



Espace Santé

ÉDITORIAL 1

LES ANNÉES BLAIR. (TEXTE DE BENOIT GAREAU)..... 2, 9

INTERDISCIPLINARITÉ. (TEXTE DE JEAN-FRANÇOIS GLADU)..... 3

LES COOPÉRATIVES DE SANTÉ. (TEXTE DE JEANNE MORAZAIN)..... 4

PHOTOS DES CONFÉRENCES 5 À 7. 5

RÉSUMÉS DE MÉMOIRE DE FRANCE CAMIRÉ ET DE MARIE-ANDRÉE PAQUETTE..... 6-7

ANGLOS VS FRANCOIS (TEXTE DE BENOIT LALONDE)..... 8

LE JOURNAL 10

QUELQUES RÉFÉRENCES .. 10

LE GROUPE ESPACE SANTÉ ET LE CONSEIL D'ADMINISTRATION 11

ÉVÈNEMENT - PUBLICITÉ DE L'INM 12

www.espacesante.ca



Benoit Gareau
Groupe Espace Santé



Le système de santé vit une période difficile avec la pénurie et une allocation non optimale de ressources pour traiter adéquatement la

population. Des données publiées par Statistique Canada en juin 2006 mentionnaient par exemple que 25% des Québécois n'ont pas accès à un médecin de famille. À Montréal, ce pourcentage est encore plus préoccupant puisque 32% des citoyens n'ont pas de médecin de famille. Tous conviendront qu'avoir une personne ressource qui suit notre état de santé, nous évalue et nous traite lors d'épisode de maladie est un élément incontournable de toute stratégie de prévention et d'organisation des soins de santé.

Les coopératives de santé

Dans cette veine, Espace Santé a organisé le 27 mars dernier¹ une conférence sur les coopératives de santé comme nouveau modèle d'organisation des soins primaires. Depuis quelques temps, il y a émergence de projets citoyens un peu partout au Québec pour pallier à cette pénurie de ressources et au manque de médecins en région, ce sont les coopératives de santé. Les coopératives de clinique santé résultent d'une mobilisation collective visant à doter la communauté de services de santé adéquats. Des citoyens se mobilisent et souscrivent à une part sociale afin de mettre sur pied et offrir une infrastructure pour des professionnels de la santé. Les besoins sont effectivement criants dans certaines municipalités.

Face à la pénurie de ressources, il y a possibilité pour les leaders locaux et les citoyens de développer des entreprises coopératives qui ont pour objectif d'offrir des services de santé à l'ensemble de la population. Le modèle de coopérative de santé est

une troisième voie, un modèle citoyen qui origine de la base et qui s'inspire des nombreux exemples de coopératives développés dans d'autres secteurs économiques².

Groupes de médecine de famille

Une seconde conférence Espace Santé sur les soins primaires a été organisée le 19 juin 2007. Cette conférence portait sur le bilan des Groupes de médecine familiale (GMF) et leurs perspectives d'avenir.

Le rapport Clair de 2001 annonçait une nouvelle composante pour les soins primaires, les GMF. En novembre 2002, le Premier ministre de l'époque annonçait la création de 300 GMF dont 100 pour la seule première année. En janvier 2007, on comptait 118 GMF. Le ministère de la santé a refait de nouvelles projections et il vise la mise sur pied de 300 GMF pour la période 2005-2010.

Un GMF est un regroupement de médecins qui travaillent en collaboration avec des infirmières dans un environnement favorisant la pratique de la médecine de famille. Les GMF ont pour but de favoriser pour tous l'accès à un médecin de famille et d'améliorer la qualité des soins de première ligne. De façon plus précise, le ministère vise avec les GMF à étendre les heures d'accessibilité à un médecin de famille, à rendre les médecins de famille plus disponibles grâce au travail en groupe et au partage des activités avec les infirmières au sein d'un GMF et à améliorer le suivi médical des patients et la continuité des services en renforçant le lien avec les autres professionnels du réseau de la santé et des services sociaux.

Plusieurs facteurs créent des pressions sur l'organisation des soins primaires qu'on pense au vieillissement de la population, aux nouvelles technologies, à la pénurie de ressources. Nous croyons qu'une concertation des différents acteurs du système de santé

peut nous permettre de comprendre les problématiques et les enjeux liés à la planification des soins primaires. La concertation et la coopération sont des clés importantes qui peuvent nous aider à progresser dans la bonne direction. Nous vous invitons donc à participer à nos prochains événements.

Quelques lectures pour l'été

Nous vous suggérons la lecture de cette nouvelle édition du journal Espace Santé dans laquelle nous vous proposons des articles intéressants sur des problématiques en santé. Vous pourrez lire un texte du Dr Benoit Gareau sur les années Blair en santé, un article d'opinion du Dr François-Pierre Gladu sur l'interdisciplinarité et article de Jeanne Morazain sur les coopératives de santé. Vous trouverez également deux résumés de mémoire de maîtrise. Un premier mémoire de France Camiré qui aborde l'interdisciplinarité dans un Centre de soins de longue durée et un deuxième de Marie-Andrée Paquette, sur l'interdisciplinarité dans un GMF. Finalement, le Dr Benoit Lalonde donne ses impressions sur un article paru en mars 2007 dans la Presse dans lequel on comparait les hôpitaux anglophones et francophones. Nous espérons que vous y trouverez matière à réflexion.

