



Espace Santé



Benoit Gareau
Groupe Espace Santé



Nous sommes heureux de vous offrir en cette nouvelle année la troisième édition du Journal Espace Santé. Comme vous pourrez le constater, la qualité des textes est sans conteste à la hauteur des attentes.

L'année 2006 est terminée, mais des questionnements quant à l'organisation et au financement du réseau de la santé restent en suspens. Nous vous proposons dans cette édition du Journal Espace Santé une série de textes d'opinions sur des problématiques qui affectent le système de santé. Des textes qui ont pour but d'alimenter vos réflexions sur des enjeux en santé.

Nous connaissons tous des situations que l'on voudrait voir changer. Nous savons par exemple qu'il y a des pratiques cliniques ou des équipes de gestion qui fonctionnent à merveille et qui permettent de développer un environnement de travail épanouissant, mais nous en connaissons d'autres qui ne sont pas à la hauteur des attentes. Il faut connaître, comprendre et diffuser ces meilleures pratiques pour qu'ensemble nous puissions progresser vers une offre de service adéquate et efficace. Nous croyons toutefois que vous devez être participants au changement pour que ces derniers réussissent.

Vous comprendrez que notre démarche vise à développer une conscience politique chez des acteurs du réseau, mais aussi à construire ce nouveau leadership Espace Santé. Nous croyons que nous devons mettre au grand jour les incohérences vécues dans notre système de santé pour nous permettre de retrouver une certaine

logique d'organisation et des solutions globales en santé. Le défi du Groupe Espace Santé est de devenir, de par ces activités, une organisation dynamique permettant aux acteurs du système de santé d'exprimer des réflexions crédibles et des opinions communes sur des sujets d'actualité.

Dans cette édition du Journal Espace Santé, vous pourrez lire des textes sur différentes problématiques en santé. Vous trouverez des textes pertinents de Linda Cazale, sur le projet de loi 33, de François-Pierre Gladu sur la situation préoccupante des médecins de famille au Québec, de Benoit Gareau sur la situation des listes d'attente et des solutions pour y remédier et de Frédéric Gilbert qui aborde l'expérience des Groupes de médecins de famille. Finalement, nous incluons un résumé du travail de maîtrise en administration publique qui a permis à Mme Natacha Viens de remporter le «prix travail étudiant» décerné par l'Institut d'administration publique du Québec.

L'année 2006 se termine avec l'espoir que 2007 sera meilleure si nous faisons collectivement les bons choix. Nous espérons que l'année 2007 sera pour vous, pour vos proches et votre famille des plus heureuses et des plus épanouissantes.

Au plaisir de vous revoir lors de nos prochaines activités,

Benoit Gareau
Président du Groupe Espace Santé

Éditorial

PROCHAIN 5 À 7

CONFÉRENCE ESPACE SANTÉ SUR LES

**COOPÉRATIVES EN SANTÉ
AVEC LES CONFÉRENCIERS
M. JEAN-PIERRE GIRARD,
M. CLAUDE BÉLAND ET LE
DR BERNARD GÉLINAS**

MARDI LE 27 MARS 2007 AU
NEWTOWN

SURVEILLEZ LE SITE
ESPACE SANTÉ À
www.espacesante.ca

ÉDITORIAL 1

LOI 33. (TEXTE DE LINDA
CAZALE)..... 2-3

MÉDECINS. (TEXTE DU
DR. FRANÇOIS - PIERRE
GLADU)..... 4-5

PHOTOS DU 5 À 7 DE NOV
2006..... 6

DÉLAIS D'ATTENTE. (TEXTE
DE BENOIT GAREAU)..... 7-8

GMF. (TEXTE DE FRÉDÉRIC
GILBERT)..... 9-11

INTERDISCIPLINARITÉ.
(RÉSUMÉ DE NATASHA
VIENS)..... 12

JOURNAL ESPACE
SANTÉ..... 12

ALLOCUTION DU
PRÉSIDENT..... 13

PUBLICITÉ..... 14

www.espacesante.ca





Quelques réflexions amenées par le projet de loi 33 sur la garantie d'accès

Linda Cazale, Ph.D.,

Gestion et organisation des services de santé, Centre de recherche Hôpital Charles LeMoine et professeure associée, Université de Sherbrooke (Département des sciences de la santé communautaire)



Le projet de loi 33, toujours à l'étude au moment d'écrire ces lignes, s'inscrit dans la foulée de l'affaire Chaoulli

et du Livre blancⁱⁱ «Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité» déposé à l'hiver 2006. Ce Livre blanc constitue la réponse préliminaire du gouvernement suite au jugement de la Cour suprême du Canada, rendu en juin 2005, dans cette cause. Bien qu'il ait été possible de donner suite autrement à ce jugement et d'invoquer la clause dérogatoire prévue dans la Charte des droits et des libertés de la personne - c'est du moins la position soutenue par des juristes dont Me Marie-Claude Prémont, professeure à la Faculté de droit de l'Université McGill,ⁱⁱⁱ - le gouvernement a choisi de ne pas se soustraire au jugement. S'il est adopté, le projet de loi 33 va permettre d'instaurer ce qu'on appelle une «garantie d'accès», dans des délais raisonnables, pour trois chirurgies : cataracte, genou et hanche. Le projet de loi 33 assortit cette garantie d'accès de trois changements majeurs quant aux modalités régissant actuellement le système de soins. Bien que ces changements touchent uniquement les trois chirurgies citées, le ministre pourrait assujettir, par voie réglementaire, d'autres services à cette garantie d'accès.

Premier changement majeur, le projet de loi prévoit la levée de l'interdiction de la contractualisation pour les citoyens à une assurance privée pour un nombre limité de chirurgies (cataracte, genou et hanche). Deuxième changement, le projet de loi définit et permet la création d'un régime

juridique d'exercice d'activités médicales dans des centres médicaux spécialisés, centres à propriété privée (à but lucratif) au sein desquels pourraient être pratiqués au moins l'une des trois chirurgies. Il est à noter que les médecins pratiquant dans ces centres devront obligatoirement ne pas participer au régime d'assurance-maladie du Québec. Enfin, le projet de loi prévoit des modalités d'instauration d'un mécanisme central de gestion de l'accès au sein des établissements publics où sont pratiquées au moins l'une des chirurgies visées.

Les critiques fusent quant à ce projet de loi et aucun acteur n'apparaît satisfait par la solution proposée. D'aucuns s'objectent à la levée de l'interdiction à l'assurance privée pour ces chirurgies et à une hausse de l'offre par le secteur privé. C'est le cas entre autres de la Coalition Solidarité Santé qui propose une solution incluant le développement de cliniques ambulatoires publiques et une amélioration de la gestion et de la coordination des listes d'attente. D'autres acteurs considèrent que le projet de loi fait une ouverture trop timide au partenariat avec le secteur privé - entre autres, les actionnaires majoritaires des centres médicaux devront être des médecins - et que les modalités liées au mécanisme d'accès vont donner lieu à une réglementation irritante et à une politisation des délais d'attente. C'est la position soutenue par certains ordres professionnels et associations médicales, déçus par ailleurs de l'issue des dernières négociations et de l'imposition d'une loi d'exception en juin dernier.

