soins de première ligne.

TABLEAU 20
NOMBRE MOYEN DE VISITES À L'URGENCE DES PATIENTS
S'Y ÉTANT RENDUS AU MOINS UNE FOIS
(DONNÉES STANDARDISÉES SELON L'ÂGE ET LE SEXE)

	01-02	02-03	03-04	04-05	05-06
Ensemble des patients, tous motifs de consultation confondus					
GMF	2,34	2,34	2,34	2,33	2,31
Cliniques comparables	2,36	2,37	2,35	2,36	2,35
Patients présentant au moins une condition sensible aux soins de 1^{re} ligne, tous motifs de consultation confondus					
GMF	2,90	2,88	2,91	2,89	2,91
Cliniques comparables	2,92	2,92	2,88	2,92	2,93
Patients présentant au moins une condition sensible aux soins de 1^{re} ligne, motif lié à l'une de ces conditions					
GMF	1,53	1,55	1,59	1,55	1,62
Cliniques comparables	1,60	1,60	1,60	1,59	1,60

Source : MSSS, à partir des fichiers de la RAMQ sur les services médicaux.

À l'exception de la baisse constatée pour les patients présentant au moins une condition sensible aux soins de première ligne, l'utilisation des salles d'urgence par la clientèle des GMF a peu changé. Nous en discuterons en détail dans la prochaine section, mais mentionnons tout de même que ces résultats vont à l'encontre des conclusions d'autres études citées plus loin et des points de vue exprimés en entrevue par les médecins ou les infirmières.

3.4 Discussion

Au moment de discuter les effets des GMF, il faut se rappeler que tous les éléments du modèle n'ont pas encore été totalement implantés, notamment l'informatisation et la formalisation des activités cliniques assurées conjointement par les médecins et les infirmières. En ce sens, l'organisation « GMF » n'est pas encore parvenue à maturité et l'était sans doute moins lorsque les dernières entrevues ont été menées et les derniers questionnaires, remplis – soit deux à trois ans après l'accréditation. Malgré tout, des effets ont été mesurés et expérimentés par nos interlocuteurs, le premier d'entre eux ayant trait à la qualité de vie au travail.

L'instauration d'un bon climat de travail d'équipe

Les différentes données recueillies montrent la satisfaction très élevée des médecins quant à leurs relations avec leurs collègues et avec les infirmières tandis que, du côté des infirmières, la satisfaction la plus grande a trait à la vie professionnelle. La satisfaction des infirmières a été observée par des acteurs des CSSS et des agences.

La hausse de la satisfaction a été plus importante chez les médecins pratiquant en clinique privée, signe que les changements les plus grands ont été vécus dans ces milieux. Certains médecins nous ont même dit avoir retardé leur départ à la retraite. Au cours des entrevues, plusieurs médecins et infirmières ont mis en exergue la valorisation de leur rôle professionnel dans les GMF, le bon climat de travail et leur sentiment d'appartenance à l'organisation.

La qualité de vie au travail et le sentiment d'appartenance, loin d'être anodins, comptent parmi les principaux résultats que l'on peut attendre de toute réforme des soins de santé. En effet, à une époque où le stress affecte durement plusieurs professions de la santé, une plus grande satisfaction au travail réduit l'absentéisme, favorise le maintien en emploi et facilite le recrutement⁴². Ainsi, à partir de l'exemple d'hôpitaux américains qualifiés de *magnétiques*, Brunelle⁴³ établit huit conditions essentielles au recrutement et au maintien du personnel. On en retrouve plusieurs, à des degrés variables, dans les GMF : autonomie professionnelle des infirmières, soutien administratif, bonne collaboration entre médecins et infirmières, relations positives avec les pairs, valorisation professionnelle et leadership infirmier.

L'instauration progressive d'une équipe représente un acquis, car, comme l'ont montré Khan et ses collaborateurs⁴⁴, les groupes doivent réellement travailler en équipe pour obtenir les résultats escomptés sur les services. Parmi les résultats mesurés par les chercheurs, mentionnons que le climat de travail constitue un bon prédicteur de la qualité des services, de la satisfaction des patients et de l'amélioration de leur santé. Grumbach et Bordenheimer⁴⁵ en font état, mais l'étude la plus convaincante à ce sujet demeure celle de Campbell et de ses collaborateurs⁴⁶. Après avoir testé différents indicateurs (gestion des maladies chroniques, soins préventifs, accès, continuité et globalité des soins), ces chercheurs en sont arrivés à la conclusion que seul le climat de travail d'équipe pouvait être associé aux différents aspects de la qualité des services.

L'accessibilité, la continuité et l'utilisation des services : l'expérience des patients des GMF deux ans après l'accréditation

Les patients ont constaté des améliorations au regard de plusieurs dimensions de l'accessibilité et de la continuité des services seulement deux ans après l'accréditation des GMF. Au T2, ils sont ainsi plus nombreux qu'au T0 à avoir de la facilité à communiquer avec la clinique ; à juger meilleure l'accessibilité en cas d'urgence ou en dehors des heures d'ouverture ; à avoir leur médecin de famille à cette clinique ; à être très satisfaits de la qualité de la relation avec ce médecin ; à estimer que sa

42. D.E. WATSON et al., *Un modèle logique axé sur les résultats en matière de soins de santé primaires : Jeter les bases de la mesure du rendement, de la surveillance et de l'évaluation fondés sur les données probantes*, Vancouver, Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia, 2004, p. 13.

43. Y. BRUNELLE, *Une source d'enseignements : Les hôpitaux « magnétiques » américains*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, 37 p.

44. S. KHAN et al., *Les équipes de soins de santé primaires et leur effet sur les processus et les résultats des soins*, Ottawa, Statistique Canada, n° 82-622-X au catalogue, n° 002, juillet 2008, 24 p.

45. K. GRUMBACH et T. BODENHEIMER, « Can health care teams improve primary care practice? », *Journal of the American Medical Association*, vol. 291, n° 10, 10 mars 2004, p. 1246-1251.

46. S. M. CAMPBELL et al., « Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study », *British Medical Journal*, vol. 323, n° 7316, 6 octobre 2001, p. 784-797.

connaissance de leur situation est meilleure et, enfin, à lui parler de leurs rencontres avec des spécialistes. Par contre, obtenir un rendez-vous avec un médecin ne semble pas plus facile, mais les infirmières peuvent aplanir en partie cette difficulté, comme l'ont dit les participants aux groupes de discussion. L'utilisation des services hors GMF n'a pas changé et il semble que l'habitude de consulter d'abord au GMF en cas de problèmes aigus n'était pas acquise.

Ces changements n'ont pas été perçus avec la même intensité dans les différents milieux et groupes de patients. Signalons que les personnes âgées de 65 ans et plus ainsi que les patients des cliniques privées ont perçu plus souvent des différences positives ; soulignons également que le niveau de satisfaction de ces derniers atteint – et parfois dépasse – ceux des patients des CLSC et des UMF établis au T0. La plupart des personnes rencontrées à l'occasion des discussions de groupe ont aussi fait état d'améliorations dans les services de la clinique qu'elles fréquentaient bien avant que celle-ci ne devienne un GMF. La continuité relationnelle et la coordination des services sont particulièrement appréciées, de même que plusieurs aménagements concernant l'accès pour les personnes inscrites.

Rappelons ici que, parallèlement à notre étude, deux autres enquêtes ont été effectuées auprès des patients des premiers GMF – l'une par une équipe de l'Université Laval⁴⁷ et l'autre, par une équipe de l'Université de Montréal⁴⁸. Elles avaient également pour objectif de mesurer les effets de l'implantation des GMF sur l'accessibilité, la continuité et l'utilisation des services, et plusieurs indicateurs utilisés sont semblables.

Malgré certaines différences méthodologiques, on trouve des tendances similaires dans les trois études. Ainsi, la commodité d'accès a peu changé et l'accessibilité en cas d'urgence – point faible des cliniques au départ – s'est améliorée, de même que la connaissance qu'ont les médecins de leurs patients. La dimension de la coordination des soins, relativement peu fouillée dans notre enquête auprès des patients, connaît des résultats variables d'une étude à l'autre. Enfin, aucun changement significatif du recours à l'urgence d'un hôpital n'a pu être mesuré dans l'étude faite à l'Université Laval.

L'utilisation des services dans les GMF et dans les cliniques comparables

Les sites d'une vingtaine de GMF ont été appariés à des cliniques comparables en ce qui concerne la taille, la localisation et les caractéristiques des patients, mais n'ayant pas le statut de GMF ou de clinique-réseau. Toutes sont des cliniques privées et les données colligées proviennent essentiellement des fichiers sur les services médicaux rendus que produit la RAMQ. Elles se rapportent aux services rémunérés à l'acte. Qu'a-t-on appris de celles-ci ?

Soulignons d'abord le plus grand nombre de nouveaux médecins recrutés par les GMF, et ce, quelques années après leur création, ce qui n'a pas été le cas dans les cliniques non GMF. Ce résultat montre, une fois de plus, l'attraction qu'exerce chez ces professionnels un tel modèle d'organisation des services.

47. FONDATION CANADIENNE DE RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ, *La réorganisation des services de première ligne comme outil de changement des pratiques*, op. cit.

48. M.D. BEAULIEU et al., op.cit.

Dans toutes les cliniques, la proportion des patients qui y ont leur médecin habituel se révèle largement prépondérante et elle continue de s'accroître. Cette tendance est plus accentuée dans les GMF que dans les cliniques non GMF. La combinaison de la baisse du nombre total de patients avec le vieillissement des effectifs médicaux (4 médecins sur 10 des cliniques choisies pour l'étude avaient 50 ans ou plus en 2005-2006) rendra certainement plus aigue qu'elle ne l'est aujourd'hui la difficulté de trouver un médecin de famille au cours des prochaines années.

