

# L'implantation d'une nouvelle organisation des services de première ligne : le cas des GMF



Chaire  
Docteur Sadok Besrouer  
en médecine familiale

A new vision for family medicine

Une nouvelle vision  
de la médecine familiale

Université   
de Montréal

Conférence GRÉAS  
15 janvier 2007

Subventionné par la FCRSS, le FRSQ et la Direction de l'évaluation et de la recherche du MSSS

# L'équipe de recherche



Chaire  
Docteur Sadok Besroun  
en médecine familiale

Dr Marie-Dominique Beaulieu	Chaire D <sup>r</sup> Sadok Besroun de l'Université de Montréal - CHUM
Jean-Louis Denis	DASUM - Université de Montréal
Danielle D'Amour	Centre FERASI et FSI - Université de Montréal
Johanne Goudreau	FSI, Université de Montréal - Équipe de recherche en soins de première ligne, Cité de la Santé de Laval
Jeannie Haggerty	Centre de recherche de l'hôpital Charles Lemoyne, Université de Sherbrooke
Dr Eveline Hudon	Équipe de recherche en soins de première ligne, Cité de la Santé de Laval
Guy Jobin	Faculté de théologie et de sciences religieuses - Université Laval
Lise Lamothe	DASUM - Université de Montréal
Frédéric Gilbert	Candidat doctorat en santé public, Université de Montréal
Hélène Guay, Anne Gauthier	DREI - MSSS
Guytaine Cyr	Chaire D <sup>r</sup> Sadok Besroun de l'Université de Montréal – CHUM

# Objectif de l'étude



- Analyser la mise en place des premiers « Groupes de médecine de famille », sous l'angle de la réorganisation du travail et de la collaboration interprofessionnelle.



# Questions de recherche

1. Comment les facteurs organisationnels influenceront-ils l'implantation des GMF ?
2. Comment les GMF redéfiniront-ils les modes de pratique et la collaboration inter professionnelle?
3. Quels seront les effets de la réorganisation du travail sur les pratiques cliniques et l'expérience de soins des usagers ?



# Méthodes

## Devis:

- Étude de cas avec le GMF (n=5) comme unité d'analyse

## Sources de données:

- Entrevues individuelles auprès des professionnels et des gestionnaires (T<sub>0</sub> N=48 – T<sub>2</sub> N=58)
- Enquêtes par questionnaire auprès des patients (T<sub>0</sub> n=1430 – T<sub>2</sub> N=1325) et professionnels (T<sub>0</sub> N=42 – T<sub>2</sub> N=46)
- Groupes de discussion auprès des patients (T<sub>2</sub> N=22)
- Analyse documentaire (lettres, mémos, documents administratifs, protocoles de soins, etc.)