Mais est-ce que le projet de loi 33 constitue une réponse intéressante quant aux suites à donner à l'affaire Chaoulli? Autrement dit, est-ce qu'il constitue une proposition efficace - l'attente moyenne et les files d'attente vont-elles baisser? - efficace - la production dans le secteur privé va-t-elle se faire, pour des clientèles d'une gravité équivalente, à un coût moindre que dans le secteur public? - et équitable - l'attente moyenne va-t-elle diminuer tant pour les personnes assurées par le secteur privé que pour celles qui auront recours au secteur public? Les informations rendues disponibles ne permettent pas de porter un jugement fin sur ces trois critères notamment quant aux coûts de production des soins. Le discours se veut rassurant et le Livre blanc indique (p. 45) que la perspective est de permettre l'ouverture à l'assurance privée, en limitant toutefois son étendue puisque les conditions seront en place dans le système public pour accroître la production des services visés et en garantir l'accès. De plus, des modalités sont prévues afin de restreindre l'attrait et le transfert de ressources du secteur public vers une production importante de services dans le secteur privé grâce notamment à l'étanchéité de la pratique médicale. Il reste que la solution «mi-figue, mi-raisin» du projet de loi 33 contribue à l'accentuation de notre système de soins de plus en plus «à 2 vitesses». Ainsi en favorisant l'expression d'une offre et d'une demande privée pour certains soins - cette demande pouvant provenir tant des assurés du secteur privé que par ceux du secteur public si l'attente devait se prolonger

" L'amélioration de l'accès n'est pas qu'une question de ressources mais aussi une question de gestion : en effet, peut-on vraiment gérer ce qu'on ne mesure pas? "

...

" Si l'accès est valorisé, il devrait l'être dans les différents milieux: tant à l'hôpital, dans la communauté et au domicile des personnes. "

Une solution «mi-figue, mi-raisin» dans l'affaire Chaoulli

... la suite page 3

...



Quelques réflexions amenées par le projet de loi 33 sur la garantie d'accès

■ ■ ■ la suite par Linda Cazale

délai qui reste à convenir - il est entendu que les citoyens qui auront pu contracter une assurance privée verront eux leur attente diminuer. Pourquoi la capacité de payer des gens devait avoir préséance sur les besoins et sur le principe du bien commun? D'autres solutions étaient-elles possibles? Par exemple, aurait-il été envisageable dans un premier temps de tirer parti des infrastructures et des équipements déjà disponibles et d'augmenter la capacité de l'offre publique? Deux préoccupations additionnelles m'apparaissent importantes : l'importance de la mesure des listes d'attente et celle des clientèles.

Mais peut-on gérer ce qui n'est pas mesuré?

Par ailleurs, il est intéressant de noter la lecture moins pessimiste du ministre de la Santé quant au niveau de ressources consacrées à la santé. Ainsi, selon un article paru dans *Le Devoir* le 30 septembre 2006, (...) «la situation financière du réseau n'est pas dramatique et [que] tant que les dépenses en santé resteront stables par rapport au PIB, l'État pourra continuer de financer le réseau sans demander de contribution supplémentaire aux usagers»^{vi} (...). À comparer au contenu provenant du Livre blanc, où il est entre autres soulevé (p. 53) que les dépenses de santé croîtront à rythme beaucoup plus rapide que celui des revenus budgétaires ce qui entraînera à terme une situation financière difficilement soutenable pour le gouvernement du Québec, ce changement de ton peut en étonner plusieurs. À moins – diront les cyniques - d'une proximité avec un calendrier électoral... Dans ce nouveau contexte, il ne faut pas se surprendre de l'unanimité des acteurs qui demandent d'injecter des ressources dans le système de soins «performant et en pénurie» afin de favoriser un accès accru aux soins et, par ricochet, de diminuer les listes d'attente.

Cependant, l'injection de fonds ne viendra pas régler l'ensemble des problèmes de file d'attente : la solution passe également par la création de mécanismes organisationnels et professionnels de gestion de l'offre^v. Ces mécanismes auront à tenir compte des recommandations de bonnes pratiques cliniques ainsi que sur l'instauration de listes d'attentes unifiées sur des bases régionales voire provinciale. La mise en place de ces mécanismes va nécessiter une réflexion et une démarche concertée, incluant l'ensemble des acteurs, afin entre autres de définir et de

mesurer différents types de délais d'attente et de choisir des critères sur ce qui est «raisonnable» comme attente et sur ce qui ne l'est pas. La proposition de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) à l'effet de mettre en place des projets pilotes afin de développer et d'expérimenter, au préalable d'une diffusion large, les modèles les plus prometteurs de gestion de l'accès, est intéressante^{vi}. En ce sens, il importe de poursuivre les efforts entourant le développement d'indicateurs de gestion de la performance et ce, en s'appuyant sur une présence accrue de systèmes d'information clinique et de gestion. Beaucoup de travail reste à faire de ce côté et d'autres provinces canadiennes poursuivent une réflexion similaire sur ces mêmes préoccupations. L'amélioration de l'accès n'est pas qu'une question de ressources mais aussi une question de gestion : en effet, peut-on vraiment gérer ce qu'on ne mesure pas?

Et les autres clientèles non assujetties à la garantie d'accès?

Dans un premier temps et pour de multiples considérations, dont l'importance de listes d'attente et la disponibilité de données probantes sur les délais acceptables, la garantie d'accès va s'appliquer aux trois chirurgies uniquement (cataracte, hanche et genou). Bien que le principe d'instaurer une garantie d'accès soit généralement bien accueilli, certains craignent une application restrictive de ce principe alors que, dans un souci d'équité et de solidarité, il est difficile de privilégier des «clientèles» au détriment des autres. Autrement, s'immisce l'idée d'une hiérarchie entre les clientèles tout aussi vulnérables mais aussi plus silencieuses, moins revendicatrices et moins médiatisées telles les personnes atteintes d'un trouble envahissant du comportement^{vii}, d'un problème de santé mentale ou en attente de services à domicile alors que leurs besoins sont tout aussi importants. Une autre clientèle importante est constituée des personnes à la recherche d'un médecin de famille. Ces personnes, dans notre jargon les patients orphelins, sont de plus en plus nombreuses alors que simultanément l'accès à un médecin de famille apparaît plus difficile^{viii}. Cette tendance s'éloigne de la volonté exprimée, notamment lors de la récente Commission Clair, de faire de la première ligne l'assise du système de soins. En effet, si l'accès est valorisé, il devrait l'être dans les différents milieux : tant à l'hôpital, dans la communauté et au domicile des personnes.

ⁱ L'auteure tient à remercier M. Frédéric Gilbert, candidat au Ph.D. (santé publique) à l'Université de Montréal pour les commentaires reçus sur une version antérieure de ce texte.

ⁱⁱ Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*, février. (voir <http://msss.gouv.qc.ca>).

ⁱⁱⁱ Prémont, M-C (2006). «L'avenir du système de santé au Québec en cause – Un projet de loi qui n'a rien d'anodin», *Le Devoir*, édition du 30 octobre 2006. (voir <http://www.ledevoir.com>)

^{iv} Bourgault-Côté, G (2006). «Ministère – Un réseau en santé ... relative; Philippe Couillard fait son bilan du système après 3 ans», *Le Devoir*, édition du 30 septembre 2006. (voir <http://www.ledevoir.com>)

^v Contandriouopoulos, D, Blais, R & Pomey, M-P (2006). *De la difficulté de remplir une baignoire qui fuit; Commentaires sur le document «Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité»*, Mémoire déposé à la Commission des affaires sociales, mars 2006. (voir : <http://www.gris.umontreal.ca>)

^{vi} Association québécoise d'établissements de santé et des services sociaux (AQESSS) (2006). *Mémoire sur le projet de loi 33 Améliorer l'accès : plus de flexibilité pour de meilleurs résultats*, Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales, septembre 2006. (voir : <http://www.aqesss.qc.ca>)

^{vii} Voir Bernier, P-A, Bouchardeau, J-M, Frigon, J-G, & Thériault, J-N (2006). «Libre opinion – Santé : l'accès pour les clientèles vulnérables», *Le Devoir*, édition du 30 mai 2006. (voir <http://www.ledevoir.com>)

^{viii} Institut canadien d'information sur la santé (2005). *Les médecins de famille qui acceptent de nouveaux patients : Comparaison entre les résultats du sondage Janus de 2001 et de l'Enquête nationale auprès des médecins de 2004*, août 2005. (voir <http://www.icis.ca>)



Pénurie réelle ou ressentie de médecins de famille?