La fidélité des patients⁴⁹ a augmenté dans toutes les cliniques, mais on observe des différences qualitatives et quantitatives entre les GMF et les cliniques non GMF. Dans les GMF, la fidélité des patients s'est concrétisée surtout, et de plus en plus, à l'égard de la clinique plutôt que du médecin de famille. Ainsi, beaucoup moins de patients des GMF ont leur médecin habituel ailleurs par rapport à ceux des cliniques comparables (11,3 %, contre 19,2 %). Parmi ceux qui ont leur médecin habituel dans un GMF, 80 % des patients ont une fidélité élevée à la clinique (plus de 80 % des services en omnipratique obtenus dans cette clinique) ; la proportion se situe à 70,1 % dans les cliniques comparables non GMF. À l'inverse, dans ces dernières, la fidélité au médecin de famille s'est accrue alors qu'elle a peu changé dans les GMF.

Tous les médecins, membres d'un GMF ou non, reçoivent une rémunération individuelle couvrant les visites des personnes vulnérables, un incitatif à suivre personnellement ce groupe. Cet incitatif semble fonctionner hors GMF alors qu'en GMF, l'instauration progressive d'une équipe et les heures étendues de consultation font en sorte que les patients se montrent fidèles davantage au groupe. Une part plus grande et croissante des visites médicales sont ainsi faites auprès d'autres médecins que le médecin habituel. Une conséquence non négligeable de cela concerne l'importance des outils d'échange d'information, comme les dossiers électroniques.

Comme prévu, les visites aux omnipraticiens diminuent plus rapidement dans les GMF que dans les cliniques non GMF étant donné, entre autres, le suivi des patients ayant des problèmes de santé chroniques assuré conjointement avec les infirmières. L'évolution des visites auprès de médecins spécialistes est semblable pour les patients des GMF et les patients des cliniques comparables. Dans les GMF comme dans les autres cliniques, le nombre de consultations médicales a baissé au cours de la période d'observation.

Malgré une baisse des visites aux omnipraticiens et aux médecins spécialistes, les personnes présentant une condition sensible aux soins de première ligne se rendent moins souvent dans une salle d'urgence hospitalière, quel que soit le type de clinique qu'elles fréquentent. Le recours à l'urgence ne se montre toutefois pas différent entre GMF et cliniques non GMF, les deux types d'organisation évoluant dans le même sens depuis l'accréditation des premiers GMF. La plus grande fidélité des patients, le suivi de certaines maladies chroniques, la plus grande continuité des services et l'amélioration de l'accessibilité en cas d'urgence dans les GMF sont autant d'éléments qui devraient pourtant faire diminuer l'utilisation des urgences. En effet, une étude canadienne⁵⁰ a démontré que le recours à l'urgence est plus faible quand les personnes âgées

49. La fidélité est toujours calculée pour les patients qui ont consulté au moins trois fois.

50. R. IONESCU-ITU *et al.*, « Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 177, n° 11, 20 novembre 2007, p. 1362-1368.

bénéficient de services dont la continuité est élevée. Une seconde étude⁵¹ a quant à elle établi un lien entre l'accès à une équipe interdisciplinaire de soins de première ligne et une utilisation moindre des services d'urgence.

Qu'est-ce qui explique l'absence de différence observée entre un GMF et une clinique non GMF à cet égard ? L'enquête auprès des patients des GMF a montré qu'il y a eu peu de changements à ce sujet entre 2003 et 2005. Pendant les discussions de groupe, au T2, plusieurs personnes ont dit continuer d'aller d'abord à l'urgence en cas de problèmes aigus parce qu'elles ne croyaient pas, *a priori*, pouvoir obtenir rapidement une réponse au GMF. Il ne semble pas que l'habitude de consulter d'abord au GMF en cas d'urgence était prise ; il faut d'abord que les patients aient confiance qu'ils y trouveront une solution rapide à leurs problèmes. Rappelons ici qu'en 2005-2006, l'implantation des GMF n'était pas terminée. Par exemple, les suivis assurés conjointement par les médecins et les infirmières, s'ils étaient prometteurs, venaient tout juste d'être instaurés et peu de patients en bénéficiaient alors. Il est certainement trop tôt pour constater des effets de cet ordre, un certain temps étant nécessaire pour atteindre un nombre suffisant de personnes suivies à cause de problèmes chroniques, pour gagner la confiance des usagers et pour que s'améliore l'état de santé des patients.

51. KHAN *et al.*, *op.cit.*, p. 25.

CONCLUSION

Le groupe de médecine de famille (GMF) apparaît un modèle des plus pertinents pour améliorer l'organisation des services de santé de première ligne ; en outre, ce modèle ouvre aujourd'hui encore de nombreuses possibilités. S'appuyant sur les organisations existantes, il fait appel à la capacité et au désir des différents acteurs d'y adhérer. L'évaluation de l'implantation des premiers GMF et des effets de celle-ci nous a permis de constater que plusieurs des résultats attendus se sont concrétisés.

Concernés au premier chef par la prestation des services de santé, les patients des premiers GMF – en particulier les personnes de 65 ans ou plus et les patients des cliniques privées – ont remarqué, dès 2005, des améliorations au regard de divers aspects tels que l'accessibilité des services en cas d'urgence, la qualité de la relation avec leur médecin et la connaissance que ce dernier a de leur situation. Obtenir un rendez-vous avec un médecin ne semble pas plus facile qu'avant, mais les infirmières pallient en partie cette difficulté.

Quant à l'inscription à un GMF, elle s'est révélée, pour les patients, un moyen privilégié en période de réorganisation et de pénurie d'avoir accès à un médecin de famille ou de conserver celui qu'ils consultaient déjà. Pour les médecins, qui ont généralement pris au sérieux cet engagement, elle a été l'occasion de constater que le nombre de leurs patients était moins élevé que ce qu'ils croyaient. Par ailleurs, le fait de réserver aux seules personnes inscrites les services offerts par un GMF, incluant la consultation sans rendez-vous, a suscité des discussions d'ordre éthique parmi différents groupes d'acteurs.

Nous avons aussi observé que la proportion de la clientèle des cliniques qui y a son médecin habituel est largement prépondérante et s'accroît encore. Cette tendance est plus accentuée dans les GMF que dans les cliniques non GMF. Combinée au vieillissement des effectifs médicaux, elle risque de rendre plus difficile la recherche d'un médecin de famille.

En ce qui a trait à l'utilisation des services, les données administratives – contrairement aux enquêtes – montrent une baisse des visites à un omnipraticien ou à un médecin spécialiste et, pour les personnes ayant des problèmes chroniques sensibles au suivi effectué en première ligne, une diminution du recours aux urgences hospitalières. Au cours de la période étudiée, l'utilisation des services a évolué de la même façon dans les GMF et dans les cliniques non GMF, à l'exception des consultations auprès des omnipraticiens. Celles-ci diminuent plus rapidement dans les GMF que dans les autres cliniques, un résultat cohérent avec l'instauration du suivi des patients atteints d'une maladie chronique qu'assurent les médecins conjointement avec les infirmières.

Malgré cette baisse des visites en cabinet, le recours aux services d'urgence n'a pas augmenté dans les GMF, mais nous nous attendions à un écart plus important par rapport aux cliniques non GMF. En effet, de récentes études canadiennes confirment l'utilisation moindre des urgences quand la continuité des services est élevée et que les patients ont accès à une équipe interdisciplinaire. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce résultat et il faudra en poursuivre l'analyse au cours des prochaines années.

L'implantation des GMF a eu une influence sur un autre aspect de l'organisation des services : les liens entre la première ligne médicale et le réseau. En effet, une nouvelle dynamique s'est créée dans les relations entre les cliniques privées, longtemps restées en marge du système public, et le réseau public de la santé. Différentes données montrent que les changements les plus importants au regard des pratiques professionnelles – que nous verrons en détail plus loin – sont survenus dans les cliniques privées, d'une façon qui les rapproche des établissements publics. Cette évolution s'est effectuée grâce au soutien professionnel, technique et financier accordé aux GMF, mais sans modification du mode de rémunération à l'acte.

L'accréditation, après acceptation de l'offre de services proposée par un GMF, et le renouvellement de cette accréditation au bout de trois ans constituent deux processus qui permettent de préciser les objectifs que ce groupe devra poursuivre à moyen terme. En retour, le groupe s'attend à ce que les diverses ententes passées avec les agences ou les centres de la santé et des services sociaux (CSSS) soient respectées. Les deux processus permettent ensuite d'harmoniser la planification locale des services médicaux, et, aux différentes parties présentes dans les ententes, de négocier le partage et l'accès à différents services et, enfin, d'adapter le modèle GMF. Une nouvelle logique de négociation a été introduite dans l'organisation des services de santé concurrentement à la création des réseaux locaux de services. Ce type d'instrument de gouvernance favorise l'interaction et la coopération entre divers acteurs.

Mentionnons au passage que les CSSS n'ont toutefois pas été mêlés au renouvellement de l'accréditation des premiers GMF, probablement parce qu'ils étaient eux-mêmes en réorganisation. Les GMF sont des partenaires privilégiés des CSSS en vertu des ententes reconduites depuis l'intégration des CLSC. À ce titre, ils espèrent avoir un accès plus rapide aux services psychosociaux, qu'ils offrent peu malgré une forte demande. Les omnipraticiens espèrent aussi une amélioration de la prise en charge des patients *orphelins*, c'est-à-dire qui n'ont pas de médecin de famille, et de l'organisation des consultations sans rendez-vous sur le territoire. L'expérience acquise et la rémunération d'activités non cliniques ont amené les médecins des GMF à participer activement aux travaux reliés à la création des réseaux locaux. Les liens plus efficaces et formels entre les GMF et les services de deuxième et troisième lignes restent encore à établir, mais on a déjà pu constater une amélioration de la coordination du suivi hospitalier dans la plupart des GMF.

Les pratiques professionnelles ont été au cœur des changements qu'a provoqués l'implantation des premiers GMF. Les médecins des GMF et les infirmières venant du réseau ont dû faire l'apprentissage de la collaboration et concevoir les outils nécessaires au partage fonctionnel des rôles. Bien que cette collaboration reste encore à développer, le bon climat de travail et le sentiment commun d'appartenir à une équipe traduisent la réussite de l'intégration du personnel infirmier à des milieux où la plupart des médecins et des adjointes administratives travaillaient déjà ensemble depuis longtemps. Il faut aussi mentionner le haut degré de satisfaction à la fois des médecins par rapport à leurs relations avec les infirmières et de ces dernières quant à leur rôle professionnel deux ans après leur arrivée dans un GMF. Au sein de cette équipe, l'adjointe administrative a le rôle important – mais souvent négligé – de soutenir le fonctionnement du GMF et d'assurer l'accueil des patients par une organisation efficace du travail de bureau et des suivis administratifs en rapport avec les partenaires du réseau.