Bonne lecture,

Benoit Gareau
Président du Groupe Espace Santé

¹ Les membres du conseil d'administration du Groupe Espace Santé tiennent à souligner l'implication de Réal Lefebvre pour l'organisation de cette activité.

² Nous invitons le lecteur intéressé à consulter les documents proposés à la page 10.



Les années Blair en santé

Dr Benoit Gareau

M. Benoit Gareau est détenteur d'une maîtrise en administration de la santé de l'Université de Montréal dont le thème portait sur les politiques en santé du New Labour britannique¹. Il est également Président du Groupe Espace Santé.



Le 10 mai 2007, date qui restera gravée dans la mémoire de plusieurs Britanniques, Tony Blair annonçait son

intention de quitter la direction du Labour party et de se retirer du poste de Premier ministre de Grande Bretagne le 27 juin, après dix années passées au pouvoir.

Tony Blair a été élu Premier ministre pour la première fois en 1997 suite au raz de marée travailliste qui a déferlé sur la Grande Bretagne. Avec un mandat fort, il s'est mis à la tâche de réaliser des réformes importantes dans le secteur public et a entrepris des politiques engagées pour influencer le cours des relations internationales.

Beaucoup de politiques ont vu le jour au cours des dix années de Blair, certaines ayant connu du succès, d'autres non. Plusieurs restent songeurs sur ce que l'histoire retiendra de cette époque New Labour que les médias appelaient « Cool Britannia ».

Blair et le Third Way

La Grande Bretagne avait été gouvernée par le Parti Conservateur depuis 1979 lorsque Tony Blair accéda à la tête du Labour Party en 1994. Depuis la fin des années 70, les chefs Tory, Margaret Thatcher, puis John Major avaient élaboré des politiques néolibérales qui encourageaient le désengagement de l'État de plusieurs secteurs d'activités et une plus grande emphase sur le marché.

Déjà en 1997, avant l'élection générale qui allait mener Tony Blair

au 10 Downing Street, le New Labour jonglait avec des idées développées par le sociologue Anthony Giddens sur le Third Way². Dans cette perspective, les problèmes de gouvernance dans le secteur public provenaient des façons de faire traditionnelles qui ne répondaient plus adéquatement aux problèmes et aux besoins d'une démocratie en changement.

Le New Labour voulait ainsi résoudre des problèmes d'ordre social par de nouvelles approches progressives. Le Parti Travailliste devait changer ses préceptes et devenir plus inclusif, être orienté vers la communauté et lier les droits avec les responsabilités. Le Third Way devenait une façon de penser permettant de concilier les engagements du parti envers la justice sociale et des principes du marché.

Blair décrit la troisième voie comme une vision sociale-démocrate passionnée dans son engagement envers la justice sociale et les buts du centre-gauche, mais à la fois flexible, innovatrice et progressive dans les moyens de les atteindre³.

Blair et le National Health Service (NHS)

Dès le début de son premier mandat, le National Health Service (NHS) était au centre des préoccupations de Tony Blair. Le gouvernement voulait changer l'approche de quasi marché implantée sous le règne conservateur de Margaret Thatcher et revoir l'organisation du système de santé britannique.

Des actions importantes ont été entreprises avec le Plan de modernisation de 1997 et le Plan du NHS en 2000. Le NHS devait à l'avenir

être moderne et performant. Le conseiller spécial en santé de Blair, Simon Stevens, décrivait l'expérience de la réforme du NHS comme une série de stratégies de modernisation. Voici un résumé de quelques initiatives :

- L'augmentation de l'offre de professionnels de la santé par la hausse du nombre de médecins et d'infirmières.

- La modernisation des infrastructures avec la formule des initiatives financées par le privé (le privé construit et gère les édifices) et le développement de fichiers électroniques pour la population de Grande Bretagne.

- Le support à l'apprentissage et à la qualité grâce à une Agence de Modernisation qui est responsable de la diffusion des meilleures pratiques.

- L'établissement de standards et de cibles nationales grâce à des agences comme le National Service Framework qui spécifie des standards pour des conditions spécifiques et le National Institute of Clinical Excellence (NICE) qui évalue les nouvelles technologies et diffuse des recommandations.

- Des inspections et de la régulation pour évaluer la qualité des services et les compétences.

- La mise en place d'incitatifs financiers liés à la qualité et la performance.

Les taxes en Grande Bretagne ont augmenté en avril 2003 pour financer une hausse des dépenses du NHS de 7,4% par année pour une période de 5 ans. Cette augmentation de 43% des dépenses avait pour objectif de faire passer les dépenses de

... la suite page 9



Les limites et les conditions gagnantes de l'interdisciplinarité

Dr François-Pierre Gladu

MD, CMFC, Médecin de famille



La multidisciplinarité et l'interdisciplinarité sont deux facettes d'un paradigme qui, après des débuts

modestes, déferle depuis quelques années sur le réseau de la santé. La première fait référence à une juxtaposition de différents professionnels qui ont leurs propres objectifs pour le patient, s'en informent et y travaillent en parallèle. La deuxième prévoit des objectifs communs, une synergie des intervenants et une synthèse commune de l'information. L'expertise, les décisions et la responsabilité sont alors partagées. On est loin du modèle de la pratique solo caractérisé par l'autonomie personnelle quasi-absolue du professionnel de la santé.