Par François-Pierre Gladu

MD, CMFC, Médecin de famille



Le réseau public de la santé souffre de sous-financement¹ mais ce n'est pas la seule cause de ses déboires. Les réformes en

cours, qui incluent l'informatisation des dossiers, la rationalisation de la consommation de médicaments et l'intégration des divers points de services médicaux, n'auront qu'un impact mineur sur l'efficacité des services tant qu'il n'y aura pas de médecins de famille en nombre suffisant pour prendre en charge la population du Québec. Dans les médias, la plupart s'entendent pour expliquer une bonne partie des maux du réseau par la pénurie de médecins au Québec. Est-ce légitime?

Les données de 2005 sur les proportions des populations provinciales qui ne sont pas prises en charge par un médecin régulier viennent tout juste d'être publiées par l'ICIS. On y remarque que:

- Le Québec est de loin la pire province pour la proportion (25%) de ses citoyens qui n'ont pas de médecin de famille malgré qu'elle soit 3^e au chapitre du nombre d'omnipraticiens par 100 000 habitants. Le Québec compte 16% plus de médecins de famille que le reste du Canada mais plus de deux fois plus de ses citoyens n'en ont pas.

De plus, Québec est 2^e derrière la Nouvelle-Écosse pour la proportion de médecins par 100 000 habitants, 18% davantage qu'ailleurs au Canada. Un plus grand nombre de spécialistes permet normalement aux médecins de famille de se concentrer davantage sur leurs tâches en première ligne.

- La Nouvelle-Écosse est la seule province mieux nantie en omnipraticiens que le Québec. Alors qu'elle n'a que 8% plus de médecins de première ligne, elle offre des services de médecine familiale de loin supérieurs à ceux du Québec: seulement 5,4% de ses habitants n'ont pas accès au médecin de famille.

- Les deux autres grandes provinces ont beaucoup moins de mal à fournir un médecin de famille à leurs payeurs de taxes. En effet, bien que la Colombie-Britannique compte autant d'omnipraticiens et moins de spécialistes que le Québec, seulement 11% de sa population n'a pas accès à un médecin de famille. Pour l'Ontario, qui est en réelle pénurie d'omnipraticiens (du moins par rapport au Québec qui en compte 28% plus), seulement 9% de sa population n'est pas suivie, soit trois fois mieux qu'au Québec.

Pour Montréal, la situation est encore pire et contribue à l'engorgement chronique des urgences. Alors que Toronto compte 9,4% de citoyens sans médecins de famille et se situe dans la moyenne de l'Ontario, la proportion de patients orphelins de médecin de famille grimpe à 32,4% à Montréal, pire que dans l'ensemble du Québec.

Au moins 200 000 Québécois ont perdu leur médecin de famille entre 1999 et 2004 et, durant la même période, au moins 900 000 autres auraient pu être suivis par les nouveaux médecins de famille, mais ne l'ont pas été, faute de disponibilité. Au total, près de 2 millions de citoyens sont orphelins de médecin de famille.

Or, un patient qui n'a pas de médecin de famille est souvent contraint de se rendre à l'urgence ce qui explique que plus de la moitié des consultations à

l'urgence soient non-urgentes. Ces visites coûtent 10 fois plus à l'État que les mêmes consultations en clinique médicale. De plus, les patients qui sont suivis par un médecin de famille meurent moins et coûtent moins cher en dépenses de santé, sont moins souvent hospitalisés et consomment moins de médicaments que les autres...⁴ Sans surprise, le Québec est la province canadienne qui consomme le plus en médicaments⁵. Il s'agit du plus grand gaspillage de fonds publics de notre génération.

Relativement choyé par un grand bassin de médecins, pourquoi alors le Québec fait-il si piètre figure? Depuis 1993, tous les nouveaux omnipraticiens ont dû assumer, au détriment de la prise en charge des patients en bureau et sous peine d'être pénalisés de 30% de leurs revenus, les activités prioritaires (AMP) en hôpital pour leurs 20 premières années de pratique. On parle de services médicaux essentiels, mais moins populaires auprès du corps médical parce que moins rémunérés ou prodigués en heures défavorables: les gardes de 24 heures, les soins auprès des aînés et les services obstétricaux et d'urgence. En pratique, très peu de centres hospitaliers acceptent qu'un médecin travaille dans ses locaux moins de 25 heures par semaine: le seuil obligatoire de 12 heures par semaine est donc purement symbolique.

Alors même que la population vieillissait, les médecins en fin de carrière qui quittaient les cabinets privés ne furent plus remplacés par les nouveaux et plusieurs cliniques médicales durent fermer. Tandis qu'un médecin de famille

" Nous améliorerions la santé de notre population et dégagerions des économies substantielles en désengorgeant les urgences et en redirigeant les patients vers les médecins de famille."

...la suite page 5



Pémurie réelle ou ressentie de médecins de famille?

■ ■ ■ la suite par François-Pierre Gladu

Alors même que la population vieillissait, les médecins en fin de carrière qui quittaient les cabinets privés ne furent plus remplacés par les nouveaux et plusieurs cliniques médicales durent fermer. Tandis qu'un médecin de famille est normalement en mesure de prendre en charge une clientèle de 1500 personnes, les 7600 omnipraticiens québécois s'occupent en moyenne de seulement 750 patients¹.

Dans toutes les autres provinces, l'ensemble des médecins a assumé les AMP via des incitatifs ciblés. Tous ont pu mettre l'épaule à la roue en hôpital et faire de la prise en charge en bureau. Les résultats sont à la fois clairs et convaincants. Mais au Québec, la rémunération des médecins est organisée à l'intérieur d'une enveloppe fermée. Lier les AMP en hôpital à une bonification de la rémunération aurait donc signifié un gel ou un recul de revenus pour les généralistes en bureau qui auraient choisi de ne pas participer aux activités prioritaires. Il semble évident que le dogmatisme des technocrates et le silence des médecins sur la question cruciale de l'enveloppe de rémunération fermée des omnipraticiens soient en partie responsables des ratés actuels dans le réseau. Depuis 15 ans, citoyens et médecins subissent ensemble les conséquences de ce manque de vision à long terme.

Dernièrement, le Collège des médecins, ordre professionnel voué à la protection du public en matière de soins de santé et non concerné par les demandes syndicales des médecins, rendait public son mémoire dans le cadre de la consultation parlementaire sur la réponse du gouvernement Charest à l'arrêt Chauilli de la Cour suprême. On pouvait notamment y lire : « Nous n'insisterons jamais trop sur le fait que l'accès à un médecin de famille est un problème criant et qu'y répondre aurait un effet structurant sur l'ensemble du système de santé. (...) Dans le domaine de la médecine de famille, l'assouplissement des contraintes imposées aux médecins, particulièrement les plus jeunes en début de pratique, comme les activités médicales particulières (AMP) (...), constitue une voie à explorer. »

Alors que le gouvernement Charest a mis l'accessibilité des soins de santé au cœur de ses

engagements et qu'en 2006 son ministre de la Santé ait reconnu que l'imposition des AMP a eu l'effet pervers de dépeupler les cabinets médicaux et de restreindre l'accès des gens à leur médecin de famille, on tarde toujours à éliminer ces mesures nuisibles. D'une gestion des services médicaux centrée sur les aspects punitifs et qui produit des effets néfastes sur l'accessibilité et la qualité des soins, on doit passer à une gestion des priorités axée sur les incitatifs dont le coût est estimé à 2 % de l'enveloppe de rémunération des omnipraticiens. Nous améliorerions la santé de notre population et dégagerions des économies substantielles en désengorgeant les urgences et en redirigeant les patients vers les médecins de famille. Le statu quo condamne la réforme Couillard à un échec coûteux, le quatrième en 15 ans.