Le développement de la pratique infirmière en première ligne, axé sur des activités relatives à l'enseignement et au suivi des patients atteints d'une maladie chronique, a été un moteur de la phase initiale de l'implantation des GMF. Tous les GMF effectuaient, deux ans après leur accréditation, un tel suivi qui est assuré par les médecins et par les infirmières. Des difficultés concernant le remplacement des infirmières ont toutefois provoqué des interruptions temporaires des services infirmiers, pourtant offerts à un nombre croissant de patients. Par ailleurs, la fusion des établissements a entraîné la mise en veilleuse du soutien clinique que les CSSS avaient apporté à la pratique infirmière dans les GMF au cours des premières années.

Différentes données indiquent un plus grand partage entre les médecins des tâches, des ressources, des responsabilités à l'égard des patients et des activités cliniques même si, dans ce dernier cas, les interactions avec les infirmières sont plus fréquentes. Quel que soit le milieu, nous avons pu observer une hausse importante de la satisfaction des médecins quant à leurs relations avec leurs collègues. Enfin, la pratique de groupe des médecins s'est traduite par une fidélité croissante des patients au GMF plutôt qu'au médecin de famille, une évolution moins présente dans les cliniques non GMF.

Toutes ces tendances révèlent que le fonctionnement en équipe s'impose peu à peu et qu'il est apprécié pour divers motifs par ceux et celles qui y participent. La qualité de vie au travail compte parmi les résultats d'importance de la réorganisation en cours et elle a sûrement contribué à faciliter le recrutement de nouveaux médecins dans les GMF.

Parmi les éléments du modèle qui n'ont pas été implantés comme prévu, l'informatisation demeure le plus notable, en particulier en ce qui a trait à l'accès au réseau de télécommunications sociosanitaire et à l'instauration d'un dossier clinique électronique. Le projet de départ était fort ambitieux, mais les investissements et les étapes pour le réaliser ont été sous-estimés. Malgré tout, dans plusieurs GMF, des médecins ont pu s'initier à l'informatique et le suivi de maladies chroniques a été informatisé, tandis que l'accès électronique aux résultats de laboratoire est fort apprécié dans plusieurs de ces groupes.

Au chapitre des conditions entourant l'implantation des premiers GMF, nous dirons que ceux-ci ont expérimenté différents aspects du modèle – avec l'aide du groupe de soutien à l'implantation jusqu'en 2005, et de l'équipe projet du Ministère et des chargés de projet régionaux – et ils ont contribué à préciser ce modèle dans un système de santé en mutation. Ils auraient toutefois souhaité une simplification des processus et une clarification de l'information en cours de route. Les premiers GMF ont rassemblé des médecins et des infirmières motivés qui ont démontré un leadership propice au développement de leur rôle en première ligne. Certaines indications nous laissent croire que les groupes qui ont été accrédités par la suite ont bénéficié de leur expérience et le suivi de variables stratégiques pourra le confirmer.

L'implantation d'un tel modèle d'organisation des services nécessite de laisser du temps pour que se réalisent des changements mais aussi, pour les équipes en place, de se donner du temps. Il faut, en effet, prévoir du temps pour l'apprentissage, la conception et la production des outils, le partage ainsi que la clarification des rôles. Il faut aussi du temps pour que s'instaure la confiance au sein de chaque GMF et dans le réseau, alors que les nouveaux partenaires ont des cultures organisationnelles et des mandats différents.

L'organisation des services selon le modèle GMF n'était pas parvenue à maturité au moment d'effectuer les dernières collectes de données, soit de deux à trois ans après l'accréditation des premiers groupes. Elle est nécessairement progressive, la première phase amenant de nouveaux changements. Divers scénarios visant le développement des GMF sont d'ailleurs envisagés, dont l'amélioration de la gestion sur le plan clinique et l'intégration d'autres ressources professionnelles ou l'accès privilégié aux services psychosociaux existants – ceux-ci demeurant peu nombreux dans les GMF.

BIBLIOGRAPHIE

AIKEN, L.H., J. SOCHALSKI et E.T. LAKE. « Studying outcomes of organization change in health services », *Medical Care*, vol. 35, n° 11, novembre 1997 Supplement, p. NS6-NS18.

AMMENWERTH, E., C. ILLIER et U. MANSMANN. « Can evaluation studies benefit from triangulation? A case study », *International Journal of Medical Informatics*, vol. 70, n° 2-3, juillet 2003, p. 237-248.

AUDIT COMMISSION. *Transforming Primary Care: The Role of Primary Care Trusts in Shaping and Supporting General Practice*, Londres, Audit Commission, 2004, 60 p.

BARRETT, J., et al. *Synthèse de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : Collaboration interprofessionnelle et services de santé de première ligne de qualité*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2007. 23 p.

BRITISH COLUMBIA MEDICAL ASSOCIATION. *Ensuring Excellence: Renewing BC's Primary Care System – A Discussion Paper by BC's Physicians*, Vancouver, British Columbia Medical Association, 2002, 97 p.

BEAULIEU, M.D. (collaboration à la rédaction). « L'implantation des GMF : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration professionnelle », *Coup d'œil sur la recherche et l'évaluation*, n° 47, juin 2006, 2 p.

BEAULIEU, M.D., et al. *L'implantation des Groupes de médecine de famille : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle*, Montréal, Université de Montréal, Chaire Docteur Sadok Besroun en médecine familiale, 2006, iv, 28 p. + annexes.

BEAULIEU, M.D., et al. *La collaboration entre médecins de famille et médecins spécialistes – Pratique souhaitée / pratique réelle : le grand écart*, Montréal, Chaire Docteur Sadok Besroun en médecine familiale, 2005, 57 p.

BLUMENTHAL, D., et al. « The duration of ambulatory visits to physicians », *Journal of Family Practice*, vol. 48, n° 4, avril 1999, p. 264-271.

BLUMENTHAL, D., E. MORT et J. EDWARDS. « The efficacy of primary care for vulnerable population groups », *Health Services Research*, vol. 30, n° 1 (partie II), avril 1995, p. 253-273.

BOJKE, C., H. GRAVELLE et D. WILKIN. « Is bigger better for primary care groups and trusts? », *British Medical Journal*, vol. 322, n° 7286, 10 mars 2001, p. 599-602.

BOURGUEIL, Y., A. MAREK et J. MOUSQUES. « La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec », *Questions d'économie de la santé*, n° 95, juin 2005, 12 p.

BRANSON, R., D. ARMSTRONG et J. GREEN. « General practitioners' perceptions of sharing workload in group practices: qualitative study », *British Medical Journal*, vol. 329, n° 7462, 14 août 2004, p. 381-384.

BRESLAU, N., et K.G. REEB. « Continuity of care in a university based practice », *Journal of Medical Education*, vol. 50, n° 10, octobre 1975, p. 965-969.

BROEMELING, A.M., *et al.* *Measuring the Performance of Primary Health Care: Existing Capacity and Future Information Needs*, Vancouver, Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia, 2006, 36 p.

BROWNE, G., *et al.* « The costs and effects of addressing the needs of vulnerable populations: results of 10 years of research », *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 33, n° 1, juin 2001, p. 65-76.

BRUNELLE, Y. *La pratique de groupe*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 17 p.

BRUNELLE, Y. *La réponse spécifique d'un système particulier : les groupes de médecine de famille*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 42 p.

BRUNELLE, Y. *Une source d'enseignements : Les hôpitaux « magnétiques » américains*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, 37 p.

BRYANT-LUKOSIUS, D., et A. DICENSO. « A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 48, n° 5, décembre 2004, p. 530-540.

CALNAN, M., S. ALMOND et N. SMITH. « Ageing and public satisfaction with the health service: an analysis of recent trends », *Social Science and Medicine*, vol. 57, n° 4, août 2003, p. 757-762.

CAMINAL, J., *et al.* « The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions », *European Journal of Public Health*, vol. 14, n° 3, septembre 2004, p. 246-251.

CAMPBELL, S. M., *et al.* « Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study », *British Medical Journal*, vol. 323, n° 7316, 6 octobre 2001, p. 784-797.

CARPIANO, R. M., *et al.* « Tools, teamwork, and tenacity: an examination of family practice office system influences on preventive service delivery », *Preventive Medicine*, vol. 36, n° 2, 1^{er} février 2003, p. 131-140.

CLAVERANNE, J.-P., D. PIOVESAN et C. PASCAL. « Une nouvelle chrysalide : le médecin entrepreneur ? », dans A. Valette *et al.* (sous la dir. de), *L'hôpital en restructuration : Regards croisés sur la France et le Québec*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2005, p. 123-157.

CLEMENTS, D., M. DAULT et A. PRIEST. « Effective teamwork in healthcare: research and reality », *Healthcare Papers*, vol. 7, Special issue, 2007, p. 26-34.

COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA, ASSOCIATION MÉDICALE DU CANADA ET COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA. *Sondage national des médecins 2007*, [En ligne].

[http://www.nationalphysicianssurvey.ca/nps/2007_Survey/2007nps-f.asp].

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL. *Rapport*, deuxième partie, volume IV : *La santé*, Québec, 4 tomes, 1970.

COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX. *Les solutions émergentes : Rapport et recommandations*, Québec, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000, ix, 410 p.

COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA. *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*, Saskatoon (Saskatchewan), Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002, xxxviii, 387 p.

CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ. *Renouvellement des soins de santé au Canada : À la hauteur ?*, Toronto, Conseil canadien de la santé, 2007, 82 p.

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. *Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter : La hiérarchisation des services médicaux*, avis 95-03, Québec, Conseil médical du Québec, 1995, 47 p. + annexes.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. « Pourquoi est-il si difficile de faire ce qui est souhaitable ? », *Gestion*, vol. 27, n° 3, automne 2002, p. 142-150.

CONTANDRIOPOULOS, A.P., *et al.* *Analyse de l'évolution de l'offre des services médicaux dans une perspective de planification de la main-d'œuvre médicale au Québec : Rapport*, Montréal, Université de Montréal, 2007, 82 p.