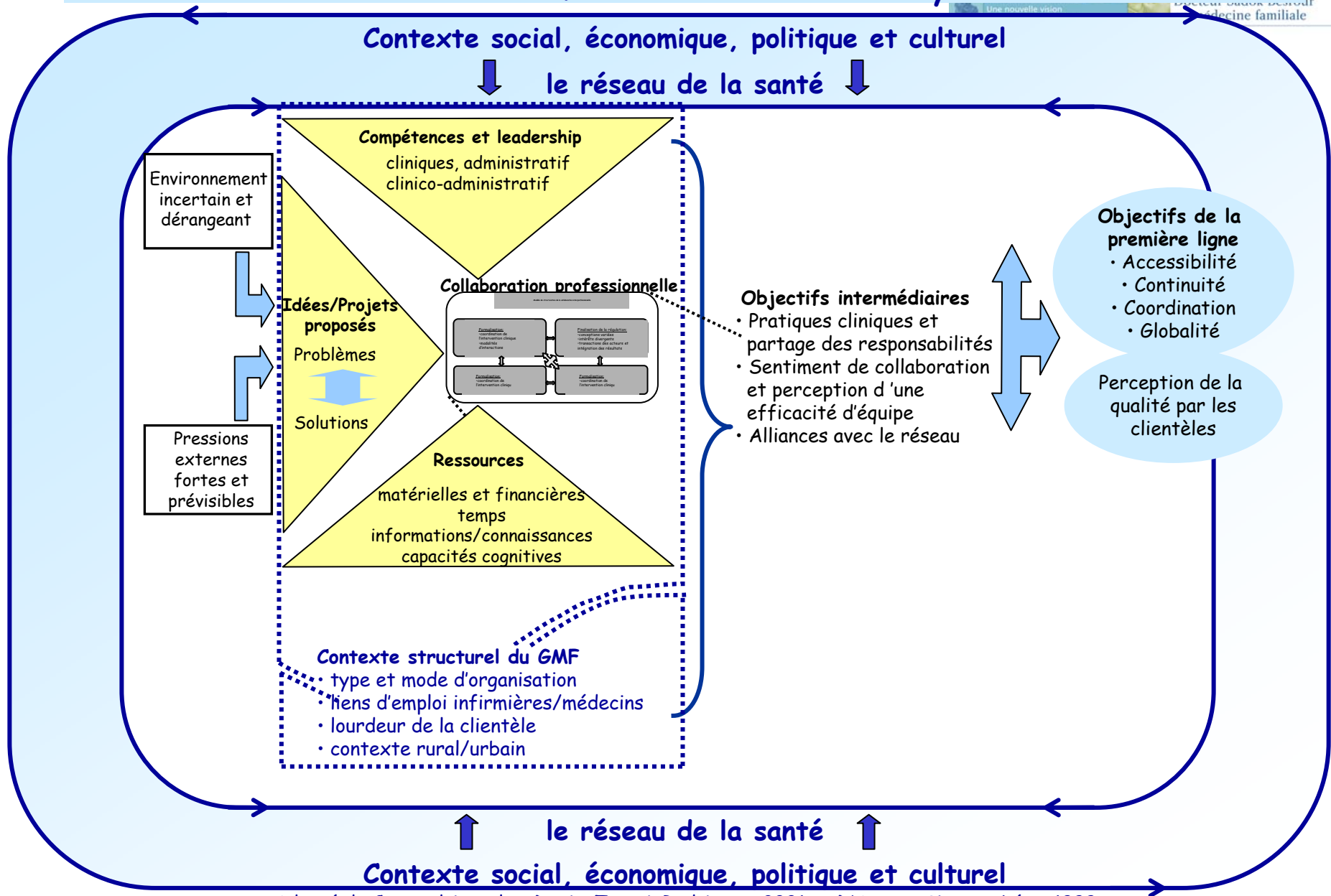
# Description des 5 GMF



	# sites	# mds	#imp	Pratique de groupe	SRV population
GMF A	1; CLSC	22	2	+	+
GMF B	3;Privé &CLSC	10	2	-	-
GMF C	1; UMF	15	2	+	-
GMF D	3;CLSC, UMF	15	2	+	+
GMF E	3;Privé & CLSC	10	2	-	+

Figure 1

# Le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration professionnelle au sein du modèle GMF Cadre d'analyse





Chaire  
Docteur Sadok Besroun  
en médecine familiale

# RÉSULTATS



Chaire  
Docteur Sadok Besroun  
en médecine familiale

# La dynamique d'implantation

# Les enjeux organisationnels de l'implantation



Chaire  
Docteur Sadok Besroun  
en médecine familiale

- Plan
  - Contexte de développement des GMF
  - La mise en œuvre des attributs du GMF
  - Dynamique organisationnelle et implantation des GMF

# Contexte de développement des GMF



<b>cadrage de la réflexion</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Réflexion régionale (A, B)</li><li>✓ réflexion locale (C, D)</li></ul>
<b>vision de la pratique</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ idéal de pratique (intégrée, de groupe, etc.)</li><li>✓ instrumentale (partage gardes, plages hor., etc.)</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ cohabite parfois dans le même GMF</li></ul>
<b>dynamique d'adhésion</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ adhésion aux objectifs <math>\neq</math> adhésion aux moyens</li></ul>



# Attributs des GMF

## pratique de groupe

- ✓ mise en commun de pratiques hét. (B, E)
- ✓ enjeux d'actualisation de la vision
- ✓ importance des outils pour faciliter le développement du GMF

## infirmières

- ✓ visions variables du rôle (B, E)
- ✓ malgré une vision partagée, l'intégration de l'infirmière exige une adaptation (B, C, D, E)



# Les attributs des GMF (suite)

## inscription

- ✓ inscription des clientèles pré-GMF
- ✓ sur-estimation des clientèles (A, C, D)
- ✓ l'inscription devient un enjeu majeur

## offre de service

- ✓ + d'offre au clientèles inscrites (tous)
- ✓ SRV population (A, E, D)
- ✓ SRV clientèle inscrite (B, C)
- ✓ garde 24/7 clientèles vulnérables (A, B, C, D)



# Les attributs des GMF (suite)

## systeme d'information

- ✓ GMF tous déçus - espéré de tous
- ✓ décrit comme « éprouvant » (E) ou comme un « running gag » (D)

## support administratif (secrétariat et gestion)

- ✓ support important pour l'implantation
- ✓ suite à la consolidation, son rôle peut être appelé à évoluer et sa contribution à être réévaluée



# Dynamique organisationnelle

## Leadership

- ✓ repose initialement sur 1 ou 2 per.
- ✓ développement variable de  $T_1$ - $T_2$ 
  - ✓ partagé avec les infirmières (A, D)
  - ✓ leadership GMF et régional (A)
  - ✓ changement de leader (B)
  - ✓ potentiel de compétition entre leadership interne et externe

## Ressources

- ✓ modes de rémunération influence la pratique des infirmières
- ✓ frustration à l'égard de l'arrivée de l'annexe 3

# Facteurs organisationnels (suite)



Chaire  
Docteur Sadok Besroun  
en médecine familiale

## structure

- ✓ tension intra-muros (pop./clientèle)
- ✓ # de sites = enjeux particuliers
- ✓ lourdeurs des ententes

## Support à l'implantation

- ✓ support du GSI perçu en dessous des attentes
- ✓ chargés de projet régionaux perçus positivement (4 des 5)
- ✓ support pratique de la FMOQ



# La pratique infirmière: deux orientations

# La pratique infirmière 1



Chaire  
Docteur Sadok Besrouer  
en médecine familiale

**Soins ponctuels  
en assistance aux médecins**

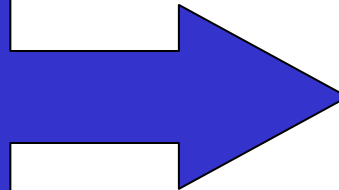
- **Signes vitaux préconsult md**
- **i/v et vaccination**
- **Suivis de tests de labo**
- **Réfection de pansements**
- **Retour d'appels pour md**
- **Préparation de salle d'examen**