¹ Les données de l'ICIS pour 2006 montrent que le Québec est la dernière des 10 provinces canadiennes au chapitre des dépenses en santé per capita (2580\$) et de la proportion du budget provincial allant à la santé (27,3%), avec un écart respectif de 18% et 36% au par rapport au reste du Canada (3038\$/capita et 37% des dépenses provinciales). Il faudrait ajouter au moins 3,5 G\$ à au budget de 20 G\$ allant à la santé pour déployer le même effort relatif que les autres provinces. Si la promesse du PLQ de remettre à niveau la financement de la santé en y ajoutant 2 G\$ en 2003 avait été tenue, une bonne partie des problèmes du réseau de la santé aurait été réglé.

² Voir tableau 1

³ Franks & Fiscella, *J Fam Pract* 1998; 47:105-9

⁴ Greenfield S, et al, *JAMA* 1992; 267:1624-30 ; Mark DH, et al, *J Fam Pract* 1996;43:33-9

⁵ http://secure.cihi.ca/cihiweb/fr/media_10may2006_fi5_f.html

⁶ Voir tableau 1

Tableau 1
Population de 12 ans et plus sans médecin de famille au Canada, 2005

	Population (milliers)	Sans médecin de famille (%)	Nombre de MD de fam (100 000)*
Québec	7 598	25.1	109
Alberta	3 257	17.6	102
Manitoba	1 178	16.1	94
Saskatchewan	994	15.7	89
Terre-Neuve/Labrador	516	12.8	99
Colombie-Britannique	4 255	11.0	111
Île-du-Prince-Édouard	138	10.3	89
Ontario	12 541	8.9	85
Nouveau-Brunswick	752	6.7	102
Nouvelle-Écosse	938	5.4	118
Rest of Canada	24 673	10.9	94
Canada	32 271	14.4	98

Source : Statistique Canada, juin 2006. * ICIS, Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 2005.



5 à 7 conférence Espace Santé du 28 novembre 2006



Allocution d'ouverture de Benoit Gareau



Une animation dynamique de Johanne Rioux

Nouveaux rôles et nouvelles structures: Quels sont les défis immédiats à relever?"

Conférenciers invités : Dr Yves Lamontagne, Président du Collège des médecins du Québec et Mme Gyslaine Desrosiers, Présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec



Un délai d'attente pour des solutions attendues

Par Benoit Gareau

DMD, M.Sc. en administration de la santé



Depuis quelques années, le ministre Couillard a fait des efforts importants pour remettre de l'ordre dans le système de

santé. Il a rehaussé les inscriptions en médecine et en science infirmière. Il a réinjecté des sommes colossales dans le réseau et il a misé sur une réorganisation des soins de santé autour de nouvelles structures. Toutefois, comme le démontrait Claude Picher, éditorialiste au journal la Presse, il y a eu peu d'amélioration dans les temps d'attente et ce malgré les sommes investies et les engagements pris.

Pour tenter de remédier à cette situation préoccupante, le gouvernement fédéral a convoqué les gouvernements provinciaux à une réunion au sommet en septembre 2004. De cette rencontre fédérale-provinciale, les gouvernements se sont engagés à atteindre des objectifs de réduction des temps d'attente en échange d'un rétablissement à 17% des transferts fédéraux selon l'évaluation faite lors des travaux de la Commission Romanow de 2003.

Comme Claude Picher le signalait avec force dans son article du 28 octobre 2006, si nous regardons de plus près les données sur les temps d'attente, en 1993, le délai entre une visite chez le médecin et le traitement était de 7,3 semaines, soit 51 jours. En 2006, ce délai atteignait 18,5 semaines ou 129 jours. Un examen plus détaillé des données nous indique que le délai entre la visite chez le spécialiste et le traitement a chuté de 10,7 semaines en 2003 à 8,3 semaines en 2006, tandis que le délai entre la visite chez le médecin de famille et le spécialiste est passé de 8 semaines en 2003 à 10,2 semaines en 2006. 1

Les temps d'attente nous donnent des images que j'appellerais « snap shot » de ce qui se passe dans le réseau. Ce sont des indicateurs qui nous permettent de voir la réalité sous un angle particulier. Toutefois, ce sont des données souvent partielles et incomplètes de ce qui se passe réellement dans le réseau.

Or, si le réseau de la santé est un système complexe et dynamique, il faut développer une logique d'organisation qui tient compte de cette complexité et de cette mouvance continue. Pour comprendre une réalité complexe et dynamique, nous devons avoir plus d'indicateurs et plus de cohérence dans l'évaluation des résultats. Nous avons besoin de plans d'organisation, de modèles d'organisation.

La réforme du NHS (National Health System) en Grande Bretagne est révélatrice des potentiels du développement d'un modèle d'organisation complexe et cohérent. Dans un mémoire sur le sujet, j'ai voulu mieux comprendre le potentiel des politiques en santé du New Labour Britannique et leur fondement logique pour l'amélioration de la performance organisationnelle du NHS. 2 Je relaterai dans les paragraphes suivants certains points d'intérêts.

L'exemple de la Grande Bretagne

Le développement important des nouvelles technologies, le vieillissement de la population, la mondialisation et les nouvelles connaissances créent une pression énorme sur l'organisation et le financement des systèmes de santé. La gestion des systèmes de santé utilisée dans la mise en place des systèmes publics s'est montré inadéquate dans un environnement qui change rapidement. Les gouvernements ont alors cherché de nouveaux modèles de gestion qui pouvaient rendre les organi-

sations plus flexibles dans l'atteinte des buts.

Avant 1998, en Grande Bretagne, les listes d'attente pour des services de santé atteignaient des sommets importants et les scandales entourant des décès inexplicables faisaient couramment les manchettes des journaux. Il a donc été décidé après l'élection du New Labour de prendre de front le manque d'accès à des services de qualité en orientant les politiques vers l'amélioration de la qualité et la performance. Il devait y avoir création d'un environnement de travail propice à l'excellence où des standards élevés de qualité seraient respectés au niveau de la prestation et de la gestion des services de santé.

Suite à l'élection du New Labour, le gouvernement travailliste influencé par les idées du Third Way a mis en branle une série de réformes pour résoudre des problèmes d'ordre social et développer un projet de société qui pouvait renouveler la social-démocratie. Dans le système de santé, la réforme a été faite autour du National Health Service (NHS) et a impliqué le développement de plusieurs initiatives simultanément. D'ailleurs, le gouvernement britannique a développé une réforme complexe qui met en jeu plusieurs niveaux et facteurs qui peuvent influencer l'atteinte de la performance organisationnelle. Le système de santé britannique doit intégrer les services, améliorer la qualité des soins, atteindre des objectifs de qualité et de performance et s'adapter au changement.

...la suite page 8



Un délai d'attente pour des solutions attendues

■ ■ ■ la suite par Benoit Gareau

Pour offrir de meilleurs soins à sa population, le gouvernement britannique a développé des organisations de soins primaires, les Primary Care Trust (PCT), qui incluent des médecins de famille, des infirmières et d'autres professionnels en soins primaires. Il y a 300 PCT qui desservent la population de Grande Bretagne et chacun couvre environ 170 000 personnes. Les responsabilités des PCT sont d'améliorer la santé de la communauté, de s'assurer que les services de santé primaires, secondaires et tertiaires sont de grande qualité et d'intégrer localement les soins de santé et les services sociaux. 4

Les initiatives britanniques se distinguent par le fait que les organisations de santé comme les PCT doivent régulièrement être évaluées et monitorées afin qu'on leur assigne un niveau de responsabilité financière et de gestion. Pour évaluer ces organisations de soins de santé, le gouvernement a introduit un système d'évaluation des pratiques appelé la gouvernance clinique. La gouvernance clinique a été mise en place pour qu'il y ait une meilleure intégration des approches cliniques, organisationnelles et de gestion à l'amélioration de la qualité. La gouvernance clinique est un cadre de travail par lequel les organisations du NHS sont redevables pour améliorer continuellement la qualité de leurs services et maintenir des standards de soins élevés en créant un environnement dans lequel l'excellence clinique prospère. La gouvernance clinique évalue l'implication du patient, la gestion du risque, la vérification clinique, la gestion et les ressources humaines, l'éducation et la formation, l'efficacité clinique, l'utilisation de l'information, l'expérience du patient et la capacité stratégique du Trust à développer et implanter la gouvernance clinique. 5