CORRIGAN, P. *Size Matters – Making GP Services Fit for Purpose*, Discussion paper Londres, New Health Network, 2005, 40 p.

CRESWELL, J.W. *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*, 2^e édition, Thousand Oaks (Californie), Sage Publications, 2003, 246 p.

D'AMOUR, D., *et al.* « The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 19, Supplement 1, mai 2005, p. 116-131.

D'AMOUR, D., C. SICOTTE et R. LEVY. « L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé », *Sciences sociales et santé*, vol. 17, n° 3, septembre 1999, p. 67-100.

DAVIS, K., et al. *Mirror, Mirror on the Wall: An International Update on the Comparative Performance of American Health Care*, New York, The Commonwealth Fund, 2007, x, 30 p.

DECTER, M. « Introduction: Reflections on Primary Care in Canada », dans R. Wilson, S.E.D. Shortt et J. Dorland (sous la dir. de), *Implementing Primary Care Reform: Barriers and Facilitators*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 2004, p. 1.

DEMERS, M. (collaboration à la rédaction). « Un nouveau répertoire : Cliniques médicales d'omnipratique au Québec », *Coup d'œil sur la recherche et l'évaluation*, n° 9, février 2003, 2 p.

DEMERS, M., et F. BÉGIN. *Le profil diagnostique de la clientèle des premiers GMF avant l'implantation*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 169 p.

DEMERS, M., et M. BOWEN. *La présence et le rôle de l'infirmière dans les cliniques médicales d'omnipratique au Québec en 2001*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 39 p.

DEMERS, M., et Y. BRUNELLE. *Organisation de l'omnipratique au Québec entre 1994 et 1999*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, x, 59 p.

DEMERS, M., F. BÉGIN et F. GOSSELIN. *Les premiers GMF : Profil de pratique et de clientèle avant l'implantation*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 25 p.

DENIS, L. *Informatisation clinique : convergence des efforts provinciaux, régionaux et locaux*, communication du colloque de la Société québécoise d'informatique biomédicale et de la santé, tenu à Drummondville, 2 et 3 juin 2006, 18 p.

DENIS, J.L., et B. HUTCHISON. *Implementation Evaluation of Primary Care Reform*, communication du National Workshop on Evaluation of Primary Healthcare Renewal in Canada, tenu à Vancouver les 11 et 12 avril 2005, Canadian Health Services Research Foundation et Health Council of Canada.

ENGELBRECHT, J., R. WHIDDETT et I. HUNTER. « The use of information systems for clinical decision support by primary health care practices in a medium sized PHO, *Health Care and Informatics Review Online*, 1^{er} septembre 2006, 8 p. [En ligne]. [<http://www.hinz.org.nz/journal-pdf/944>].

FAIRHURST, K., et C. MAY. « What general practitioners find satisfying in their work: Implications for health care system reform », *Annals of Family Medicine*, vol. 4, n° 6, novembre-décembre 2006, p. 500-505.

FEACHEM, R.G.A., N.K. SEKHRI et K.L. WHITE. « Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente », *British Medical Journal*, vol. 324, n° 7330, 19 janvier 2002, p. 135-141.

FMOQ. « La pratique du médecin omnipraticien dans un réseau de services intégrés : positionnement des cabinets privés – Un cadre d'orientation », présenté au Bureau de la FMOQ le 10 décembre 1999 par SECOR, *Le Médecin du Québec*, vol. 35, n° 3, mars 2000, p. 103-134.

FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ (FCRSS). *Appuyer la réforme des services de santé de première ligne : Rapport sur le symposium 2006 du Réseau des services de santé de première ligne de la FCRSS*, tenu les 19 et 20 septembre à Vancouver, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2007, II, 13 p.

FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ. *La réorganisation des services de première ligne comme outil de changement des pratiques*, rapport de recherche soumis par D. Reinharz *et al.*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2007, IV, 37 p., [En ligne]. [http://www.chsrf.ca/final_research/org/pdf/Aubin_Report.pdf].

FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ. *Atelier national sur l'évaluation de la réorganisation des services de première ligne au Canada : Sommaire des discussions*, tenu à Vancouver les 11 et 12 avril 2005, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et Conseil canadien de la santé, 2005, 12 p.

FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ. « Mythe : Les médecins sont motivés par l'argent », *À bas les mythes*, septembre 2003, 2 p.

FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ. *Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*, rapport soumis aux partenaires par P.A. Lamarche *et al.*, [Ottawa], Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2003, 36 p.

FORREST, C.B., et B. STARFIELD. « Entry into primary care and continuity: the effects of access », *American Journal of Public Health*, vol. 88, n° 9, septembre 1998, p. 1330-1336.

FORTIN, J.-P. *Le dossier médical électronique : une stratégie gagnante pour la santé de la population*, communication de la Conférence en santé publique, tenue le 12 mars 2008 à l'Université Laval, [En ligne]. [http://www.inspq.qc.ca/pdf/evenements/dme_12_03_08_ppt.pdf].

FOSS, C., et B. ELLEFSEN. « The value of combining qualitative and quantitative approaches in nursing research by means of method triangulation », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 40, n° 2, octobre 2002, p. 242-248.

FOURNIER, M.A., et A.P. CONTANDRIOPOULOS. *Caractéristiques des médecins du Québec et de leur pratique selon le temps consacré à leurs activités professionnelles*, Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Faculté de médecine, Université de Montréal, 2005, 63 p.

FRANKS, P., et K. FISCELLA. « Primary care physicians and specialists as personal physicians. Health care expenditures and mortality experience », *Journal of Family Practice*, vol. 47, n° 2, août 1998, p. 105-109.

GENEAU, R. *Le processus de structuration de la pratique de première ligne des médecins généralistes : une étude qualitative sur le caractère contraignant et habilitant des modes d'organisation*, Montréal, Département d'administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal, 2004, 318 p.

GIDDENS, A. *La constitution de la société : Éléments de la théorie de la structuration*, Paris, Presses universitaires de France, 1984, 461 p.

GILBERT, F., et al. « Le pilotage des réformes », dans M.J. Fleury et al. (sous la dir. de), *Le système sociosanitaire au Québec : Gouvernance, régulation et participation*, chapitre 3, Montréal, Gaëtan Morin éditeur et Chenelière éducation, 2007, p. 39-49.

GOUDREAU, J., et H. DION. « La collaboration médecin-infirmière », dans C. Richard et M.T. Lussier (sous la dir. de), *La communication professionnelle en santé*, Montréal, Éditions du renouveau pédagogique, 2005, p. 559-578.

GRANT, C., et al. « An observational study comparing quality of care in walk-in centres with general practice and NHS Direct using standardised patients », *British Medical Journal*, vol. 324, n° 7353, 29 juin 2002, p. 1556-1559.

GRAU, A., R. SUÑER et M.M. GARCIA. « Burnout syndrome in health workers and relationship with personal and environmental factors », *Gaceta Sanitaria*, vol. 19, n° 6, novembre-décembre 2005, p. 463-70.

GROENEWEGEN, P. P, et al. « What is important in evaluating health care quality? An international comparison of user views », *BMC Health Services Research*, vol. 5, publié en ligne le 21 février 2005, 9 p.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ, *En avoir pour notre argent*, rapport du groupe de travail, [Québec], Groupe de travail sur le financement du système de santé, 2008, XIII, 317 p.

GRUMBACH, K., et T. BODENHEIMER. « Can health care teams improve primary care practice? », *Journal of the American Medical Association*, vol. 291, n° 10, 10 mars 2004, p. 1246-1251.

HAGAN, L., et al. « Une communauté virtuelle peut-elle soutenir l'exercice infirmier en GMF ? », *Perspective infirmière*, vol. 3, n° 4, mars-avril 2006, p. 19-26.

HAGGERTY, J., *et al.* *Continuité et accessibilité des soins de première ligne au Québec*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2004, iv p.

HAGGERTY, J., *et al.* « Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts », *Annals of Family Medicine*, vol. 5, n° 4, juillet-août 2007, p. 336-344.

HAMRIC, A.B. « A definition of advanced nursing practice », dans A.B. Hamric, J.A. Spross et C.M. Hanson (sous la dir. de), *Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach*, 3^e édition, Saint-Louis, WB Saunders, 2005, p. 85-108.

HUTCHISON, B., J. ABELSON et J. LAVIS. « Primary care in Canada: so much innovation, so little change », *Health Affairs*, vol. 20, n° 3, mai-juin 2001, p. 116-131.

HUTCHISON, B., *et al.* *Comparison of Health Care Utilization and Costs in HSO and Fee-for-Service Practice*, communication to the 1st Conference of the Canadian Association for Health Services and Policy Research, tenue à Montréal du 26 au 28 mai 2004.

IONESCU-ITTU, R., *et al.* « Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 177, n° 11, 20 novembre 2007, p. 1362-1368.

JEE, S.H., et M.D. CABANA. « Indices for continuity of care: A systematic review of the literature », *Medical Care Research and Review*, vol. 63, n° 2, avril 2006, p. 158-188.

JEON, S.H., et J. HURLEY. « The relationship between physician hours of work, service volume and service intensity », *Canadian Public Policy / Analyse de politiques*, vol. 33, numéro spécial 1, janvier 2007, p. S17-S29.

KATZ, A., *et al.* *Using Administrative Data to Develop Indicators of Quality in Family Practice*. Winnipeg, Manitoba Centre for Health Policy, University of Manitoba, 2004, xii, 87 p.

KHAN, S., *et al.* *Les équipes de soins de santé primaires et leur effet sur les processus et les résultats des soins*, Ottawa, Statistique Canada, n° 82-622-X au catalogue, n° 002, juillet 2008, 39 p.

KIRBY, M.J.L., et M. LEBRETON. *Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada : Le temps d'agir – Rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie*, [Ottawa], Le Sénat, 2003, 71 p.

KRASNIK, A., *et al.* « Changing remuneration systems: effects on activity in general practice », *British Medical Journal*, vol. 300, n° 6741, 30 juin 1990, p. 1698-1701.

LAPOINTE, L., et S. RIVARD. « Getting physicians to accept new information technology: insights from case studies », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 174, n° 11, 23 mai 2006, p. 1573-1578.