**PRATIQUE « TRADITIONNELLE »  
visant principalement  
l'accessibilité**

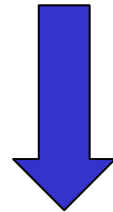
# La pratique infirmière 2



**Soins continus  
aux personnes atteintes de  
maladies chroniques**



- **Création de protocoles de suivi**
- **Consultation avec des patients**
- **Évaluation de la santé**
- **Éducation et counselling**
- **Référence aux ress com**



**PRATIQUE « CONJOINTE »  
visant principalement  
la continuité**



# **Orientations complémentaires? Orientations en opposition?**



- **Les deux orientations sont liées à la mission générale des GMF, cependant**
  - chaque GMF se donne une mission particulière où le rapport accessibilité/continuité peut varier et avoir un impact sur les attentes des médecins face à la pratique infirmière
- **La pratique conjointe favorise la complémentarité des approches ...**
  - les infirmières offrent des services en tant que professionnelles, selon les besoins priorités de la clientèle du GMF par l'équipe GMF
  - la continuité est privilégiée, l'accessibilité ... facilitée au besoin
- **La pratique « traditionnelle »**
  - les infirmières répondent aux demandes des médecins
  - l'accessibilité est privilégiée, la continuité ... moins



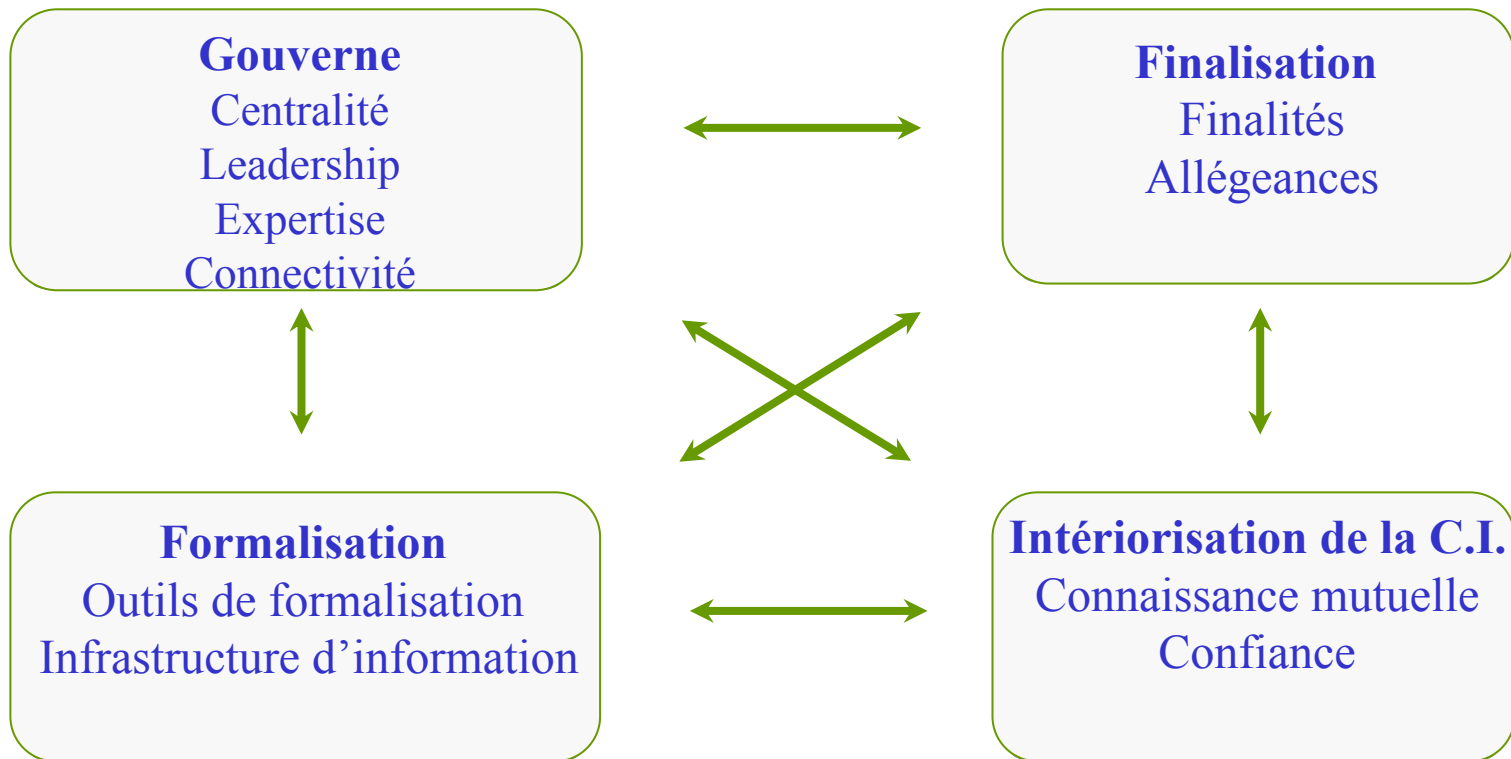
# Pratique infirmière et collaboration

# Modèle conceptuel:

*Structure de la collaboration professionnelle (D'Amour, 1997)*



Chaire  
Docteur Sadok Besroun  
en médecine familiale



# Typologie de la collaboration



Chaire  
Docteur Sadok Besroun  
en médecine familiale

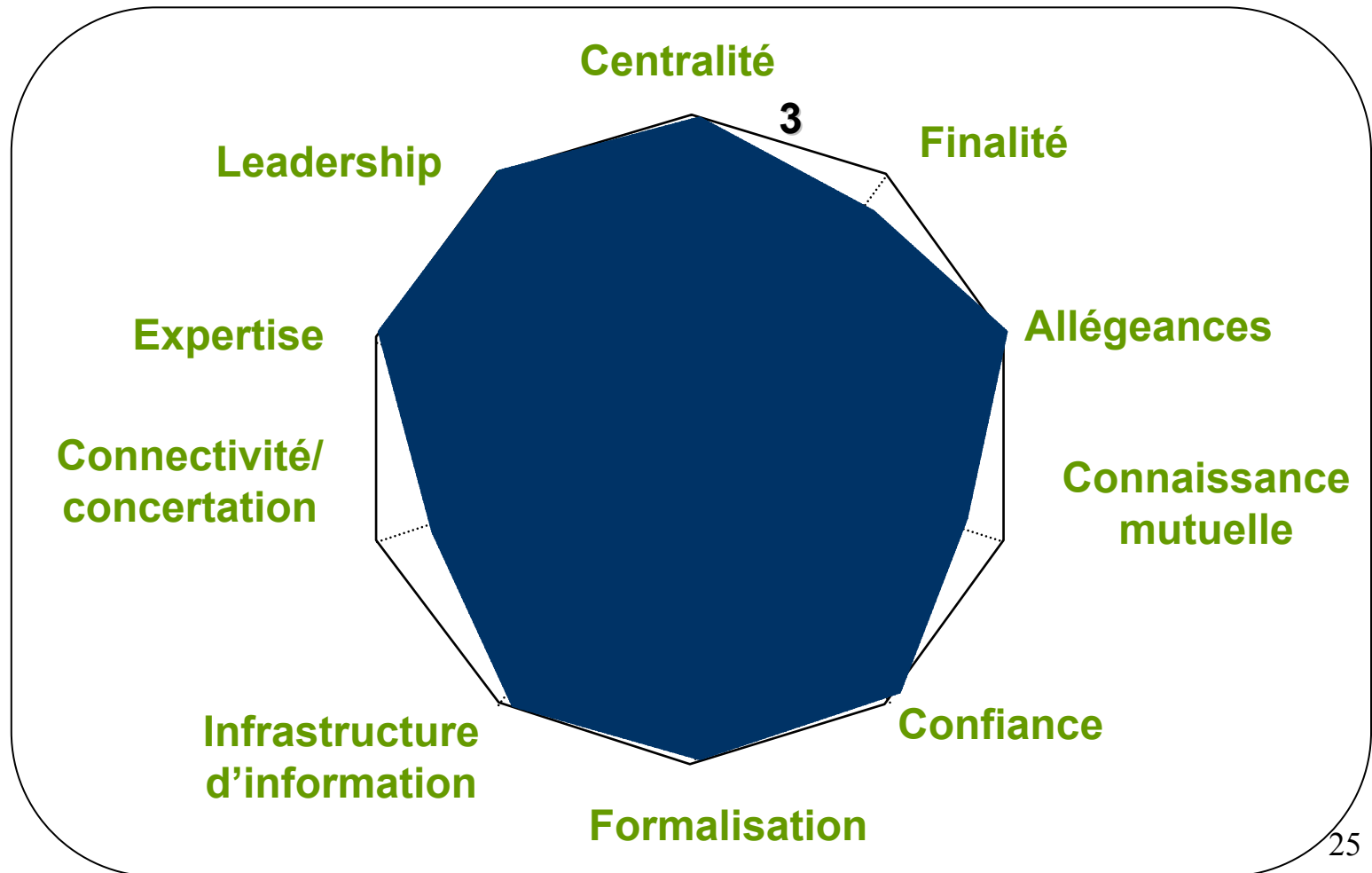
- Collaboration en action

Collaboration **stable**, non fragilisée par les aléas et soubresauts du contexte; se caractérise par le **partage consensuel de responsabilités**