La possibilité d'une intervention globale qui répond à une plus grande diversité de besoins des patients complexes explique le recours à l'interdisciplinarité. Mais, au cœur de cette déferlante, il est probablement utile de se rappeler les conditions préalables et les limites de l'interdisciplinarité. La réflexion qui suit est tirée de mon expérience professionnelle en interdisciplinarité auprès d'une clientèle âgée et en perte d'autonomie dans un établissement, d'une formation sur le sujet et de récentes lectures (Lebel, 2003; Viens, 2006).

Quelques limites de l'interdisciplinarité

D'abord, les patients soignés par une équipe interdisciplinaire peuvent avoir plus de difficulté à identifier la responsabilité des intervenants. Il ne faut surtout pas que la responsabilité

de l'équipe devienne un paravent pour la responsabilité individuelle. D'autre part, certains patients sont déçus de ne pas avoir pu développer une relation thérapeutique forte avec un intervenant en particulier. C'est une limite incontournable.

Ensuite, l'intervention interdisciplinaire implique un investissement important en termes de temps professionnel. Certains problèmes, plus simples ou plus circonscrits, sont plus efficacement résolus par un professionnel en particulier. L'application systématique du paradigme résulte donc en un gaspillage de ressource. Or, nos institutions ne sont pas des modèles de flexibilité: alors que les besoins des patients sont assez difficiles à prévoir à moyen terme, les différents professionnels sont engagés à temps plein.

La personne âgée en perte d'autonomie qui subit une hospitalisation aiguë et est orientée en réadaptation illustre bien ceci: souvent, elle sera trop faible pour tolérer la physiothérapie ou l'ergothérapie à dose thérapeutique. À l'inverse, plusieurs « beaux cas » de réadaptation signifieront une surcharge de travail pour ces professionnels et un retard dans les thérapies. Dans les deux cas, les durées de séjour s'allongent indûment. De plus, l'application systématique de l'interdisciplinarité à une clientèle donnée favorise moins la mobilisation des intervenants que son application ciblée. Le jumelage des ressources aux patients ayant vraiment besoin d'une approche intégrée reste donc problématique.

Quelques conditions gagnantes à l'interdisciplinarité

Une condition préalable de taille est l'appui institutionnel à l'interdis-

ciplinarité, qui fait souvent défaut. En effet, si la stabilité des équipes demeure fondamentale pour leur bon fonctionnement, il n'est pas rare que ce soit justement l'instabilité qui les caractérise dans le réseau. Manquent alors les conditions préalables de respect et de confiance mutuels, et de compréhension des rôles. De plus, le support administratif de base (secrétariat, prise de rendez-vous, infirmière-pivot, archives) étant insuffisant, plusieurs membres de l'équipe sont monopolisés par des tâches en marge de leur champ de pratique, ce qui mine l'efficacité de l'équipe.

Enfin, comme l'interdisciplinarité implique un partage de responsabilités (et d'actes) entre professionnels, il serait judicieux que ce partage soit bidirectionnel afin de favoriser l'adhésion de tous les membres de l'équipe et la meilleure qualité de soins possible. Les obstacles à cette bidirectionnalité ne sont pas nécessairement les suspects usuels.

Somme toute, on ne peut que souhaiter l'étude formelle des conditions à l'efficacité de l'interdisciplinarité dans le réseau de la santé au Québec.

Références

Lebel, Paule (2003). *Formation à l'interdisciplinarité*. IUGM 5 juin 2003.

Viens, Natacha (2006). *L'interdisciplinarité dans un CHU: vers une approche contingente de soins. Travail dirigé dans le cadre de la maîtrise*. L'École nationale d'administration publique. 2006

“La possibilité d'une intervention globale qui répond à une plus grande diversité de besoins des patients complexes explique le recours à l'interdisciplinarité.”

“Or, nos institutions ne sont pas des modèles de flexibilité: alors que les besoins des patients sont assez difficiles à prévoir à moyen terme, les différents professionnels sont engagés à temps plein”



Les coopératives de santé

Jeanne Morazain

Journaliste

Dans plusieurs régions du globe, les coopératives de santé sont monnaie courante. C'est le cas notamment au Japon, au Brésil, en Europe et en Saskatchewan qui fait figure de pionnière au Canada. Au Québec, il s'agit d'une formule émergente. Une dizaine de coopératives sont en exploitation et une douzaine d'autres en développement.

" Nous sommes en phase d'expérimentation, constate Jean-Pierre Girard, spécialiste en développement des entreprises collectives et auteur de Notre système de santé autrement. Il n'y a pas de recette unique. Toutefois, dans tous les cas, l'initiative est issue du milieu et vise à assurer l'accès aux soins de santé à une population donnée.

La FMOQ approuve

La Fédération des médecins omnipraticiens voit d'un bon œil ces initiatives. Son président, le Dr Renald Dutil, confiait à L'actualité médicale en janvier 2005 : " La formule coopérative mérite d'être considérée avec un très grand intérêt. Les expériences connues sont fort intéressantes et elles vont plus loin que le simple fait d'offrir un local à des médecins. C'est également, et voilà le plus important, le reflet d'une population proactive qui s'inscrit pour soutenir les services de santé dans son milieu. C'est une population proche de ses médecins. Il y a là toute une culture derrière ces initiatives et c'est pourquoi la formule me sourit bien plus que l'implantation de cliniques dans de grandes chaînes. "