LEVESQUE, J.F., D. ROBERGE et R. PINEAULT. « La première ligne de soins de santé : un témoin distant des réformes institutionnelles et hospitalières au Québec ? », dans M.J. Fleury et al. (sous la dir. de), *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation*, chapitre 5, Montréal, Gaëtan Morin éditeur et Chenelière éducation, 2007, p. 65-78.

MACINKO, J., B. STARFIELD et L. SHI. « The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998 », *Health Service Research*, vol. 38, n° 3, juin 2003, p. 831-865.

MCKENDRY, R., et al. *Single and Group Practices Among Primary Health Care Physicians in British Columbia*, Vancouver, Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia, 2006, iii, 22 p.

MELFI, C. « Using databases for studying and comparing health care costs and resource use », *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, vol. 10, n° 5, août-septembre 2001, p. 399-402.

MILES, M.B., et A.M. HUBERMAN. *Analyse des données qualitatives*, 2^e édition, Louvain-la-Neuve, De Boeck Université, 2003, 632 p.

MOGYOROSY, Z., et P. SMITH. *The Main Methodological Issues in Costing Health Care Services: A Literature Review*, York (Royaume-Uni), Centre for Health Economics, University of York, 2005, 232 p.

NASSIRI, A., et L. ROCHAIX. « Revisiting physicians' financial incentives in Quebec: a panel system approach », *Health Economics*, vol. 15, n° 1, janvier 2006, p. 49-64.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). *How to Change Practice: Understand, Identify and Overcome Barriers to Change*, Londres, NICE, 2007, 46 p.

ONTARIO. MINISTRY OF HEALTH AND LONG-TERM CARE ET PRICEWATERHOUSECOOPERS. *Evaluation of Primary Care Reform Pilots in Ontario: Phase 2 – Interim report*, Toronto, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 2001, 18 p.

PACCIONI, A., C. SICOTTE et F. CHAMPAGNE. « Accreditation: a cultural control strategy », *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 21, n° 2, 2008, p. 146-158.

PARCHMAN, M., et S. CULLER. « Primary care physicians and avoidable hospitalizations », *Journal of Family Practice*, vol. 39, n° 2, août 1994, p. 123-128.

PATTON, M. *Qualitative Research and Evaluation Methods*, 3^e édition, Thousand Oaks (Californie), Sage Publications, 2002, 598 p.

PINEAULT, R., et al. « Le profil et le type d'organisation de première ligne ont-ils un lien avec l'expérience de soins de leur clientèle ? Résultats d'une étude dans deux régions du Québec », *Infolettre sur l'évolution des pratiques de gestion et d'évaluation dans le domaine de la santé*, vol. 4, n° 1, février 2007, p. 2-6.

PROTTI, D., S. EDWORTHY et I. JOHANSEN. « Adoption of information technology in primary care offices in Alberta and Denmark – Part 1: Historical, technical and cultural forces », *ElectronicHealthcare*, vol. 6, n° 1, 2007, p. 95-102.

PROTTI, D., S. EDWORTHY et I. JOHANSEN. « Adoption of information technology in primary care offices in Alberta and Denmark – Part 2: A novel comparison methodology », *ElectronicHealthcare*, vol. 6, n° 1, 2007, p. 103-108.

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Devenir un GMF : Guide d'accompagnement – Le groupe de médecine de famille : un atout pour le patient et son médecin*, document préparé par les membres du Groupe de soutien à l'implantation des groupes de médecine de famille, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 72 p.

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La circulation des renseignements de santé dans le contexte du plan d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux*, document d'information, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 16 p.

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'informatisation des GMF*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, [En ligne]. [http://publicationsreseau.msss.rtss.qc.ca/documents/gmf/informatisation-doc_info.pdf].

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux : Présentation générale*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 39 p.

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport du Québec sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 102 p.

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les infirmières dans le groupe de médecine de famille*, Québec, Direction générale des affaires médicales et universitaires, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 4 p.

REID, R., et al. *Do Some Physician Groups See Sicker Patients Than Others? – Implication for Primary Care Policy in Manitoba*, Winnipeg, Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, Faculty of Medicine, University of Manitoba, 2001, v, 90 p.

RODRIGUE, J., et al. « Les cabinets privés d'omnipraticiens sous la loupe », *Le Médecin du Québec*, vol. 34, n° 11, novembre 1999, p. 85-89.

RODRIGUE, J., et al. « Les omnipraticiens sous la loupe : D'abord les médecins de famille ! », *Le Médecin du Québec*, vol. 34, n° 10, octobre 1999, p. 109-116.

ROSENBLATT, R. A., et al. « The generalist role of specialty physicians: Is there a hidden system of primary care? », *Journal of American Medical Association*, vol. 279, n° 17, 6 mai 1998, p. 1364-1370.

ROY, D., et H. SYLVAIN. « La pratique infirmière en GMF et son contexte d'interdisciplinarité », *Perspective infirmière*, vol. 2, n° 1, septembre-octobre 2004, p. 16-26.

SCHOEN, C., et al. « On the front lines of care: Primary doctors' office systems, experiences and views in seven countries », *Health Affairs*, vol. 25, n° 6, novembre-décembre 2006, publié en ligne le 2 novembre 2006, p. w555-w571.

SHORTT, S.E.D. « Primary care reform: is there a clinical rationale? », dans R. Wilson, S.E.D Shortt et J. Dorland (sous la dir. de), *Implementing Primary Care Reform: Barriers and Facilitators*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 2004, p. 11-24.

SIBBALD, B., et al. « GP job satisfaction in 1987, 1990 and 1998: lessons for the future? », *Family Practice*, vol. 17, n° 5, octobre 2000, p. 364-371.

SIBBALD, B., M. Laurant et A. SCOTT. « Changing task profiles », dans R.B. Saltman, A. Rico et W. Boerma (sous la dir. de), *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in European Primary Care*, chapitre 8, Maidenhead (Royaume-Uni), Open University Press, 2006, p. 149-164.

STARFIELD, B., et al. « Costs vs quality in different types of primary care settings », *Journal of the American Medical Association*, vol. 272, n° 24, 28 décembre 1994, p. 1903-1908.

STARFIELD, B. « Is primary care essential? », *The Lancet*, vol. 344, n° 8930, 22 octobre 1994, p. 1129-1133.

STARFIELD, B. « Primary care and health: A cross-national comparison », *Journal of the American Medical Association*, vol. 266, n° 16, 23 octobre 1991, p. 2268-2271.

STARFIELD, B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*, Revised edition, New York, Oxford University Press, 1998, 448 p.

STEIN, A.T., et al. « The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services », *Family Practice*, vol. 19, n° 2, avril 2002, p. 207-210.

STROM, B.L. « Data validity issues in using claims data », *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, vol. 10, n° 5, août-septembre 2001, p. 389-392.

SUSCHNIGG, C. « Reforming Ontario's primary health care system: one step forward, two steps back? », *International Journal of Health Services*, vol. 31, n° 1, 2001, p. 91-103.

TRAHAN, L., et al. *Évaluation des groupes de médecine de famille (GMF)*, [fiche de présentation du] projet de recherche n° 21, s. l., Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec, 2005, 7 p.

TROTTIER, L.H., et al. *Les soins de santé primaires au Québec*, Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Faculté de médecine, Université de Montréal, 2003, iv, 140 p.

WATSON, D.E., *et al.* « Intergenerational differences in workloads among primary care physicians: a ten-year, population-based study, *Health Affairs*, vol. 25, n° 6, novembre-décembre 2006, p. 1620-1628.

WATSON, D.E., *et al.* *Un modèle logique axé sur les résultats en matière de soins de santé primaires : Jeter les bases de la mesure du rendement, de la surveillance et de l'évaluation fondés sur les données probantes*, Vancouver, Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia, 2004, 25 p.

ANNEXE 1
HISTORIQUE DE L'IMPLANTATION
ET DE L'ÉVALUATION DES GMF, 2000-2007

HISTORIQUE DE L'IMPLANTATION ET DE L'ÉVALUATION DES GMF, 2000-2007

ANNÉE	IMPLANTATION	TEXTES AFFÉRENTS AUX GMF	ÉVALUATION
2000		Publication du rapport de la commission Clair.	
2001	Création du groupe de soutien à l'implantation et d'une équipe projet au MSSS.	Annonce des premiers projets de GMF.	
2002	Préparation des modèles de contrats et de guides. Mise en place de la structure organisationnelle assurant, notamment, le soutien à l'implantation. Expérimentation relative à l'inscription électronique auprès des GMF. Accréditation des 7 premiers GMF.	Entrée en vigueur de l'entente passée entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sur la rémunération en GMF.	Attribution du mandat ministériel concernant le suivi et l'évaluation des GMF. Formation des comités et des groupes de travail.
2003	Entrée en fonction des premières infirmières GMF. Expérimentation relative à des applications informatiques transitoires. Informatisation de l'inscription dans 21 GMF. Publication, par le MSSS, du guide d'accompagnement intitulé <i>Devenir un groupe de médecine de famille</i> .	Adoption de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Entrée en vigueur de l'entente FMOQ – MSSS sur le suivi et la prise en charge des personnes vulnérables. Adoption de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Adoption de la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic.	Planification de la collecte des données. Définition du profil des patients des futurs GMF. Conduite de l'enquête auprès des patients de 10 GMF (T0). Conduite des enquêtes auprès des médecins et des infirmières ainsi que de l'enquête sur les sites des 19 premiers GMF (T0). Tenue des entrevues individuelles dans 2 GMF (T1). Formation du comité chargé du suivi des GMF à la RAMQ.
Décembre 2003 : 433 médecins membres et 141 020 patients inscrits.			