Ce qui fait l'originalité du projet de gouvernance clinique développé en Grande Bretagne, c'est de vouloir rassembler sous un même toit les approches d'amélioration continue de la qualité et d'assurance de standards de qualité au niveau de l'offre des services de santé. Le système de gouvernance clinique utilise des approches traditionnelles de la qualité, d'assurance de standards de qualité, qui sont basées sur

l'inspection pour améliorer la qualité. Des organismes de régulation déterminent des standards ou critères auxquels les professionnels et les organisations de santé doivent se conformer. 6 Les approches plus novatrices de la qualité, d'amélioration continue de la qualité, sont dirigées vers l'amélioration des processus de production. L'amélioration continue de la qualité est basée sur la prémisse qu'en améliorant continuellement les processus de production ou l'offre des services, les conséquences néfastes et dispendieuses vont être diminuées. Pour Spear, de nombreuses cliniques et hôpitaux ont découvert qu'en apprenant à améliorer leurs milieux de travail, on peut offrir de meilleurs soins et diminuer les coûts. 7

Pour compléter cet examen des organisations de santé, un système d'évaluation de la performance a été développé par des instances nationales afin d'évaluer des indicateurs d'organisation de services et de résultats de soins. Avec un système qui évalue la performance organisationnelle et financière, les dirigeants peuvent évaluer les résultats et se fixer des objectifs à atteindre, par exemple, établir des objectifs au niveau de l'accessibilité, de la qualité des services, du développement organisationnel, de l'amélioration de la santé et de la gestion financière qui vont permettre de développer une vision de ce qui est fait dans les organisations de santé. 8

Conclusion

Les organisations ont besoin de moyens pour planifier leurs actions, mesurer leur travail et évaluer les changements. Les mesures de qualité et de performance peuvent être utilisées pour étalonner (benchmarker) et comparer les différentes organisations et pour identifier les bonnes pratiques cliniques. La gouvernance clinique permet de porter une attention particulière à des questions ou des problèmes qui demandent plus d'investigation et d'action.

Étant donné que les organisations sont responsables d'améliorer continuellement la qualité de leur service et de maintenir de haut standard de soins, le gouvernement a le devoir de créer un environnement où l'excellence clinique est encouragée et développé au niveau local. Le

gouvernement doit encourager les organisations de santé à améliorer elles-mêmes leurs milieux de travail afin d'offrir de meilleurs soins et réduire les coûts.

Les gouvernements fédéral et provincial ont choisi l'évaluation des temps d'attente comme cible pour améliorer le système de santé. Chercher à atteindre des cibles de délai d'attente est certainement un noble objectif, mais à mes yeux ces cibles sont partielles et incomplètes.

Nous pouvons choisir collectivement de continuer à prendre les mêmes actions, à utiliser les mêmes façons de faire et à dépenser de plus en plus d'argent comme si l'argent était le nerf de la guerre, mais nous pouvons aussi faire les choses différemment et avec plus d'efficacité. Nous pouvons développer une panoplie d'indicateurs de performance et moduler le système de santé en suivant une logique d'organisation cohérente.

1 Piché, Claude (2006). *Délais d'attente en santé: peu d'amélioration*. La Presse, 2 nov. 2006.

Idem

2 Gareau, B. (2005). *Le potentiel des politiques en santé du New Labour Britannique et leur fondement logique pour l'amélioration de la performance organisationnelle du NHS*. Mémoire de maîtrise. Département d'administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal.

3 OCDE. (2004). *Towards high-performing health systems*. The OECD Health Project. OCDE.

4 Bindman, A.B., Weiner, J.P., Majeed, A. (2001). *Primary Care Groups in the United Kingdom: quality and accountability*. *Health Affairs*, 20 (3): 132-145.

5 Roland, M., Campbell, S., Wilkin, D. (2001). *Clinical governance: a convincing strategy for quality improvement*. *Journal of Management in Medicine*, 15(3): 188,201.

6 Berwick, D.M. (1989). *Continuous improvement as an ideal in health care*. *New England Journal of Medicine*, 320: 53-56.

7 Spear, S.J. (2005). *Fixing healthcare from the inside, today*. *Harvard Business Review*, 509:1-19.

8 Department of Health. (2000). *The NHS Plan*. HMSO, London.



Les nouvelles formes organisationnelles développées pour améliorer les services sont-elles conçues de façon à atteindre leurs objectifs?

Par Frédéric Gilbert

Professeur à l'École des sciences de la gestion de l'UQAM et candidat au Ph.D. en gestion des services de santé (santé publique) à l'Université de Montréal

"La politique GMF est un exemple de politique publique contemporaine car elle fût développée et est implantée en relations avec les différents acteurs du système."

Plusieurs initiatives sont actuellement mises en œuvre pour améliorer l'organisation et l'intégration des services de première ligne. Au Québec, ces services demeurent majoritairement offerts par des cabinets médicaux privés. Dans ces cliniques médicales, les services offerts sont plus accessibles mais moins continus et coordonnés avec le reste du système de soins ; nous constatons l'inverse dans les Centres locaux de services communautaires (CLSC) (Lamarche et al., 2003). Considérant les caractéristiques du Groupes de médecine de famille (GMF), on peut penser que c'est pour combiner le niveau élevé d'accessibilité actuellement atteint par les cabinets privés tout en offrant des services continus comme le font les organisations comme les CLSC que le gouvernement a décidé, en 2001, d'implanter les GMF.

Dans cet article, nous utilisons la politique GMF pour nous intéresser à l'adéquation entre les nouvelles formes d'organisations et les objectifs qu'elles poursuivent. En d'autres mots, les caractéristiques des GMF sont-elles cohérentes compte tenu des problèmes que l'on souhaite résoudre par leur implantation ?

Une nouvelle forme organisationnelle : le GMF

Les GMF proposés par la commission Clair (CESSSS, 2000) font référence à des regroupements de 8 à 10 médecins omnipraticiens pratiquant en cabinet ou en CLSC, qui offrent à une clientèle inscrite des services à des heures étendues, le tout en collaboration avec deux infirmières ayant un rôle élargi. Les GMF ne correspondent pas à la création de nouvelles organisations. Ces initiatives visent plutôt à modifier certains attributs actuels des pratiques des professionnels à l'intérieur d'orga-

nisations existantes (cabinets privés, CLSC, Unités de médecine familiale (UMF)). Le gouvernement choisit de modifier l'offre de services financés publiquement qui demeurent offerts en grande partie par des organisations privées avec lesquelles il développe des ententes particulières.

La réorganisation des soins de première ligne en cours actuellement est fondamentalement différentes des initiatives précédentes qui ont tenté de réorganiser l'offre de soins primaires autour de CLSC (Gilbert, Brault, & Breton, 2006). En introduisant les CLSC, le gouvernement avait choisi de réorganiser les soins primaires autour d'organisations entièrement publiques sans impliquer la profession médicale. Les CLSC ont bel et bien été mis en place à partir de 1971, mais ils n'ont pu être mis en œuvre aussi rapidement que prévu et ils ne sont jamais devenus la porte d'entrée du système comme le proposait la commission Castongay-Nepveu (Bégin, Bergeron, Forest, & Lemieux, 1999). La politique GMF est un exemple de politique publique contemporaine car elle fût développée et est implantée en relations avec les différents acteurs du système. Elle semble plus adaptée au caractère pluraliste du système de soins. L'accueil positif que la plupart des acteurs lui ont réservé en témoigne. Par contre, le fait que plusieurs acteurs du système de soins aient contribué au développement de la politique GMF ne garantit pas qu'elles soient le meilleur moyen pour atteindre les objectifs visés ou que ces initiatives sont mobilisées à leur plein potentiel. Les GMF sont implantés avec l'objectif principal de « Donner à tous les Québécois et à toutes les Québécoises l'accès à un médecin de famille » (MSSS, 2002).