Selon le Dr Bernard Gélinas, l'un des fondateurs de la Coop Santé Aylmer,

choisir d'exercer au sein d'une coopérative de santé relève d'une " manière de penser " qui s'appuie sur les " vrais besoins " exprimés par une population et englobe les groupes et les personnes " laissés pour compte ". La Coop Santé Aylmer a acheté la clinique de santé qu'il exploitait et alors qu'il venait de perdre plusieurs médecins. " À quatre, nous ne pouvions plus soutenir la clinique, explique-t-il. Nous versons à la coopérative le même ratio dépenses /revenus qu'auparavant afin qu'elle assume toutes les responsabilités administratives, telles que la facturation, la gestion du personnel, l'entretien des locaux, l'achat des fournitures, le renouvellement de l'équipement, etc. "

Un comité s'occupe de recruter des médecins. Huit médecins exercent présentement au sein de la coopérative, dont un qui ne fait que de l'obstétrique et du suivi de grossesse. La coopérative a aussi recruté et formé à même son propre budget une infirmière spécialisée en gynécologie. Cette dernière fait des tests PAP, des prélèvements de dépistage des ITS, conseille en matière de contraception et de ménopause. Des infirmières ont été engagées pour mieux servir les communautés latino-américaine et africaine. Enfin, grâce à l'appui continu de clubs sociaux locaux, le plateau technique a été amélioré.

Les médecins de la Coop Santé Aylmer sont membres de soutien de la coopérative qui compte 6700 membres de 18 ans et plus sur une population totale de 45 000 habitants. Ils participent à la propriété de la coop, mais ils n'ont pas le droit de vote. Ils sont présents au conseil d'administration sur invitation. Le

partenariat avec la coop leur laisse une entière autonomie professionnelle, assure le Dr Gélinas : " Tout ce qui touche à la pratique médicale est contrôlé par les médecins. Nous élaborons les procédures, assignons les tâches, établissons les horaires et les listes de garde. Nous avons aussi un droit de regard sur les autres pratiques en matière de santé associées à la coop. "

Toutes les coopératives de santé ne fonctionnent pas selon le même modèle. Par exemple, à la Coop Santé Les Grès, en Mauricie, la première à avoir vu le jour au Québec, les médecins ne sont pas membres mais locataires de la coopérative dont l'approche est de plus en plus intégrée : un point de service a été ouvert dans la localité voisine de Saint-Étienne, un centre d'hébergement pour personnes âgées a été construit. De son côté, la coopérative de Saint-Thècle a choisi une approche clés en main : elle prend en charge toute la gestion administrative de ces médecins locataires, ce qui facilite le recrutement de médecins.

L'article de Mme Jeanne Morazain est paru dans l'édition du 14 mars 2007 de L'Actualité Médicale.

“ Les expériences connues sont fort intéressantes et elles vont plus loin que le simple fait d'offrir un local à des médecins. C'est également, et voilà le plus important, le reflet d'une population proactive qui s'inscrit pour soutenir les services de santé dans son milieu ”



5 à 7 Conférence Espace santé du 27 mars 2007 sur les Coopératives de santé



Benoit Gareau en compagnie des 3 conférenciers:
M. Claude Béland, Dr Bernard Gélinas et M. Jean-Pierre Girard.

5 à 7 Conférence Espace Santé du 19 juin 2007 sur les GMF



Animation dynamique de Christine Guérette avec les conférenciers
Dr Jean-François Rancourt, M. Léonard Aucoin et Mme Lysette Trahan



L'analyse de la collaboration interprofessionnelle au sein d'une équipe interdisciplinaire dans un contexte de soins de longue durée gériatrique

France Camiré

Résumé du travail de Mme France Camiré en vue de l'obtention d'un grade de Maîtrise ès administration de la santé (Université de Montréal)

Mme France Camiré est présentement conseillère en soins spécialisés – Milieu de vie substitué au CSSS Pierre-Boucher



La présente étude qualitative vise à approfondir notre compréhension du phénomène de la collaboration interprofessionnelle au

sein d'une équipe de professionnels intervenant auprès de personnes âgées dans un contexte de soins de longue durée. Les intervenants qui travaillent dans un contexte organisationnel auprès d'une clientèle gériatrique sont confrontés à une plus grande incertitude provenant de la complexité relative à leur condition. La présence de plusieurs pathologies, d'une plus grande fragilité et d'un vieillissement différentiel génère une plus grande quantité d'informations à prendre en compte et de ce fait, conduit à la nécessité de joindre l'expertise de plusieurs professionnels. Malgré l'existence de quelques études sur la collaboration, certaines interrogations subsistent sur les dynamiques ayant cours entre les professionnels au sein des équipes interprofessionnelles, tout particulièrement dans un établissement de type CHSLD. Nous avons donc opté pour un devis d'étude de cas unique afin d'approfondir notre compréhension des dynamiques au sein d'une équipe interprofessionnelle en soins de longue durée gériatrique. Trois questions de recherche ont donc guidé notre étude. En s'inspirant du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour (1997), l'étude a donc voulu répondre aux questions suivantes : Quels sont les déterminants susceptibles de favoriser le développement et le

maintien de la collaboration ? Quels sont les indicateurs de résultats utilisés par les professionnels ? Quelles sont les différentes stratégies utilisées par les gestionnaires pour favoriser la régulation de la collaboration ? La collecte de données a été réalisée à partir de différentes sources d'information comprenant dix-sept entrevues semi-directives réalisées auprès de huit professionnels et de neuf gestionnaires, l'observation de sept discussions cliniques et du matériel documentaire incluant des documents cliniques, clinico-administratifs et administratifs.