HISTORIQUE DE L'IMPLANTATION ET DE L'ÉVALUATION DES GMF, 2000-2007 (SUITE)

ANNÉE	IMPLANTATION	TEXTES AFFÉRENTS AUX GMF	ÉVALUATION
2004	Révision du mode de propriété des équipements informatiques.		Tenue des entrevues individuelles dans 5 GMF (T1). Analyse des résultats des enquêtes (T0) et des entrevues (T1).
Décembre 2004 : 956 médecins membres et 458 313 patients inscrits.			
2005	Établissement de la grille de soutien technique et financier pour l'implantation et le fonctionnement des GMF selon le nombre de patients inscrits. Tenue du sondage sur l'appréciation des solutions informatiques dans les GMF. Envoi, dans les agences de la santé et des services sociaux, des <i>Orientations ministérielles concernant les infirmiers et les infirmières œuvrant dans un GMF</i>. Amorce du processus de renouvellement de l'accréditation des premiers GMF. Dissolution du groupe de soutien à l'implantation, dont le mandat a pris fin.	Entrée en vigueur de l'entente sur la rémunération en clinique réseau et ouverture de ces premières cliniques à Montréal. Entrée en vigueur du règlement du Collège des médecins du Québec sur les normes des ordonnances collectives faites par les médecins. Publication du <i>Rapport du groupe de travail OIIQ et FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables</i>.	Conduite de l'enquête auprès des patients de 10 GMF (T2). Conduite des enquêtes auprès des médecins et des infirmières ainsi que de l'enquête sur les sites des 19 premiers GMF (T2). Tenue des rencontres avec les groupes de discussion formés de patients dans 4 GMF (T2). Tenue des entrevues individuelles dans 3 GMF (T2).
Décembre 2005 : 1 172 médecins membres et 745 520 patients inscrits.			

HISTORIQUE DE L'IMPLANTATION ET DE L'ÉVALUATION DES GMF, 2000-2007 (SUITE)

ANNÉE	IMPLANTATION	TEXTES AFFÉRENTS AUX GMF	ÉVALUATION
2006	Diffusion de la <i>Procédure pour le renouvellement du statut des 76 premiers GMF</i> .		Tenue des entrevues individuelles dans 4 GMF (T2). Présentation des résultats obtenus aux T1 et T2 des enquêtes.
Décembre 2006 : 1 415 médecins membres et 974 684 patients inscrits.			
2007	Définition du statut progressif d'accréditation en milieux urbain et rural	Entrée en vigueur de la deuxième entente sur la rémunération du suivi des personnes vulnérables. Entrée en vigueur du paiement pour participation à des rencontres avec un CSSS et de certains actes visant la prévention.	Colloque de l'Association francophone pour le savoir (ACFAS) sur les enseignements à tirer des premiers GMF.
Décembre 2007 : 1 901 médecins membres et 1 293 794 patients inscrits.			

Sources : *Info-GMF* (divers numéros) ; RAMQ, Données sur les GMF (révisées en 2008) et autres.

ANNEXE 2

MÉTHODOLOGIE

VOLET QUANTITATIF

ENQUÊTES PAR QUESTIONNAIRE

Approche

Quatre enquêtes par questionnaire ont été effectuées pour les besoins de la présente évaluation ; elles visaient globalement à mesurer les effets du modèle GMF dans les dix-neuf premiers groupes où celui-ci a été implanté.

Fondées sur une approche comparative « avant / après », les enquêtes ont été menées en deux temps auprès des mêmes groupes cibles : d'abord en 2003 (T0), soit au tout début de l'implantation, et en 2005 (T2). Il était difficile de constituer un groupe « non GMF » aux fins de la comparaison, car, à l'époque, plusieurs cliniques envisageaient la possibilité d'en former un et de demander leur accréditation au cours des deux années suivantes.

Groupes cibles

Les groupes cibles sont formés de tous les médecins membres des dix-neuf premiers GMF, des infirmières qui y travaillaient, de patients de dix de ces GMF et, enfin, des différents sites faisant partie des GMF (cliniques, cabinets en solo, unités de médecine familiale et centres locaux de services communautaires – CLSC).

Objectifs

Les enquêtes auprès des médecins et des infirmières avaient pour objectif de mesurer les changements touchant la pratique médicale dans les GMF, le rôle du personnel infirmier clinicien de première ligne, la collaboration interprofessionnelle ainsi que la satisfaction professionnelle. L'enquête auprès des patients avait quant à elle pour objectif de mesurer les effets de l'implantation du modèle GMF sur l'accessibilité, la continuité et l'utilisation des services de santé. Les questionnaires remplis par les patients ont été préparés à partir d'instruments déjà existants, soit ceux de Jeanny Haggerty¹ – eux-mêmes inspirés de Starfield et Cassidy² ainsi que du National Primary Care Research on Development Centre³. Enfin, l'enquête concernant les sites porte sur différentes caractéristiques telles que les heures d'ouverture et les services offerts. Elle avait surtout pour but d'apporter une information factuelle complémentaire à celle dont nous disposions déjà.

-
1. J. HAGGERTY, *Questionnaire d'évaluation des soins de première ligne – Version adulte*, Montréal, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, 2001, 18 p.
 2. B. STARFIELD, *Primary Care Assessment Tool-Adult (Self-administered consumer-client survey)*, Baltimore (Maryland), Primary Care Policy Center, Johns Hopkins University, 1996, 14 p.
 3. General Practice Assessment Survey (2001). *You and Your Doctor: The General Practice Assessment Survey (GPAS-2)*, Manchester (Royaume-Uni), National Primary Care Research and Development Centre, 8 p.

Collecte des données

Les questionnaires s'adressant soit aux médecins, soit aux infirmières ont été envoyés à tous ceux et celles qui pratiquaient dans les dix-neuf GMF au moment de l'enquête. Les médecins ont rempli le questionnaire dans une proportion de 77 % au T0 ($n = 166$) et de 76 % au T2 ($n = 170$) ; pour les infirmières, le taux de réponse est de 100 % tant au T0 ($n = 36$) qu'au T2 ($n = 40$).

Au T0 et au T2, 59 % des médecins sont des hommes, tandis que le personnel infirmier est à environ 95 % féminin. Pour ce qui est du groupe d'âge et du nombre d'années d'expérience, plusieurs médecins et infirmières ont changé de catégorie entre les deux moments où ils ont rempli le questionnaire. Par exemple, au T0, 30 % des médecins ainsi que 72 % des infirmières avaient moins de 40 ans ; au T2, les proportions s'établissent à 24 % et à 48 % respectivement.

Tableau 1
Principales caractéristiques des médecins et des infirmières ayant répondu à l'enquête dans les 19 premiers GMF en 2003 (T0) et en 2005(T2)

PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTS	MÉDECINS		PERSONNEL INFIRMIER	
	T0	T2	T0	T2
	($n = 166$) (%)	($n = 170$) (%)	($n = 36$) (%)	($n = 40$) (%)
Sexe				
Masculin	59	59	3	7
Féminin	41	41	97	93
Âge				
Moins de 40 ans	30	24	72	48
De 40 à 49 ans	43	41	17	45
50 ans et plus	27	35	11	7
Années d'expérience				
Moins de 10 ans	19	19	29	25
De 10 à 25 ans	56	50	63	68
Plus de 25 ans	25	31	8	7

Pour ce qui est de l'enquête menée auprès des patients, les répondants ont été recrutés dans les salles d'attente de 10 des 19 GMF sur lesquels porte l'étude. Ils pouvaient remplir le questionnaire eux-mêmes ou se faire aider d'un membre de l'équipe de recherche.

Au total, 906 patients ont participé à l'enquête au T0 et ils étaient 1 051 au T2. Environ 1 répondant sur 4 a 65 ans et plus ; 2 sur 3 sont des femmes ; 1 sur 5 juge son état de santé moyen ou mauvais ; 4 sur 5 fréquentent la clinique depuis au moins trois ans et 2 sur 3 ont consulté le médecin au moins trois fois au cours des douze mois précédant l'enquête. Il n'y a aucune différence statistiquement significative entre les groupes de répondants des T0 et T2 en ce qui a trait à ces caractéristiques.

Les 10 GMF dans lesquels s'est déroulée l'enquête auprès des patients se répartissent dans 9 régions sociosanitaires. En ce qui a trait au statut de ces GMF, 5 sont publics, 3 sont privés et 2 sont mixtes ; 6 d'entre eux comprennent plus d'un site, tandis que le nombre de médecins varie de 8 à 20 par GMF.

Tableau 2
Principales caractéristiques des patients ayant répondu à l'enquête dans 10 des 19 premiers GMF en 2003 (T0) et en 2005(T2)

PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTS	PATIENTS	
	T0	T2
	(n = 906) (%)	(n = 1 051) (%)
<i>Sexe</i>		
Masculin	36	35
Féminin	64	65
<i>Âge</i>		
Moins de 35 ans	26	26
De 35 à 64 ans	51	50
65 ans et plus	23	22
<i>Habitant seul</i>		
Oui	21	23
<i>Santé perçue</i>		
de mauvaise à moyenne	22	21
bonne	32	32
d'excellente à très bonne	46	47
<i>Patient de la clinique depuis</i>		
2 ans ou moins	22	21
de 3 à 5 ans	17	17
6 ans ou plus	61	62
<i>A consulté un médecin de la clinique</i>		
1 ou 2 fois au cours des 12 derniers mois	35	36
3 fois ou plus	65	64

Enfin, pour ce qui est de la dernière enquête, nous avons envoyé un questionnaire pour chacun des 45 sites que comptent au total les 19 premiers GMF. Nous avons demandé aux adjointes administratives ainsi qu'aux secrétaires de ces sites de remplir un questionnaire par site. Au T0, les questionnaires qui ont été remplis portaient sur 35 sites, dont 18 sites principaux et 17 sites affiliés ; au T2, les questionnaires remplis concernaient 34 sites (17 sites principaux et autant de sites affiliés) ; enfin, de l'information sur 27 sites (16 sites principaux et 11 sites affiliés) a été obtenue à la fois au T0 et au T2.

Traitement et analyse des données

La saisie et le traitement des données ont été effectués à la Direction de l'évaluation du Ministère, par des membres de l'équipe de recherche GMF.

L'analyse a été axée principalement sur les différences observées entre le T0 et le T2 au regard des indicateurs retenus. Nous avons aussi comparé entre eux les médecins, d'une part, et les patients, d'autre part, selon une série de variables – dont le statut du GMF (médecins et patients), le principal lieu de pratique en première ligne (médecins), l'effectif des médecins sur le territoire, la taille de la municipalité où se trouve le site, le statut privé ou public de celui-ci et l'âge (patients). Des tests de signification statistique ont été appliqués aux données issues de l'enquête auprès des patients. Nous n'avons pu toutefois effectuer ce type de comparaison pour le personnel infirmier, la grosseur du groupe cible n'en permettant pas la subdivision. En ce qui concerne l'enquête sur les sites, nous avons essentiellement comparé les sites principaux aux sites affiliés en plus de prêter attention aux différences observées entre le T0 et le T2.