Certaines études indiquent que le fonctionnement en GMF ne permet pas aux groupes à l'étude d'offrir un suivi à

significativement plus de patients (Gauthier et al., 2006) mais qu'il favorise la satisfaction des professionnels (Beaulieu et al., 2006; Gauthier et al., 2006) et l'accessibilité pour les clientèles inscrites (Beaulieu et al., 2006). Avant de s'attarder aux effets produits par le GMF, on peut se demander ce que l'on pouvait attendre compte tenu des attributs qui le caractérisent ?

Les attributs organisationnels des GMF

Plusieurs (Haggerty et al., 2004; Shortt, 2004) expliquent que les soins primaires offerts sont liés à la contribution particulière d'attributs des organisations. Ces attributs sont reconnus comme étant au cœur de la performance des services offerts : l'inscription des patients, les heures d'ouverture étendues, l'accès à un système téléphonique, le nombre de médecins disponibles, la nature multidisciplinaire des équipes, les systèmes d'informations ainsi que l'utilisation d'incitatifs particuliers (Haggerty et al., 2004; Shortt, 2004).

Le GMF prévoit l'inscription volontaire des patients et ne contient aucune pénalité, et ce autant pour les patients que les médecins. Selon Shortt (2004), on attend de l'inscription des patients qu'elle renforce le lien entre les patients et les professionnels, ce qui aura à son tour un effet positif sur la continuité des soins. Cependant, il explique que sans restriction pour les patients ou sans pénalité pour les médecins dont les patients utilisent d'autres points de services, l'inscription de patients qui se sont déjà liés à leur médecin de famille ne générera pas plus de continuité. L'inscription des patients en GMF ne

...la suite page 10



Les nouvelles formes organisationnelles développées pour améliorer les services sont-elles conçues de façon à atteindre leurs objectifs?

■ ■ ■ la suite par Frédéric Gilbert

modifiera probablement pas significativement l'offre de service.

La politique GMF prévoit notamment des heures d'ouverture étendues et un service de garde téléphonique pour les clientèles vulnérables. Pour limiter le recours aux urgences et aux cliniques sans rendez-vous, les réformes des soins primaires visent souvent à améliorer l'accessibilité en étendant les heures d'ouverture des cliniques et en offrant des services comme les lignes d'accès téléphonique (Shortt, 2004). Selon Haggerty et al. (2004), l'accessibilité tend à être plus importante dans les milieux offrant les services d'une infirmière, un accès téléphonique 24/7, des services sans rendez-vous les soirs de semaine et ayant des heures d'ouverture suffisantes (Haggerty et al., 2004). Même si ces attributs sont associés à une meilleure accessibilité, selon Shortt (2004), plusieurs études indiquent que les effets de l'accessibilité aux soins primaires sur l'utilisation de l'urgence et les taux d'hospitalisation restent à être démontrés (Lee, Baraff, Guzy, Johnson, & Woo, 2002). Compte tenu de ses attributs, on peut s'attendre à ce que les clientèles déjà inscrites aux GMF bénéficient d'une plus grande accessibilité.

Les GMF doivent être composés de 8 à 10 médecins. Certaines études ont mis en évidence que le nombre de médecins pratiquant dans le groupe peut également influencer l'accessibilité. Par exemple, Haggerty et al. (2004) ont démontré que dans les organisations de soins primaires comptant plus de 10 médecins, l'accessibilité et la continuité diminuent. La politique GMF semble près de l'optimum suggéré par Haggerty et al. (2004).

Le GMF prévoit l'implication de deux infirmières par GMF. La mise en place d'équipes multidisciplinaires implique différents types de professionnels en plus des médecins (travailleurs sociaux, diététistes, infirmières, etc.). Si l'efficacité de l'implication des autres professionnels est moins discutée dans la littérature, le niveau élevé de satisfaction et de qualité associé aux équipes médecins-infirmières est quant à lui clairement démontré (Starfield, 1998; Horrocks, Anderson, & Salisbury, 2002). Le niveau de satisfaction et de qualité des services offerts en GMF pourrait être augmenté par l'implication d'infirmières.

Le GMF prévoit l'introduction de système d'information. Les systèmes d'informations peuvent quant à eux être utilisés autant pour gérer les dossiers des patients que comme système d'aide à la décision. Les effets obtenus par l'utilisation d'un système d'information varient selon les études. Par exemple, Mitchell et Sullivan (2001) ont démontré dans leur revue de littérature sur le sujet que l'utilisation des systèmes d'informations allonge le temps des consultations, ce qui risque d'avoir un effet négatif sur l'accessibilité. Par contre, plusieurs études ont démontré que le dossier électronique peut favoriser la qualité des soins (Tamblyn et al., 2006). Il semble à tout le moins hasardeux d'anticiper des effets spécifiques avec cet attribut. Considérant la rémunération des médecins, les GMF maintiennent la rémunération à l'acte en y ajoutant un forfait pour chaque patient inscrit. Plusieurs études ont démontré que les modes de rémunération de la profession médicale influencent leur pratique (Chaix-Couturier, Durand-Zaleski & Jolly, 2000; Gosden et al., 2001; Grignon, Paris, & Polton, 2002). Lorsque considérés individuellement, les modes de rémunération les plus utilisés entraînent tous des effets pervers. La rémunération à l'acte peut générer plus de volume de soins, la capitation peut limiter l'accès et le paiement à salaire peut réduire la productivité (Grignon et al., 2002; Chaix-Couturier et al., 2000). Afin de limiter les effets négatifs, les différents modes de rémunération peuvent être utilisés de façon combinée mais l'identification de la combinaison idéale n'est pas simple car les relations entre les types d'incitatifs et leurs effets sont modulées par un ensemble de facteurs cliniques, démographiques ou organisationnels (Chaix-Couturier et al., 2000; Grignon et al., 2002).

De plus, si les études se concentrent souvent sur les effets des incitatifs financiers sur des caractéristiques de l'offre de soins comme l'accessibilité ou la continuité des services, celles analysant l'impact de ces caractéristiques sur les patients sont rares (Grignon et al., 2002). Pour mieux saisir l'effet d'une modification des modes de rémunération des médecins, des expériences devront être rigoureusement évaluées (Gosden et al., 2001). Les connaissances actuelles ne nous permettent donc pas de conclure à une contribution claire de la modification des incitatifs

financiers dans une réforme des soins primaires (Shortt, 2004). La modification de la rémunération associée au fonctionnement en GMF n'étant pas très importante, ces effets sont incertains.

L'analyse de la contribution des différents attributs organisationnels utilisés démontre que si certains ont fait leurs preuves, d'autres reposent sur des bases moins solides. Le GMF cherche à améliorer l'offre de soins de première ligne en modifiant la configuration d'attributs des organisations qui le composent. Comme nous l'avons vu, le GMF mise sur l'introduction d'infirmières ayant une pratique élargie, des heures d'ouverture étendues, l'accès à un système d'aide téléphonique, une offre de services avec et sans rendez-vous, l'inscription des patients, une formalisation de la collaboration avec un CLSC et l'utilisation des systèmes d'information. Ces attributs visent, l'accessibilité pour la clientèle inscrite (heures d'ouverture, service avec et sans rendez-vous) et la continuité (infirmières, inscription, systèmes d'information permettant l'accès aux informations sur un patient, services avec et sans rendez-vous) ainsi que, moins directement, la coordination avec les services spécialisés (entente optionnelle avec d'autres établissements). Les gains pour la population qui n'a pas de médecin dans les organisations qui se transformeront en GMF sont, à ce jour, moins évidents. Ce constat est troublant compte tenu que la politique GMF poursuivait spécifiquement l'amélioration de l'accès à un médecin de famille pour la population souvent qualifiée d'orpheline. D'autres études devront s'intéresser à l'impact des GMF pour la population orpheline.