La présente étude permet d'approfondir notre compréhension de la collaboration interprofessionnelle en ce sens où elle décrit les dynamiques existantes entre des professionnels d'une équipe reconnue pour avoir instauré et maintenu une véritable collaboration. La documentation de l'équipe ainsi que du contexte dans lequel elle évolue nous permet de mettre en évidence les dimensions du modèle de D'Amour (1997) et D'Amour et coll. (1999). Les résultats qui émergent de l'étude nous décrivent une équipe interdisciplinaire comme un système social en tension dont le développement repose sur la présence de certains facteurs. En effet, l'analyse des données révèle que des déterminants sont davantage susceptibles de faire varier l'intensité des rapports de collaboration au sein de cette équipe. La compétence se situe comme le principal déterminant puisqu'elle est au cœur même de l'existence de ce système social. Cependant, ce déterminant ne peut à lui seul assurer le développement de liens cohésifs nécessaires à la structuration d'une action collective.

D'autres déterminants par leurs fonctions contributives interviennent de concert avec la compétence et en assurent la synergie. Cette compréhension de la collaboration interprofessionnelle au sein d'une équipe s'est enrichie grâce à l'étude du contexte organisationnel. En effet certaines des stratégies organisationnelles par leur nature normative apparaissent clairement venir renforcer l'effet des déterminants au sein de l'équipe. Toutefois, le développement de ses rapports de collaboration ne pourrait avoir lieu sans le recours à différents moyens de coordonner le travail des professionnels.

En conclusion, nous discutons de l'implication de ces résultats pour la pratique des professionnels et des gestionnaires et de la nécessité de réaliser d'autres études qualitatives afin de saisir les différentes nuances liées à la nature du travail interprofessionnel et aux contextes dans lesquels il prend place.

Références

- D'Amour, D., Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec, in GRIS. 1997, Université de Montréal: Montréal.
- D'Amour, D., Sicotte, C. et Lévy R. (1999). «Un modèle de structuration de l'action collective dans les services de santé de première ligne au Québec», Sciences Sociales et Santé, 17 (3), 67-94.

“ Les résultats qui émergent de l'étude nous décrivent une équipe interdisciplinaire comme un système social en tension dont le développement repose sur la présence de certains facteurs.”

“ La compétence se situe comme le principal déterminant puisqu'elle est au cœur même de l'existence de ce système social.”



Analyse sociopolitique des impacts de l'implantation d'un GMF sur les échanges d'information et de connaissance entre médecins et infirmières

Marie-Andrée Paquette

Étudiante au Ph.D en santé publique à l'Université de Montréal et agente de recherche au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé

Le texte qui suit est un résumé du mémoire de maîtrise déposé et accepté en 2006 en vue de l'obtention d'un grade de M.Sc. en Santé communautaire (Université Laval).



Au Québec, les Groupes de Médecine de Famille (GMF) créent un contexte de pratique favorable au développement de suivis con-

jointés médecin de famille-infirmière pour plusieurs maladies chroniques. Ces groupes, composés d'une dizaine de médecins et de deux infirmières, peuvent ainsi être vus comme un moyen de permettre aux patients souffrant de maladies chroniques de bénéficier de la plus-value que devrait représenter une offre de services sous la responsabilité de deux professionnels qui ne détiennent, de façon individuelle, que partiellement l'expertise requise pour répondre à des besoins complexes.

Ce mémoire a cherché à répondre aux questions suivantes : dans quelle mesure la pratique à l'intérieur du GMF a pris la tangente d'une pratique interdisciplinaire et pourquoi? Un cadre conceptuel inspiré des théories sociopolitiques de l'organisation de Crozier et Friedberg^{1,2} a été élaboré. Ce cadre met en évidence, dans une structure organisée par des règles, les dimensions qui sous-tendent le rapport de force entre les membres de l'organisation.

Au niveau méthodologique, l'étude de cas unique³ portant sur un cas traceur, l'évolution des communications entre médecins et infirmières dans le cadre de la prise en charge de patients diabétiques de type 2 dans un GMF, a été privilégiée. Ce GMF se situe dans une région semi-éloignée de la province de Québec.

Plusieurs sources de données ont été utilisées : 1) la consultation de documents officiels relatifs au GMF étudié, soit les contrats d'association et les ententes passées; 2) le protocole de suivi systématique du diabète que l'équipe du GMF a développé avec la finalité (permise par la modalité GMF) de mieux exploiter les expertises des deux disciplines concernées; 3) douze entrevues individuelles semi structurées réalisées à l'automne 2004 avec l'ensemble des médecins (n=9) et infirmières (n=3) actifs au sein du GMF. Il est à noter que les infirmières travaillant au sein de ce groupe sont techniciennes, et non pas bachelières comme le recommandait au départ le Ministère. Ces entrevues ont été enregistrées, avec la permission des participants, et ont été retranscrites pour analyse. Par ailleurs, et dans un souci de triangulation et de validation, un rapport préliminaire a été envoyé aux personnes interrogées.