VOLET QUALITATIF

ENTREVUES INDIVIDUELLES AUPRÈS DES ACTEURS

Approche

Le processus d'implantation des GMF est appréhendé à travers l'expérience des principaux acteurs, telle que ces derniers l'ont rapportée. Le cadre de référence que nous avons utilisé pour l'interprétation des données est inspiré de Giddens⁴ ; il tient compte de la contribution des *agents* à la construction de l'organisation dans laquelle ils travaillent, et non seulement des normes, des valeurs ou des règles émanant des institutions. Afin de pouvoir retracer le chemin parcouru, nous avons mené deux séries d'entrevues, la première en 2003-2004 (T1) et la seconde en 2005-2006 (T2).

Sélection des GMF et des informateurs

Sept des dix-neuf premiers GMF ont été sélectionnés pour les entrevues individuelles. De façon à ce que chaque cas de figure soit représenté, le choix a été effectué à partir du type de milieu (rural ou urbain) et de la région où le GMF est situé, de la taille du GMF et du statut (public ou privé) de celui-ci. Ainsi, parmi les GMF retenus pour le volet qualitatif, cinq ont été formés dans des cliniques privées (quatre en milieu urbain et l'autre en milieu rural), un GMF, dans un CLSC (en milieu rural) et le dernier, dans une Unité de médecine familiale (en milieu urbain). Les sept GMF sont répartis dans les cinq régions sociosanitaires suivantes : Bas-Saint-Laurent, Saguenay–Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale, Côte-Nord et Lanaudière.

Les acteurs interviewés ont été choisis en fonction de leurs rôles respectifs à l'intérieur d'un GMF ou dans le réseau de la santé (échantillon intentionnel). Pour chacun des sept GMF, nous demandions à rencontrer quatre médecins – dont le médecin responsable –, deux infirmières, l'adjointe administrative, une personne représentant la Direction générale de l'établissement parrain (CLSC au T1 et CSSS au T2), une autre représentant la Direction des soins infirmiers ou la Direction des services professionnels et hospitaliers de l'établissement parrain, la chargée de projet à l'agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de la région et une personne représentant le Département régional de médecine générale (DRMG) et dont le dossier lui est familier.

Schéma des entrevues et terrain

Les entretiens étaient semi-dirigés. Le schéma de ces entrevues a été adapté aux différentes fonctions des acteurs. Quelques modifications y ont été apportées au cours de la deuxième série d'entrevues, mais il était globalement le même au T1 et au T2. Les thèmes principaux concernaient les diverses composantes du modèle GMF ainsi que les liens de la clinique et des professionnels avec le réseau. Pendant les entrevues, l'intervieweur était généralement accompagné d'un collègue-observateur dont la tâche

4. A. GIDDENS, *La constitution de la société : Éléments de la théorie de la structuration*, Paris, Presses universitaires de France, 1984, 461 p.

consistait à prendre des notes et à poser des questions à la fin si certains propos devaient être éclaircis.

De 6 à 10 personnes par GMF ont été rencontrées une première fois entre novembre 2003 et juin 2004 (T1), puis une seconde fois entre mai 2005 et octobre 2006 (T2). En tout, 59 entrevues ont été menées au T1 et 65 l'ont été au T2 ; elles ont duré deux heures en moyenne.

Le tableau suivant indique le nombre d'entrevues effectuées ainsi que le nombre de participants-informateurs au T1 et au T2, selon le lieu de travail – soit dans un GMF ou dans le réseau – et la fonction.

Tableau 3
Nombre d'entrevues et nombres de participants aux entrevues selon leur fonction et leur lieu de travail en 2003-2004 (T1) et en 2005-2006 (T2)

ACTEURS	ENTREVUES		PARTICIPANTS-INFORMATEURS			
	T1	T2	T1 et T2	T1 seul.	T2 seul.	Total
<i>GMF</i>						
Médecins responsables	7	8	6	1	2	9
Autres médecins membres	17	19	12	5	7	24
Infirmières	14	13	7	7	6	20
Adjointes administratives	4	6	4	0	2	6
Sous-total	42	46	29	13	17	59
<i>Établissement parrain ou ASSS</i>						
Directeurs ou directrices générales de l'établissement	3	4	1	2	3	6
Responsables de la Direction des soins infirmiers de l'établissement partenaire	6	7	3	3	4	10
Chargés de projet	5	5	1	4	4	9
Personnes représentant la Direction régionale de médecine générale	3	3	0	3	3	6
Sous-total	17	19	5	12	14	31
Total	59	65	34	25	31	90

Tant au T1 qu'au T2, environ 7 entrevues sur 10 ont été menées auprès d'acteurs des GMF et les autres, auprès d'acteurs des ASSS ou des établissements. Parmi tous les informateurs des GMF qui ont participé à l'évaluation – au nombre de 59, T1 et T2 inclus –, près de la moitié ont été interviewés à la fois au T1 et au T2, un peu moins du

quart l'ont été seulement au T1 et un peu plus du quart, seulement au T2. La situation est fort différente pour les informateurs des agences ou des établissements puisque seulement 5 sur 31 (16 %) ont été interviewés au T1 et au T2. En fait, le terrain reflète la réalité du réseau de la santé et des services sociaux, marquée par d'importants changements organisationnels qui découlaient de la fusion des établissements et de la création des CSSS entre le T1 et le T2.

Traitement et analyse

Les entrevues ont été transcrites mot à mot. Leur contenu a été codifié à partir de catégories ; certaines d'entre elles étaient prédéterminées et d'autres ont été définies au cours de l'opération. Afin d'assurer le plus large consensus en ce qui a trait à l'interprétation des codes, des entrevues ont d'abord été codifiées par tous les membres de l'équipe puis, une fois la concordance claire, codifiées individuellement à l'aide du logiciel d'analyse de données qualitatives NUD*IST. Les entrevues ont ensuite fait l'objet de descriptions par cas dans quatre des sept GMF au T1 et dans tous les GMF au T2. L'étape suivante consistait à analyser ces synthèses par thème. En tout dernier lieu, les résultats des entrevues individuelles ont été croisés avec ceux des enquêtes par questionnaire.

Groupes de discussion formés de patients

En novembre et décembre 2005, des groupes de discussion ont été formés dans quatre GMF – trois cliniques privées et un établissement public – afin que nous puissions mieux connaître le point de vue des patients inscrits. Deux GMF sont situés dans une municipalité faisant partie d'une région métropolitaine de recensement et les deux autres, dans une municipalité de 10 000 habitants ou moins – soit en milieu rural. Les quatre GMF ont été choisis en fonction des niveaux d'accessibilité et de continuité des services qu'ils offrent, tels que ces niveaux ont été mesurés à partir des résultats de l'enquête par questionnaire menée auprès des patients. Ainsi, dans le premier GMF, l'accessibilité est faible tandis que la continuité est moyenne ou inférieure ; dans le deuxième, l'accessibilité est faible et la continuité, moyenne ; dans le troisième, l'accessibilité est élevée alors que la continuité est moyenne ; dans le quatrième, et dernier GMF, l'accessibilité et la continuité sont élevées.

Pour participer aux groupes de discussions, les patients devaient avoir fréquenté la clinique antérieurement à l'accréditation du GMF, être inscrits dans ce GMF et y avoir effectué au moins trois visites au cours de la dernière année. Les groupes devaient en outre être composés, au moins pour la moitié, de patients suivis par une infirmière. En tout, 35 patients ont participé aux groupes de discussion : 20 ont été recrutés à partir des listes constituées par l'équipe de recherche au cours de l'enquête par questionnaire et 15, à partir des listes fournies par les infirmières des GMF. Parmi les participants, environ les deux tiers étaient des femmes, une dizaine d'entre eux avaient des enfants de moins de 18 ans et le tiers avaient 65 ans et plus. Un peu plus du tiers de ces participants fréquentaient la clinique depuis 5 à 19 ans, plus de 40 % d'entre eux s'y rendaient depuis 20 à 40 ans et près du quart disaient la fréquenter « depuis toujours ».

Les propos recueillis dans les groupes de discussion, transcrits mot à mot, ont servi à étayer et à compléter les résultats de l'enquête par questionnaire menée auprès des patients en 2003 et en 2005.

VOLET COMPARATIF ENTRE LES GMF ET LES CLINIQUES NON GMF

Un modèle quasi expérimental

L'implantation des GMF peut difficilement être isolée des autres facteurs ayant une influence sur la dispensation et l'utilisation des services sociosanitaires. Le contrôle des facteurs externes aux GMF est donc crucial si nous voulons tirer de l'étude des enseignements valables sur l'effet de ce mode d'organisation des services. L'évaluation s'appuie pour cela sur la comparaison entre des cliniques devenues GMF et d'autres qui ne le sont pas devenues et qui sont comparables, avant et après l'accréditation. Elle consiste à mesurer les écarts entre l'évolution de divers indicateurs relatifs aux patients des médecins membres des premiers GMF et à ceux de médecins pratiquant dans des cliniques ou des cabinets non GMF. Contrairement aux autres sections de ce rapport, les sites de 21 GMF constitués presque exclusivement de cliniques privées ont été comparés à des cliniques non GMF.

Ce modèle d'évaluation, quasi expérimental, exige que nous prêtions une attention particulière au problème potentiel de biais de sélection. Pour limiter ce biais, les sites des GMF ont été appariés, un à un, avec des cliniques qui n'avaient pas le statut de GMF ou de clinique-réseau pendant la période couverte par l'étude, soit entre le 1^{er} juillet 2001 et le 30 juin 2006. Les critères retenus pour l'appariement sont : la taille de la clinique (nombre de médecins), la localisation de celle-ci d'après le code ZIM¹, l'accessibilité aux services médicaux dans le secteur de la clinique², l'âge moyen ainsi que la défavorisation sociale et matérielle des patients. Les cliniques ainsi sélectionnées sont qualifiées de *cliniques comparables*. Les données brutes ont été standardisées selon l'âge et le sexe.