Évidemment, on peut penser que l'implication des infirmières décharge les médecins qui pourraient se consacrer à d'autres patients. Par contre, rien ne nous assure que ce temps sera consacré à de nouveaux patients. Les médecins peuvent par exemple choisir de réduire leur charge de travail souvent anormalement élevée ou d'offrir à leur patients actuels des services qu'ils n'avaient auparavant pas le temps d'offrir.



Les nouvelles formes organisationnelles développées pour améliorer les services sont-elles conçues de façon à atteindre leurs objectifs?

■ ■ ■ la suite par Frédéric Gilbert

Conclusion

La politique GMF est un exemple de politique publique contemporaine visant la création de formes organisationnelles créées et implantées en interactions avec plusieurs acteurs. Si ce type de politique semble correspondre aux besoins de certains groupes d'acteurs et favoriser leur adhésion, on peut se demander si les attributs qui la composent permettent d'atteindre les objectifs qui en sont à l'origine. L'initiative GMF démontre qu'il est possible, par le biais d'interventions ciblées, de modifier l'offre de services de première ligne offerts principalement en cabinets médicaux privés. Comme nous l'avons vu, les services offerts par les GMF étudiés ont progressé sur plusieurs aspects bien que les effets pour la population qui ne jouissait pas déjà d'un suivi sont beaucoup moins évidents. Les bénéfices permis sont importants et justifient peut-être le maintien du déploiement de la politique GMF. Par contre, l'analyse de cette initiative, tout comme celles qui s'intéresseront aux cliniques réseau, doit, au-delà de l'analyse de ses nombreux effets, s'attarder aux objectifs à son origine.

Remerciements : L'auteur tient à remercier Jean-Frédéric Lévesque, Linda Cazale et Mylaine Breton pour les commentaires reçus sur une version antérieure de ce texte.

Références

Beaulieu, M. D., Denis, J. L., D'Amour, D., Goudreau, J., Haggerty, J., Hudon, É. et al. (2006). *L'implantation des Groupes de médecine de famille: le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle*. Montréal: Chaire Docteur Sadok Besroun en médecine familiale.

Bégin, C., Bergeron, P., Forest, P.-G., & Lemieux, V. (1999). *Le système de santé québécois : un modèle en transformation*. Montréal: Les presses de l'Université de Montréal.

CESSSS (2000). *Les solutions émergentes :*

Rapport et recommandations Québec: Gouvernement du Québec.

Chaix-Couturier, C., Durand-Zaleski, I., and Jolly, D. (2000). *Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues*. *International Society for Quality in Health Care*, 12, 133-142.

Gauthier, A., Trahan, L., Bowen, M., Gingras, J., Roy, I., Tremblay, J. et al. (2006). *Infirmières et médecins des premiers GMF: quels changements de pratique professionnelle? Présentation au Centre de recherche de l'Hôpital Charles Lemoyne*. 11-3-0060.

Ref Type: Personal Communication

Gilbert, F., Brault, I., & Breton, M. (2006). *Le pilotage des réformes*. In M.J.Fleury, M. Tremblay, H. Nguhen, & L. Bordeleau (Eds.), *Le système sociosanitaire au Québec - Gouvernance, régulation et participation* (pp. 39-49). Montréal: Gaëtan Morin.

Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I. S., Sutton, M., Leese, B., Giuffrida, A. et al. (2001). *Impact of payment method on behavior of primary care physicians: a systematic review*. *Journal of Health Services Research & Policy*, 6, 44-55.

Grignon, M., Paris, V., & Polton, D. (2002). *L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficacité du système de soins* (Rep. No. 35).

Haggerty, J. L., Pineault, R., Beaulieu, M. D., Brunelle, Y., Goulet, F., Rodrigue, J. et al. (2004). *Accessibility and continuity of primary care in Quebec*. *Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF)*.

Horrocks, S., Anderson, E., and Salisbury, C. (2002). *Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors*. *British Medical Journal*, 324, 819-823.

Lamarche et al (2003). *Sur la voie du changement: Pistes à suivre pour restructurer les*

services de santé de première ligne au Canada.

Lee, T. J., Baraff, L. M., Guzy, J., Johnson, D., and Woo, H. (2002). *Does telephone triage delay significant medical treatment? Advice nurse service vs on-call pediatricians*. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 157, 635-641.

MSSS (2002). *Groupe de médecine de famille. Document synthèse.*

Shortt, S. E. D. (2004). *Primary Care Reform, Is There a Clinical Rationale? In R.Wilson, S. E. D. Shortt, & J. Dorland (Eds.), Implementing primary care reform: Barriers and facilitators* (pp. 1-202). Montreal and Kingston, Canada: School of Policy Studies by Mc-Gill-Queen's University Press.

Starfield, B. (1998). *Primary Care*. Oxford University Press.

Tamblyn, R., Huang, A., Kawasumi, Y., Bartlett, G., Grad, R., Jaques, A et al. (2006). *The Development and Evaluation of an Integrated Electronic Prescribing and Drug Management System for Primary Care*. *Journal of Medical Informatics Association*, 13, 148-159.



L'interdisciplinarité dans un CHU: vers une approche contingente des soins

Par **Natasha Viens**

Physiothérapeute et titulaire d'une maîtrise en administration publique de l'École nationale d'administration publique (ENAP)



Cette étude vise à répondre à une préoccupation de centres hospitaliers qui veulent développer une approche

interdisciplinaire en lien avec une gestion par regroupements clientèles (GPRC). L'objectif est précisément de questionner la pertinence d'implanter une approche interdisciplinaire systématique dans un contexte visant l'optimisation des ressources et la mobilisation du personnel. Nous avons procédé à trente-quatre (34) entrevues auprès d'intervenants et de membres de la direction afin de comprendre les pratiques actuelles et d'en dégager une analyse des besoins et des enjeux

prioritaires. Notre étude montre que dans un centre hospitalier, l'interdisciplinarité doit être privilégiée pour mieux gérer la complexité de l'état de certains usagers. Autant il s'avère important de pouvoir identifier rapidement ces cas complexes afin d'offrir une approche interdisciplinaire proactive, autant l'interdisciplinarité s'avère alourdir les pratiques dans d'autres cas. Alors que les besoins des usagers demeurent au centre de toutes les pratiques de soins, la prise en compte de leurs spécificités et de leur complexité permet une mobilisation accrue du personnel autour de la valeur ajoutée de l'interdisciplinarité et une utilisation optimale des ressources pour l'organisation. À la lumière de nos recherches, il existe peu d'études empiriques sur l'interdisciplinarité en

centre hospitalier au Québec. Ainsi, cette étude fait avancer les connaissances en administration publique en confirmant les hypothèses de plusieurs auteurs avec des données empiriques et en établissant un pont entre la théorie et la pratique.

Note de la rédaction

Ce texte est un résumé d'un travail dirigé fait dans le cadre de la maîtrise en administration publique de Mme Viens. Ce travail a permis à Mme Viens de remporter le «prix travail étudiant» remis par l'Institut d'administration publique du Québec à l'automne 2006. Pour plus de détails, visitez le site : <http://www.iapq.qc.ca/default.aspx>

Quelques mots sur le Journal Espace Santé

Le Journal Espace Santé est produit par le Groupe Espace Santé. Le Journal paraît, pour l'instant, 2 fois l'an. Le Journal est un outil d'information rapportant les activités réalisées par le Groupe Espace Santé. Le Journal est également un outil de réflexion, d'analyse et d'expression destiné aux acteurs, aux citoyens et aux intervenants du milieu de la santé et des services sociaux du Québec. Le Journal est disponible sur le site web du Groupe Espace Santé et est envoyé, lors de sa parution, aux membres de la liste d'envoi du Groupe Espace Santé.