L'analyse des résultats révèle un impact certain de la modalité GMF en termes de réduction des rapports de force potentielle entre les professionnels. En effet, on remarque un accroissement important du partage de connaissances médicales, via l'explication des décisions prises, par les médecins aux infirmières du groupe. Aussi ces infirmières sont-elles naturellement portées à partager l'ensemble des informations qu'elles possèdent à propos des patients, afin de faciliter les décisions médicales. Cette tendance est probablement liée à la valorisation perçue de leur rôle infirmier à travers une implication plus systématique dans le suivi des patients diabétiques. L'implantation du GMF s'est toutefois avérée insuffisante à modifier concrètement les

rapports hiérarchiques existant traditionnellement entre médecins et infirmières. En effet, le partage de connaissances médicales aux infirmières, en se limitant la plupart du temps à une explication des décisions, n'implique pas celui des connaissances sous-jacentes à la prise de décision, telles la pharmacodynamique. D'autre part, les infirmières se gardent bien de partager certaines connaissances professionnelles, relatives à leur expertise particulière en termes, par exemple, de l'approche infirmière concernant les soins et la promotion de saines habitudes de vie. Parmi les facteurs permettant de comprendre les résultats obtenus nous notons, entre autres, l'absence de régulation entourant les communications interprofessionnelles ainsi que le maintien d'une exclusivité médicale en regard des activités de diagnostic et de prescription.

Références

1. Crozier, M. et E. Friedberg (1985). "Le pouvoir comme fondement de l'action organisée." Dans *L'analyse des organisations: Une anthologie sociologique*, édité par J.-F. Chanlat et F. Séguin, Montréal: Gaétan Morin.
2. Crozier, M. et E. Friedberg (1992). *L'acteur et le système: Les contraintes de l'action collective*. Paris: Seuil.
3. Yin, R. K. (2003). *Case Study Research: Design and Methods*.

"L'analyse des résultats révèle un impact certain de la modalité GMF en termes de réduction des rapports de force potentielle entre les professionnels."

"L'implantation du GMF s'est toutefois avérée insuffisante à modifier concrètement les rapports hiérarchiques existant traditionnellement entre médecins et infirmières."



Réponse du Dr Benoît Lalonde à l'article « LES ANGLIS MEILLEURS QUE LES FRANCOIS » publié le 3 avril 2007 dans le journal La Presse

Dr Benoît Lalonde

Chef du département de stomatologie du CHUM / Pavillon Notre-Dame



Dans un article publié le 3 avril 2007 dans le journal La Presse, Mme Pascale Breton, journaliste, reprenait des commentaires

de patients ayant été mieux servis par les ressources d'hôpitaux anglophones. L'article commençait par ce paragraphe « Secret bien gardé ou véritable tendance? Des francophones qui se sont fait soigner dans les hôpitaux anglophones ou qui y travaillent ne jurent que par ces établissements. Les soins sont plus rapides et plus attentionnés, affirment-ils. L'herbe est-elle vraiment plus verte chez le voisin? Le ministère de la Santé et des Services sociaux n'a jamais étudié la question. Mais La Presse se l'est posée. »

En réponse à l'article de la Presse du 3 avril 2007 « LES ANGLIS MEILLEURS QUE LES FRANCOIS », je voulais brièvement apporter ces quelques commentaires.

J'aimerais commenter l'exemple de Madame Lyne Viens qui rapporte dans l'article qu'elle avait « des plaques blanches dans la bouche » puisque étant spécialiste en médecine buccale, je suis personnellement et directement impliqué dans ce genre de situation. Elle profite d'une visite chez son interniste à l'Hôpital général juif pour lui en faire part. Ce dernier la réfère à un dermatologue qui procède à une biopsie confirmant un cancer buccal. On écrit plus loin dans l'article que « En une semaine, elle voit un oto-rhino-laryngologiste. Deux semaines plus tard, elle est opérée. »

Cet exemple laisse sous-entendre que nous n'avons pas la même efficacité dans la gestion de ces cas. Je peux vous assurer qu'avec l'aide de notre équipe de chirurgiens oto-rhino-laryngologistes oncologues, qui, en passant, possède une très grande expertise en chirurgie de cancers tête et cou, que le patient est traité avec la même diligence que dans l'exemple cité dans votre article.

En ce qui concerne la mentalité répandue que « dans les centres anglophones c'est mieux », je peux vous dire qu'en tant que chef de département, j'assiste sur une base régulière à des rencontres où se retrouvent tous les chefs de département du CHUM. Je peux vous dire aussi à quel point, malgré leurs multiples responsabilités, ces femmes et ces hommes ont à cœur la réalisation de notre nouveau CHUM.

De l'autre côté, on voit des hôpitaux qui n'ont pas la pression que le CHUM doit subir comme centre d'expertise pour la grande région francophone de Montréal. En d'autres termes, notre centre hospitalier doit absorber beaucoup de cas transférés. Les autres hôpitaux subissent-ils la même pression? Que l'on ajuste les statistiques des différents centres hospitaliers en termes d'achalandage, nombre d'ambulances qui y sont acheminées, lourdeur des cas des patients référés et là, et seulement là, pourrions-nous en faire une évaluation acceptable? J'aimerais également connaître le profil de la clientèle type du CHUM comparativement à celle des hôpitaux anglophones...

Les institutions anglophones ont également une longue tradition de mécénats afin de soutenir financièrement leurs hôpitaux. Du côté francophone, nous développons également cet aspect, mais force est d'avouer que les institutions anglophones ont quelques décennies d'avance sur nous. Mais les choses sont appelées à changer avec l'évolution de notre société.

J'aimerais finalement souligner le mérite de tant de femmes et d'hommes travaillant au CHUM qui, malgré la difficulté à faire avancer le dossier de notre nouveau centre hospitalier (doit-on rappeler le premier projet du 6000 St-Denis qui fut mis au rancart, après tant de travail de planification), continuent de travailler pour l'aboutissement de ce grand projet. Je suis personnellement impressionné par la volonté de mes collègues qui, malgré les multiples difficultés rencontrées, continuent de croire au CHUM!