# Collaboration en action (A)



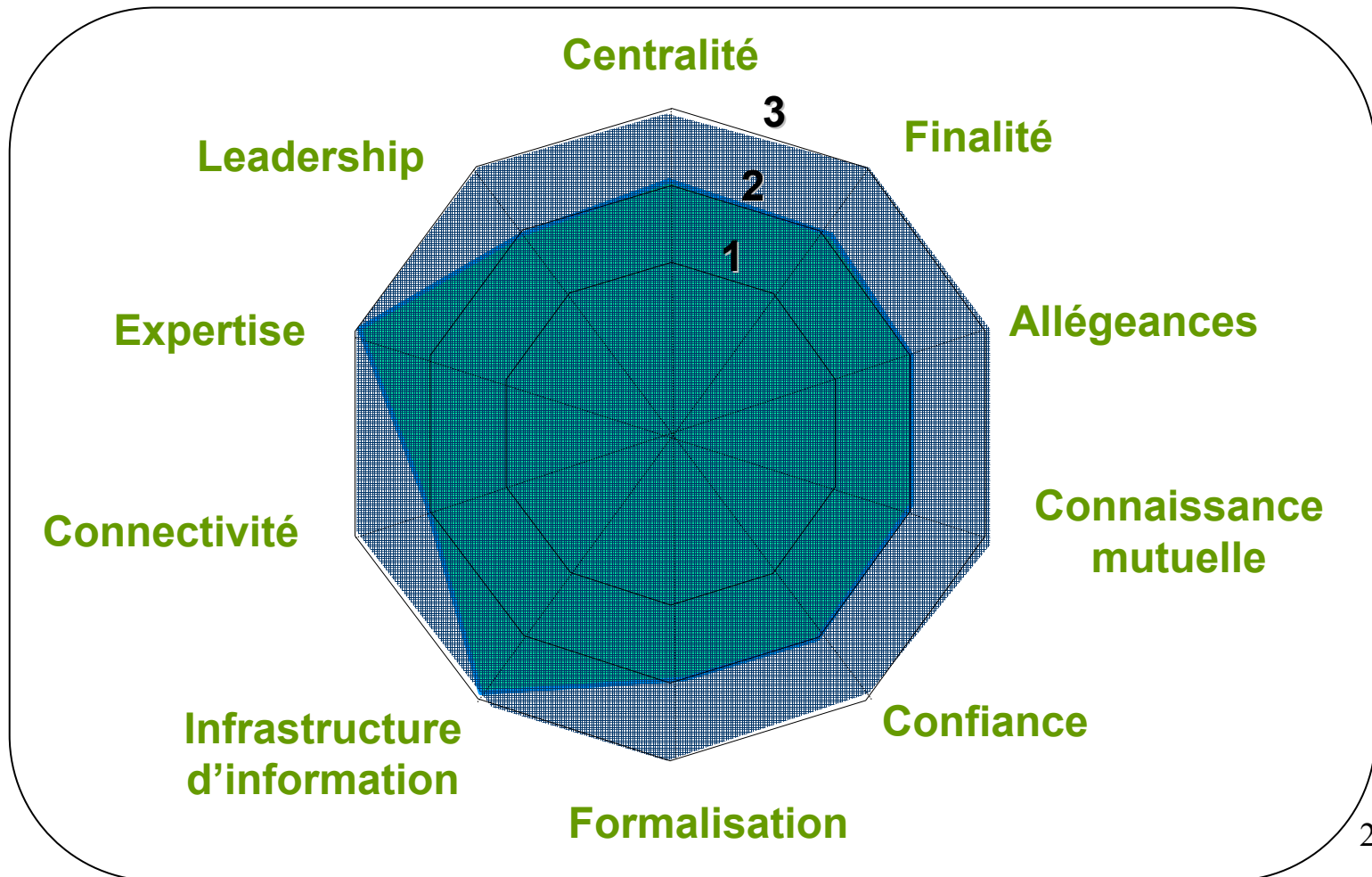
Chaire  
Docteur Sadok Besroun  
en médecine familiale