Sources et limites des données

Les données proviennent des fichiers sur les services médicaux rendus que produit la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). On y trouve de l'information sur la rémunération versée aux médecins, les patients, les types d'actes, les diagnostics posés et le lieu des consultations. Parmi tous les modes de rémunération des médecins, seul le paiement à l'acte permet d'identifier à la fois le fournisseur des soins de santé et le bénéficiaire de ceux-ci. Généralement, ce mode de rémunération s'applique à la pratique médicale en cabinet ou en clinique privée, par opposition aux consultations médicales faites dans un établissement de santé du réseau.

Puisque les fichiers des services médicaux répertorient exclusivement la rémunération des médecins, les services fournis par le personnel infirmier sont exclus de cette étude. Les activités professionnelles liées au fonctionnement des GMF, notamment la garde et

-
1. Voir STATISTIQUE CANADA, *Zones d'influence des régions métropolitaines de recensement et des agglomérations de recensement (ZIM) : description de la méthodologie*, [En ligne]. [<http://www.statcan.ca/bsolc/francais/bsolc?catno=92F0138M2000002>].
 2. L'accessibilité a été établie à l'aide de CONSOM (MSSS), logiciel utilisé par la Direction de la main-d'œuvre médicale du Ministère.

les forfaits du médecin responsable, sont rémunérées selon un tarif horaire et ne visent pas des patients identifiables ; elles aussi sont exclues de l'analyse. Enfin, les médecins retenus pour l'analyse ont obtenu, pour chaque période d'observation, un minimum de 5 000 \$ en paiements à l'acte en cabinet privé dans la municipalité où se trouve le GMF ou la clinique comparable.

À moins qu'il ne s'agisse d'un GMF, il n'y a pas de numéro d'identification des cliniques où pratiquent les médecins dans les fichiers de la RAMQ ; seule la municipalité de l'adresse de facturation des médecins est connue. Pour contourner cette difficulté et pouvoir identifier les médecins, nous avons utilisé le *Répertoire des cliniques médicales d'omnipratique au Québec en 2002*³. Un appel téléphonique dans les différentes cliniques a permis de vérifier et de mettre à jour cette information.

Définitions

Le terme *patient* désigne toute personne ayant obtenu au moins un service d'un omnipraticien qui travaille dans l'une des cliniques sélectionnées pour l'étude au cours d'une période de 12 mois (du 1^{er} juillet d'une année au 30 juin de l'année suivante). Le *nombre de patients vus annuellement* équivaut à l'ensemble de ces personnes. Par ailleurs, celles qui ont obtenu des services de plus d'un omnipraticien font ainsi partie de la clientèle de plus d'un médecin.

Chaque personne vue en consultation a été reliée à un *médecin habituel*, soit celui auprès duquel la plus grande proportion de services médicaux en omnipratique a été dispensée au cours de la période qui a fourni la plus grande valeur monétaire de services de médecine générale au cours de la période. Les termes *patients réguliers* de la clinique regroupent ainsi toutes les personnes ayant leur médecin habituel à la clinique.

Une «*visite* » regroupe toutes les rencontres médecin-patient d'une même journée.

La liste établie en 2004 d'après un consensus canadien⁴ a été employée pour définir les *conditions sensibles aux soins de première ligne*. On y trouve les problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie, l'asthme, la dépression, le diabète et l'hypertension, selon la neuvième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9) de l'Organisation mondiale de la santé. Les diagnostics inscrits sur les demandes de paiement des médecins ont été utilisés.

3. M. Demers (collaboration à la rédaction), « Un nouveau répertoire : Cliniques médicales d'omnipratique au Québec », *Coup d'œil sur la recherche et l'évaluation*, n° 9, février 2003, 2 p.

4. QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Rapport du Québec sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 102 p.

ANNEXE 3
FACTEURS FAVORISANT L'IMPLANTATION DES GMF

TABLEAU 1
FACTEURS CONTEXTUELS ET ENVIRONNEMENTAUX
QUI FAVORISENT OU QUI ENTRAVENT L'IMPLANTATION DES GMF

FACTEURS CONTEXTUELS / ENVIRONNEMENTAUX	
Conditions favorables	
- Consensus autour des recommandations formulées par les commissions des gouvernements fédéral et provincial (<i>Romanow, Kirby, Clair</i>) au sujet de la réorganisation des services de 1^{re} ligne : - interdisciplinarité ; - intégration des services. - Cohérence des politiques gouvernementales, pour mieux répondre aux besoins de la population : - création des RLS, des CSSS et des RUIS par le ministre de la Santé et des Services sociaux ; - association aux CSSS de partenaires hors établissement, dont les médecins de famille ; - entrée en vigueur de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, pour inciter à une collaboration interprofessionnelle.	- Augmentation et adaptation de la rémunération des omnipraticiens qui pratiquent dans un GMF. - Ouverture au changement d'un bon nombre de médecins et d'infirmières se montrant prêts à adopter un nouveau modèle d'organisation des soins et des services de 1^{re} ligne. - Financement du gouvernement fédéral pour la réorganisation des services de première ligne (Fonds pour l'adaptation des services de santé).
Conditions défavorables	
- Fonctionnement en parallèle et différences de cultures organisationnelles entre les établissements de santé publics et les cliniques médicales privées. - Perturbations liées à la création des CSSS, impliquant des fusions d'établissements et de syndicats (période de transition, changements dans les postes administratifs, les règles syndicales, etc.).	- Lourdeur de la charge de travail en milieu hospitalier dans certaines régions éloignées ou de la charge d'enseignement dans les UMF, condition qui réduit la disponibilité des médecins dans les GMF.

TABLEAU 2
FACTEURS STRUCTURELS ET ORGANISATIONNELS
QUI FAVORISENT OU QUI ENTRAVENT L'IMPLANTATION DES GMF

FACTEURS STRUCTURELS ET ORGANISATIONNELS	
Conditions favorables	
- Ressources allouées à l'implantation (groupe de soutien, équipe projet et chargés de projet). - Entente contractuelle à la base du modèle GMF, laquelle implique : - l'adhésion volontaire des médecins ; - des lignes de conduite formelles ; - des objectifs à moyen terme ; - la négociation entre les parties ; - l'adaptation du modèle. - Soutien technique et financier du MSSS et flexibilité des critères d'allocation des ressources. - Entrée en fonction, dans les GMF, d'infirmières qualifiées et connaissant le réseau de la santé. - Rôle de gestion de l'adjointe administrative et organisation du secrétariat.	- Stabilité des effectifs (médecins, infirmières et autres catégories d'emploi). - Participation des médecins au processus de sélection des infirmières. - Investissement en temps de la part des médecins, des infirmières et des adjointes administratives pour mieux s'adapter au changement et mieux organiser le travail à la clinique. - Tables territoriales réunissant des médecins pratiquant dans des GMF et d'autres omnipraticiens. - Définition de pratiques communes concernant la gestion clinique et administrative. - Réunions formelles tenues dans les GMF. - Soutien matériel : locaux adéquats, équipements, etc. - Système informatique fonctionnel et adapté aux activités cliniques. - Accès à des données sur les patients inscrits (planification). - Participation à des activités de formation continue.
Conditions défavorables	
- Manque d'orientations claires du MSSS et retards dans la production et la distribution de la documentation. - Lourdeur administrative dans certains CSSS (bureaucratization). - Changements de certains paramètres du programme en cours de route (inscription, équipement et soutien technique en informatique). - Faible rapport médecins/infirmières.	- Hétérogénéité des pratiques et pénurie de personnel infirmier qualifié rendant difficile le remplacement de celui-ci dans les GMF. - Lenteur de l'informatisation du réseau. - Manque d'intérêt des médecins et des infirmières relativement au soutien d'Info-Santé.

TABLEAU 3
FACTEURS CLINIQUES ET PROFESSIONNELS
QUI FAVORISENT OU QUI ENTRAVENT L'IMPLANTATION DES GMF

FACTEURS CLINIQUES ET PROFESSIONNELS	
Conditions favorables	
- Ouverture des médecins aux nouvelles pratiques relatives à la collaboration interprofessionnelle. - Approche commune centrée sur les besoins, l'éducation et la responsabilisation des patients. - Harmonisation des pratiques des médecins du GMF. - Leadership infirmier axé sur l'évolution de la profession et de la collaboration interdisciplinaire. - Temps d'appropriation et d'apprentissage pour les professionnels. - Confiance des médecins et des patients envers les infirmières.	- Expérience acquise auprès des médecins et des patients, laquelle favorise le développement des compétences des infirmières. - Reconnaissance par les médecins des compétences des infirmières. - Clarification des rôles et rapports égaux entre les médecins et les infirmières. - Encadrement clinique par la Direction des soins infirmiers. - Mise en commun d'outils et de connaissances entre les professionnels des GMF. - Délégation formelle des actes médicaux. - Comités médico-infirmiers.
Conditions défavorables	
- Méconnaissance du rôle des infirmières cliniciennes, laquelle entraîne la sous-utilisation de ses compétences. - Craintes et incertitudes relativement à la délégation d'actes médicaux aux infirmières (imputabilité).	- Manque de temps consacré par les médecins à la conception d'outils de collaboration avec les infirmières. - Complexité des processus relatifs à l'élaboration des ordonnances collectives et à la rédaction des protocoles.

TABLEAU 4
FACTEURS INTERACTIONNELS ET RELATIONNELS
QUI FAVORISENT OU QUI ENTRAVENT L'IMPLANTATION DES GMF

FACTEURS INTERACTIONNELS ET RELATIONNELS	
Conditions favorables	
- Vision commune du modèle GMF ainsi que partage de valeurs, de croyances et d'attitudes. - Engagement à la construction d'un projet commun centré sur la santé et le mieux-être des patients . - Leadership fort et crédible des médecins responsables (mobilisation autour de la mission et des finalités du GMF).	- Influence positive des pairs. - Sentiment d'appartenance à une équipe. - Bon climat de travail (ouverture aux autres, respect, entraide, complicité). - Lieux et mécanismes d'échange sur les façons de faire pour les infirmières des différents GMF.
Conditions défavorables	
- Résistance aux changements dans les façons de faire habituelles, attitude pouvant être à la source de relations conflictuelles.	