Il est à noter que les vues exprimées dans les textes sont uniquement celles des auteurs.

Comité de lecture :

Linda Cazale
Benoît Gareau
Stéphane Grenier

Collaborateurs à la présente édition :

Frédéric Gilbert
François-Pierre Gladu
Natacha Viens

À vos plumes!

Vous êtes invité(e) à faire parvenir un texte au comité éditorial du Journal Espace Santé. Ce texte peut traiter d'un sujet d'actualité, d'une problématique particulière ou d'une expérience que vous aimeriez partager. La longueur des textes ne devrait pas excéder 1500 mots excluant les références et les figures. Il est à noter que le comité éditorial ne s'engage pas à publier tous les textes reçus.

La prochaine parution est prévue pour le mois de mai 2007. Vous avez jusqu'au 1er avril 2007 pour nous faire parvenir votre texte à l'adresse suivante: info@espacesante.ca. Indiquez «à l'attention du comité éditorial» dans l'objet de votre message. Au plaisir de vous lire!



Allocution du Président du Groupe Espace Santé 28 novembre 2006

Quelques mots sur le Groupe Espace Santé, l'organisation des activités du groupe repose sur l'implication bénévole de membres issus de différents milieux, des professionnels de la santé et des citoyens qui ont à cœur l'avenir du système de santé.

Espace Santé est un organisme sans but lucratif officiellement enregistré le 6 septembre 2006. Le groupe existe depuis 2004, mais fonctionnait sans structure formelle. Nous avons tenu notre première assemblée des membres le 2 novembre dernier et procédé à l'élection du premier conseil d'administration.

Le Groupe Espace Santé cherche à réseauter une relève désireuse de contribuer à l'amélioration des services de santé en permettant aux acteurs du réseau de la santé, incluant les citoyens, d'aborder divers sujets d'intérêt tout en se familiarisant aux dimensions politiques de la santé. L'objectif du réseautage est de réunir les différents acteurs du domaine de la santé - les médecins, les infirmières, les gestionnaires, les travailleurs sociaux, les politiciens et d'autres

personnes intéressées aux problématiques de la santé pour se parler, s'écouter et passer par dessus les barrières qui souvent nous séparent.

Pour ce faire, nous continuerons à organiser des conférences et d'autres événements sur des questions d'intérêts publics et nous chercherons à développer une conscience politique en organisant des activités de réflexion relative à la santé.

Ce Groupe Espace Santé est une formidable opportunité de faire se rencontrer les acteurs et les principaux intervenants du milieu de la santé au Québec pour développer ce qu'on appelle un nouveau leadership en santé. Le Groupe Espace Santé se veut porteur d'une nouvelle vision de la réalité et des actions qui doivent être prises pour moderniser le système de santé. Ce leadership se veut inclusif, interdisciplinaire, intergénérationnel.

Ce réseau se veut imprégné de trois principales orientations : Premièrement, la coopération interdisciplinaire qui concerne le réseautage et la mise en commun des expériences de chacun. Les acteurs doivent se concerter davantage afin

d'éliminer les barrières organisationnelles et professionnelles qui souvent bloquent le changement et le progrès. En second lieu, le partenariat avec les citoyens qui reconnaît l'importance du citoyen comme acteur dans les débats sur la santé. L'implication du citoyen doit être vue comme une façon d'améliorer les processus et de réduire le déficit démocratique trop souvent pointé du doigt dans notre société. Finalement, le groupe Espace Santé veut s'impliquer dans les débats de société qui ont pour objectif de moderniser l'organisation du système de santé.

Le Groupe Espace Santé veut développer une conscience politique et une vision des défis que nous avons à surmonter pour améliorer l'organisation et le financement du système de santé. Nous croyons donc fermement à l'importance de construire ce nouveau leadership Espace Santé et nous vous invitons à continuer à participer à nos diverses activités.

Benoit Gareau
Président du Groupe Espace Santé

Conseil d'administration du groupe Espace Santé 2006 - 2007



Rangée du haut : Louis Aucoin, Marilou Sanscartier, Benoit Gareau et Frantz-Daniel Lafortune

Rangée du bas : Linda Cazale, Olivier Giroux, Karine Gimmig, Johanne Rioux et Christine Guérette

Conseil d'administration

PRÉSIDENT: Benoit Gareau, Dentiste en cabinet privé, M.Sc. en Administration de la santé,

VICE-PRÉSIDENTE: Christine Guérette, B.Sc., MBA, Infirmière, Coordinatrice clinique et de recherche à la clinique Neuro Rive-Sud,
TRESORIÈRE: Karine Gimmig, B.Sc. Infirmière à l'Hôpital de Montréal pour Enfant,

SECRÉTAIRE: Linda Cazale, Ph.D. (Santé publique), Chercheuse à l'Hôpital Charles LeMoine, professeure associée au département des sciences de la santé communautaire à l'Université de Sherbrooke,

ADMINISTRATEUR : Louis Aucoin, M.A.P., Conseiller principal chez Octane stratégie,

ADMINISTRATEUR: Olivier Giroux, Physiothérapeute, superviseur clinique au Centre hospitalier de l'Université de Montréal,

ADMINISTRATEUR : Frantz-Daniel Lafortune, étudiant en médecine à l'Université Laval, président du Regroupement des étudiants en médecine de l'Association Médicale du Québec,

ADMINISTRATRICE : Johanne Rioux, Médecin psychiatre à l'Hôpital Charles LeMoine, administratrice à l'Association des jeunes médecins du Québec,

ADMINISTRATRICE: Marilou Sanscartier, avocate en droit médical au bureau d'avocat Langevin, Lacoste.



Publicité



À lire d'urgence

L'hypothèse à la base de cet ouvrage est la suivante: notre système de santé aurait beaucoup à gagner sur plusieurs plans dans son organisation, sa philosophie, ses pratiques et sa performance par une prise en compte significative de la participation des citoyens et plus globalement l'apport d'entreprises collectives de type coopératives.

« Il y a urgence d'aborder de front le devenir de notre système de santé, sans l'exercice de sa propre dans l'exercice », affirme Jean-Pierre Girard, l'auteur de l'ouvrage. Jean-Pierre Girard est spécialiste en entreprise collective de type coopératives et particulièrement des coopératives de santé. Il siège, entre autres, à titre de représentant du Mouvement coopératif canadien au bureau de direction du International Health Cooperative Organization, organisme membre de l'Alliance coopérative internationale dont le siège social est à Genève.

Cet ouvrage rappelle un rôle: prendre et développer soin, depuis quelques décennies, notamment grâce à lui. En d'autres mots, attirer l'attention sur un angle mort, il s'agit de l'usage, dans notre système de santé, non seulement pour des services périphériques ou de support, mais aussi pour les missions de première ligne, de la formule d'action collective que l'on appelle la coopérative. Un modèle organisationnel qui fait appel à un important réseau de mobilisation de la société civile au cœur d'un projet de service de santé de première ligne, de la formule d'action collective que l'on appelle la coopérative. Un modèle organisationnel qui fait appel à un important réseau de mobilisation de la société civile au cœur d'un projet de service de santé de première ligne, de la formule d'action collective que l'on appelle la coopérative.

Voici donc un livre qui tente à part entière et qui invite la réflexion étendue en posant l'existence du système de santé de façon à nos jours, ainsi que des modèles, aspects de coopératives de santé.

L'ADASUM invite les diplômés en administration de la santé de l'Université de Montréal à assister à un 5 à 7 de l'ADASUM intitulé **“LES DESSOUS DE L'ORGANISATION MÉDICALE EN RÉSEAU”**, avec le Dr Jacques Ricard, le Dr Marie-Dominique Beaulieu et M. Luc Provost, jeudi le **1er février 2007** à l'Institut Raymond-Dewar.

Coût: membres \$30, non membres \$40, étudiants \$15

Pour plus d'informations, consultez www.mdas.umontreal/étudiants/asso.html