# Collaboration en action (D)



Chaire  
Docteur Sadok Besroun  
en médecine familiale





# Typologie de la collaboration

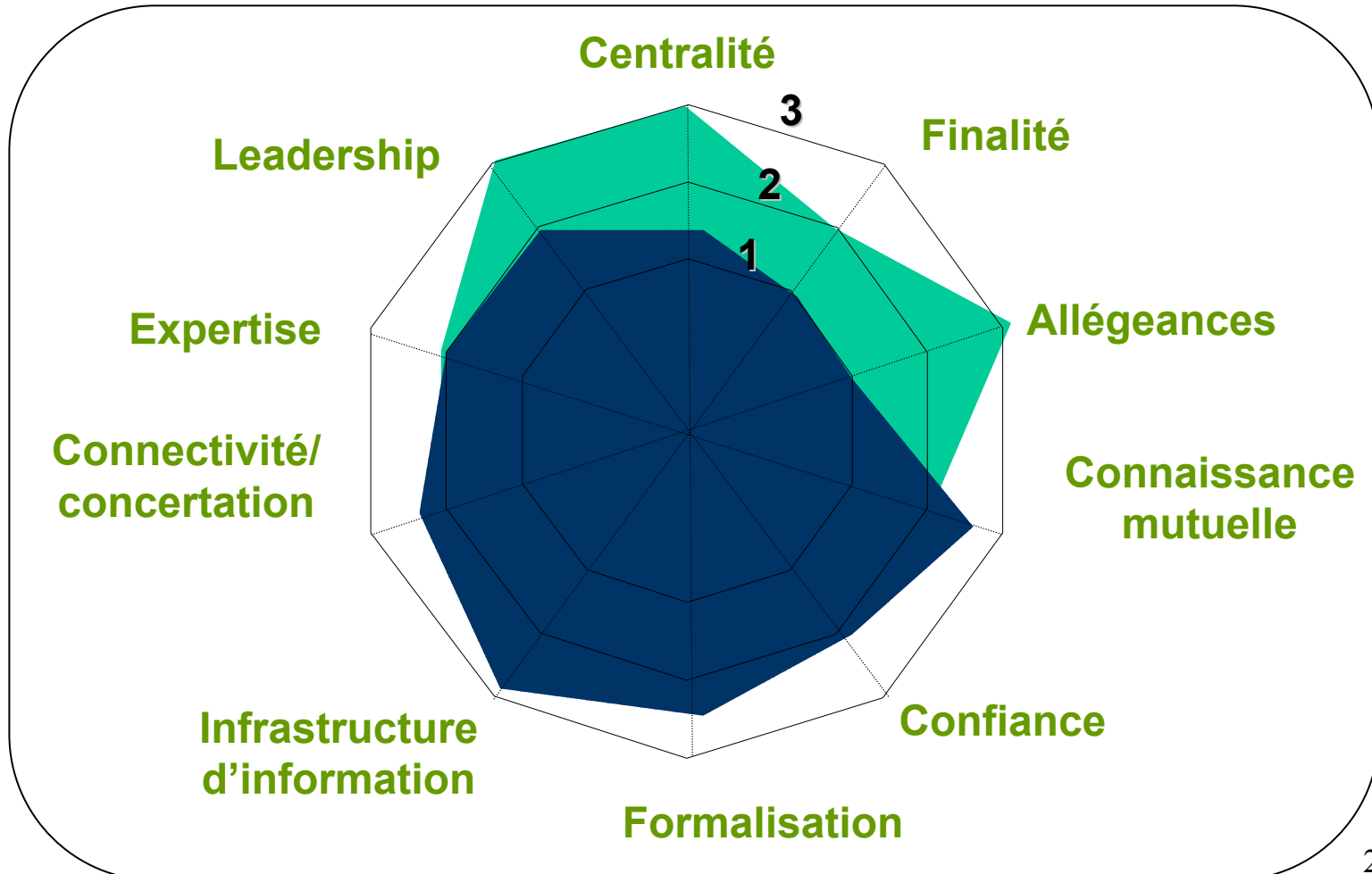
- **Collaboration en action**

Collaboration stable, non fragilisée par les aléas et soubresauts du contexte; se caractérise par le partage consensuel de responsabilités

- **Collaboration en construction**

Collaboration récente ou peu ancrée ou mise à l'épreuve; se caractérise par un partage de responsabilités fragile mais où le processus de négociation est bien vivant

# Collaboration en construction (E)





# Typologie de la collaboration

- Collaboration en action

Collaboration stable, non fragilisée par les aléas et soubresauts du contexte; se caractérise par le partage consensuel de responsabilités

- Collaboration en construction

Collaboration récente ou peu ancrée ou mise à l'épreuve; se caractérise par un partage de responsabilités fragile mais où le processus de négociation est bien vivant