Pour lire l'article complet de Mme Pascale Breton, paru dans la Presse du 3 avril 2007 « LES ANGLIS MEILLEURS QUE LES FRANCOIS? », allez au site de la Presse à l'adresse www.cyberpresse.ca

" Je suis personnellement impressionné par la volonté de mes collègues qui, malgré les multiples difficultés rencontrées, continuent de croire au CHUM ! "



Les années Blair en santé

■ ■ ■ la suite par Benoit Gareau

santé de 6,8% du PNB à 9,4% en 2007-2008 atteignant ainsi la moyenne des pays européens⁴. En 2008, le budget du NHS devrait atteindre £ 94 milliards (\$ 187 milliards).

Dans le cadre de cette nouvelle vision de l'État, le gouvernement Blair voulait orienter le NHS vers des objectifs de qualité et de performance. Le NHS devait encourager les meilleures pratiques en cherchant à améliorer les processus et le fonctionnement des organisations du système de santé. Selon ces acteurs, le nouveau NHS pouvait ainsi s'engager à poursuivre les principes historiques du NHS avec des moyens modernes et adaptés.

Toutefois, les dix dernières années ont été particulièrement difficiles pour les travailleurs du réseau de la santé. Les nombreuses refontes et restructurations des institutions de santé ont créé une grogne importante chez les gestionnaires, les médecins et les infirmières.

Ces changements ont pris différentes tangentes au cours des années. Le gouvernement a entrepris le démantèlement du programme conservateur de soins primaires, les GP Fundholding. Il a créé d'autres groupes de soins primaires, les Primary Care Group qu'il a modifié en Primary Care Trust. Le gouvernement a aboli les instances régionales qu'il a restructurées en autorités stratégiques. Il a également rendu plus puissants les hôpitaux au détriment des cliniques de soins primaires qui n'avaient ni le pouvoir, ni les ressources, ni les compétences pour faire compétition avec ces conglomérats. De plus, les organisations du NHS ont à faire face à des déficits financiers, malgré les investissements importants des dernières années. Le déficit pour 2005-2006 était de £ 700 millions (\$ 1250 millions).

Ces années de labeur cachent toutefois des résultats encourageants. Selon les données recueillies par le Département de santé britannique, le NHS réussit à répondre à la demande de soins dans un délai raisonnable dans des secteurs d'activités importants. En 2007, aucune personne n'attend plus de 6 mois pour des traitements non urgents contrairement à de 18 à 24 mois pour certaines chirurgies, il y a à peine quelques années. Pour l'année

prochaine, on s'attend à ce que personne n'attende plus de 18 semaines. En 1997, 283 866 personnes attendaient 6 mois ou plus pour des opérations. En mars 2007, les ministres annonçaient que ce nombre était de 199 personnes. La moyenne de temps d'attente est de 6,6 semaines⁵. En 2003, lorsque les indicateurs de qualité ont été mis en place, 75% des patients étaient vus dans les 4 heures aux urgences. L'année dernière, c'était 98,5%⁶.

Il y a aujourd'hui plus de 20 000 nouveaux consultants et médecins, plus de 70 000 infirmières, 118 nouveaux hôpitaux et 118 nouvelles cliniques de soins primaires. La demande a aussi augmenté puisqu'il y a 3% de plus d'utilisateurs et 75% de plus d'appels aux services d'urgence ambulancier⁷.

Conclusion

Tony Blair influencé par les idées du Third Way a mis en branle une série de réformes pour résoudre des problèmes d'ordre et développer un projet de société qui pouvait renouveler la social-démocratie. Dans le système de santé, la réforme a été faite autour du NHS et a impliqué le développement de plusieurs initiatives simultanément. Le NHS est un système hautement complexe et cette complexité reflète la multitude d'objectifs associés aux différentes organisations de santé.

Des données recueillies dans le réseau de la santé semblent donner raison à Blair puisque les temps d'attente sont en chute libre à travers le NHS. Toutefois, la grogne est palpable chez les acteurs du réseau de la santé et elle semble avoir atteint des sommets suite aux restructurations. Des études plus poussées auront à être réalisées pour confirmer les résultats en santé. Ce n'est qu'après plusieurs années qu'un jugement éclairé pourra être rendu sur la performance du NHS et les politiques en santé de Blair.

Références

1. 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.
2. Giddens, A. (1999). The Third way: The Renewal of Social Democracy. Polity Press, Cambridge.
3. Blair, T. (1998). The Third Way: New Politics for the New Century. Fabian Society, London.
4. Stevens, S. (2004). Reform strategies for the English NHS. Health Affairs, 23(3): 37-44.
5. Toynbee, P. (2007). NHS: The Blair years. BMJ, 334: 1030-1031.
6. Department of Health <http://www.performance.doh.gov.uk/hospitalactivity/index.htm>
7. Toynbee, P. (2007). NHS: The Blair years. BMJ, 334: 1030-1031.



Le Journal Espace Santé

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 :

Louis Aucoin
Linda Cazale
Benoît Gareau

Collaborateurs à la présente édition :

France Camiré
François-Pierre Gladu
Benoît Lalonde
Jeanne Morazain
Marie-Andrée Paquette

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 1913-6986

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. Veuillez prévoir un nombre maximum de 10 références et de 2 figures ou tableaux. Il est à noter que le comité éditorial ne s'engage pas à publier tous les textes reçus. Un processus de révision de chaque texte déposé est fait avec au moins un des membres du comité de lecture.