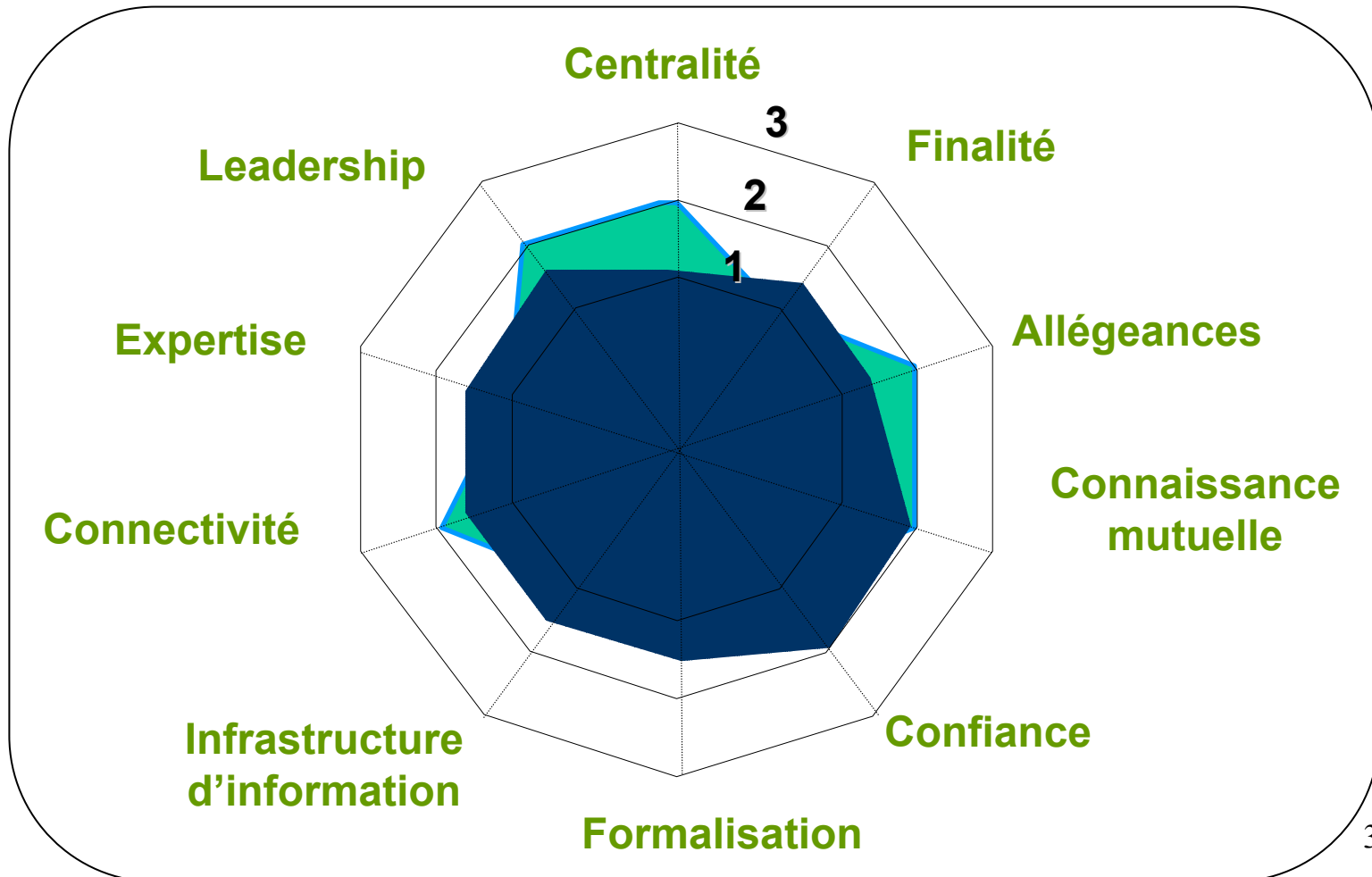
- Collaboration à créer

Collaboration **inexistante ou relations conflictuelles**; se caractérise par une quasi **absence de relation** de négociation ou par la présence importante de **forces en opposition**; peut neutraliser la capacité du système à développer une collaboration satisfaisante

# Collaboration à créer (B)



Chaire  
Docteur Sadok Besroun  
en médecine familiale





# Les éléments forts de la collaboration

- **Le leadership**
  - La collaboration s'est beaucoup plus développée là où il y avait des orientations claires
- **La formalisation du partage des responsabilités**
  - Les protocoles de soins: outil charnière de la collaboration
- **La confiance**
  - Les infirmières ont dû faire leurs preuves
- **Les allégeances centrées sur les besoins de la clientèle du GMF**



# Les principales difficultés de la collaboration

- **Se doter de finalités communes**
- **Un leadership diffus**
- **Peu de temps consacré aux rencontres (connectivité)**
  - Exclusion des infirmières dans un GMF
- **Orientation centrée sur les besoins respectifs des médecins et de leurs clients (allégeances)**
  - Gestion du temps infirmier au prorata du temps md et des sites
- **Manque d'accès à une expertise de la collaboration**



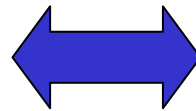
# Satisfaction des professionnels

- **Sentiment de « réalisation » chez les infirmières, lié à l'utilisation de leur expertise globale au service des patients**
- **Collaboration brise l'isolement des médecins de famille**
- **Sentiment des médecins de donner des meilleurs soins et des soins plus complets**



# Développement de la pratique conjointe et dynamique des acteurs:

collaboration



pratique conjointe



# Développement de la pratique conjointe



Chaire  
Docteur Sadok Besroun  
en médecine familiale

- Nécessite plusieurs mêmes éléments facilitateurs que le développement de la collaboration
- Du **temps** pour discuter de la mission GMF et du rôle des professionnels (finalisation; gouverne)
- Du **temps** pour se connaître et se faire confiance (intériorisation)
- Du **temps** pour formaliser (formalisation)
- De l'**ouverture** et de la **flexibilité** pour ce qui précède
- ...

# Enjeux/difficultés



- **Différences philosophiques reliés aux multi-sites**
- **Méconnaissance du rôle potentiel de l'infirmière**
- **Attentes différentes des professionnels face au GMF et au rôle des infirmières**
- **Formation/préparation des infirmières pour la première ligne**



# L'expérience des patients : enquête et groupes de discussion

# L'enquête auprès des patients inscrits : méthode



Chaire  
Docteur Sadok Besrouer  
en médecine familiale

- Recrutement
  - Opportuniste
  - 2755 personnes  
(1430 T<sub>0</sub> et 1325 T<sub>2</sub>)
- Questionnaire validé et largement utilisé
  - PCAT (Strafield)
- Analyses
  - Régressions linéaires après ajustement pour variables de contrôle
- Les indicateurs
  - commodité d'accès (8)
  - connaissance du patient (7)
  - prise en charge (4)
  - accessibilité 8H/5H(2)
  - accessibilité 24/7 (3)
  - globalité (11)
  - coordination avec inf. (6)
  - coordination avec spécialistes (7)
  - coordination globale (4)<sup>38</sup>

# Les patients qui ont répondu au questionnaire T<sub>2</sub>



- Âge moyen : entre 44,5 à 54,4 ans
- Proportion de femmes : entre 63,5 et 74,4%
- Perception de l'état de santé mauvaise à acceptable : entre 18,8 et 37,3%
- Présence d'au moins un problème de santé : entre 43,8 et 63,8%
- Nbre d'années avec le médecin : entre 4,6 et 9,5
- Ont été référés à l'infirmière du GMF : 33,5%
- Au moins 1 visite à l'urgence : entre 36,1 et 50,4

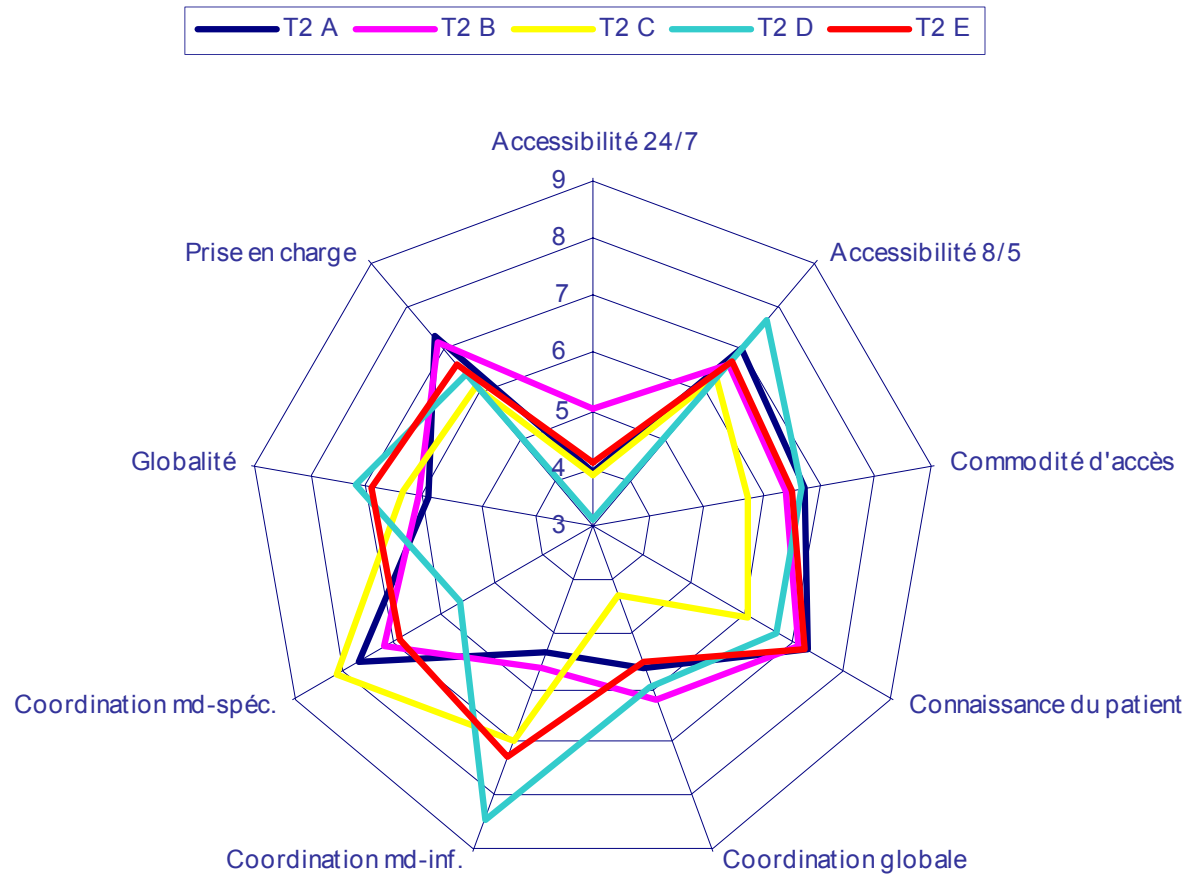


# Impact sur les indicateurs

- Tous les GMF, sauf un, ont démontré des améliorations sur certains indicateurs.
- Détérioration sur un seul indicateur dans un seul GMF : commodité d'accès.
  - Les items : rejoindre le bureau pour un r-v; temps d'attente pour obtenir un r-v; attitude du personnel.



## Les scores avec variables de contrôle pour l'ensemble des GMF



# Impacts sur les indicateurs pour l'ensemble des GMF



- Amélioration statistiquement significative pour :
  - Accès en dehors des heures ouvrables ( $p < 0,0001$ )
  - Accès pendant les heures ouvrables ( $p < 0,0001$ )
  - Coordination médecin-infirmière ( $p = 0,04$ )
  - Globalité des soins ( $p = 0,01$ )
  - Connaissance du patient ( $p = 0,03$ )



Chaire  
Docteur Sadok Besrouer  
en médecine familiale

# Discussion

# Regard global



- Une politique exigeante
  - Se doter d'une « organisation »
  - Consolider la pratique de groupe
  - Amener des professionnels à collaborer plus



## Regard global (suite)

- Des objectifs ambitieux
  - ...dont le GMF n'est qu'une partie du puzzle
    - Couverture / déploiement (accès population)
    - Intégration des services



## Regard global (suite)

- Un modèle qui n'avait pas tous les leviers mais qui a permis un réel changement:
  - Renforcer la notion de responsabilité de clientèle
  - Amorcer des changements dans la valorisation et l'actualisation de la collaboration
  - Une plus grande satisfaction des professionnels
  - Des changements perçus par les clientèles
- Un modèle qui a eu un effet d'entraînement pour le secteur des services de première ligne en général

# Les défis



- Le nombre de sites: harmoniser des milieux de pratique pour développement d'une meilleure pratique de groupe
  - Logistique (garde; etc.)
  - Standardisation des pratiques
  - Collaboration professionnelle

# Les défis (suite)



- S'assurer que la politique reste attractive, légitime et structurante
  - Des processus de « redéfinition » des objectifs qui soient transparents dans un contexte de changement
  - Simplifier la contractualisation



## Les défis (suite)

- Complémentarité entre les pratiques médicales et infirmières et implantation des pratiques les plus efficaces
  - des modèles encore à définir
  - plein potentiel non atteint
  - Être ouvert dans les variations des modèles
  - Former les professionnels