Quelques suggestions de lecture sur les coopératives de santé et la collaboration interprofessionnelle

Sur les coopératives de santé

- 1) Conseil de la coopération du Québec (février 2005). *Positionnement et orientation du Conseil de la coopération du Québec en matière de santé*. Document disponible sur le site <http://www.coopquebec.coop/> Choisir l'onglet «Publications» pour le thème «Mémoires»
- 2) Un forum santé sur les coopératives de services de santé a eu lieu le 27 avril 2007. Les conférences de Marie-Joëlle Brassard, Guy Benoît, Jacques Bourgeois et Jean-Pierre Girard sont disponibles sur le site: <http://www.coopquebec.coop/>
- 3) Venne, Michel (2005). *100 idées citoyennes pour un Québec en santé*. Supplément de l'annuaire du Québec 2005 (sous la direction de Michel Venne). Publié en collaboration avec l'Institut du Nouveau Monde. Les Éditions Fides.
- 4) Girard, Jean-Pierre (2006). *Notre système de santé, autrement*. Éditions BLG.
- 5) Brassard, Marie-Joëlle (2007). «La clinique coopérative de santé ne rime pas avec privatisation», *Le Devoir*, édition 8 juin (section Opinion).

Sur la collaboration interprofessionnelle

- 6) Oandasan Ivy et collaborateurs (2006). *Le travail en équipe dans les services de santé : Promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada; Recommandations et synthèse pour politiques*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Document disponible sur le site <http://www.chsrf.ca>
- 7) Conference Board of Canada (2007). *Achieving Public Protection Through Collaborative Self-Regulation – Reflections for a New Paradigm*. Ottawa : Conference Board of Canada. Document disponible sur le site <http://www.conferenceboard.ca>
- 8) Un colloque sur la transformation des services médicaux de première ligne et sur les enseignements à tirer de l'expérience des premiers groupes de médecine de famille (GMF) au Québec a eu lieu le 7 mai 2007. Plusieurs des conférences sont disponibles sur le site de la Chaire Docteur Sadok Besrouer en médecine familiale de l'Université de Montréal : http://www.medfam.umontreal.ca/chaire_sadok_besrouer/actualite/



Le Groupe Espace Santé

L'organisation des activités du Groupe Espace Santé repose sur l'implication bénévole de membres issus de différents milieux, de professionnels de la santé et de citoyens ayant à cœur l'avenir du système de santé et de services sociaux au Québec.

Le Groupe Espace Santé est un organisme à but non lucratif et non partisan qui 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. Pour ce faire, nous continuerons à organiser des conférences et d'autres événements, à favoriser le transfert de connaissances ainsi qu'à publier un journal.

Le Groupe Espace Santé est une occasion unique de faire rencontrer des acteurs et des intervenants du milieu pour développer un nouveau leadership en santé. Ce leadership se veut inclusif, interdisciplinaire et intergénérationnel.

Le Groupe Espace Santé s'imprègne de trois orientations centrales : la coopération interdisciplinaire, le partenariat avec les citoyens et la modernisation du système de santé et de services sociaux. Tout d'abord, la coopération interdisciplinaire implique le réseautage et la mise en commun des expériences des acteurs. Ces derniers gagneraient à se concerter davantage afin d'atténuer les barrières professionnelles et organisationnelles qui souvent bloquent le changement et le progrès.

En second lieu, le partenariat avec les citoyens apparaît une force : ce partenariat est considéré comme une façon d'améliorer les processus et permet 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 et de services sociaux au Québec.

Le Groupe Espace Santé veut développer une conscience politique et une vision des défis à surmonter pour améliorer le système de santé et de services sociaux au Québec. Nous croyons fermement à l'importance de construire ce nouveau leadership et nous vous invitons à maintenir votre participation à nos activités.

Conseil d'administration du Groupe Espace Santé 2006 - 2007

PRÉSIDENT: **Benoît 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., Associé principal, Octane Architecture stratégique et communication,

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

ADMINISTRATRICE: **Marie-Sophie L'Heureux**, B.Sc., Infirmière, étudiante à la maîtrise en administration de la santé,

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.

Les membres du conseil d'administration ont été élus lors de la première assemblée générale annuelle du Groupe Espace Santé tenue le 2 novembre 2006.



Événement - Publicité

L'ÉCOLE d'ÉTÉ
DE L'INSTITUT DU NOUVEAU MONDE
22 AU 25 AOÛT 2007
À MONTRÉAL

La matinée santé de l'École d'été de l'Institut du Nouveau Monde

La 4^{ème} édition de l'École d'été de l'Institut du Nouveau Monde est l'événement de l'été; plus de cent conférenciers, des ateliers pratiques et ludiques, des tables rondes sur des sujets chauds, des 5 à 7 éclatés, des déjeuners rencontre.

Ne manquez pas la matinée santé

- Stephen Lewis, ancien rapporteur spécial des Nations Unies pour le VIH/Sida
- Panel « Y a-t-il collusion entre les chercheurs, les médecins et l'industrie pharmaceutique ? » avec David J. Roy, Danielle Laudy et Jean-Claude St-Onge.

Pour la programmation et l'inscription, visiter le site internet de l'Institut du Nouveau Monde : www.inm.qc.ca