



**Collectif de recherche
sur l'organisation des services
de santé de première ligne au Québec:**

Projet de recherche no.15

Titre du projet :

L'implantation des Groupes de médecine de famille (GMF) : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle

Chercheurs(res) :

M.-D. Beaulieu, J.-L. Denis, D. D'Amour, J. Goudreault, L. Lamothe, G. Jobin, J. Haggerty, É. Hudon, R. Geneau, R. Pineault, R. Lebeau.

Objectif(s) du projet :

Notre projet vise à évaluer la mise en place des premiers GMF, sous l'angle de la réorganisation du travail et de la collaboration professionnelle au sein des équipes de soins de première ligne.

Hypothèses ou questions de recherche :

Le projet vise à répondre aux questions suivantes : 1) comment les GMF redéfiniront-ils les modes de pratique et la collaboration entre les différents professionnels pour rencontrer les objectifs de la réforme; 2) quels seront les impacts de la réorganisation du travail sur les pratiques cliniques et le sentiment de coopération et, conséquemment, sur l'atteinte des objectifs de la réforme et la satisfaction des clients; 3) comment les facteurs structurels et organisationnels de l'environnement interne et externe influenceront-ils d'une part, les modes de pratique et la collaboration interprofessionnelle et d'autre part, l'atteinte des objectifs ? 4) Comment l'implantation des GMF transformera-t-elle du point de vue éthique la collaboration interprofessionnelle et quelle influence aura l'implantation des GMF sur l'éthique de la relation clinique entre soignants (médecin/infirmière) et patients ?

Contexte sociopolitique, population à l'étude, territoire géographique :

En janvier 2001 la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux du Québec, faisait de la création de Groupes de médecine de famille (GMF) une de ses principales recommandations. La capacité des politiciens et des gestionnaires à créer les conditions de succès à l'implantation de telles équipes de soins est questionnée par une population qui éprouve déjà des difficultés à accéder à un médecin de famille et à des services continus et coordonnés. Ces préoccupations ne sont pas sans fondement car on sait que la mise en place de telles équipes sera plus ou moins facile selon les contraintes propres à chaque système de santé. Ce projet suivra l'implantation de cinq GMF dans quatre territoires : Montréal, Estrie, Monterégie et Outaouais.

Perspective théorique, cadre conceptuel, logique d'intervention etc. sur lesquels se fonde votre recherche :

Le cadre théorique sur lequel cette recherche s'appuie intègre les connaissances actuelles sur le changement et sur la collaboration professionnelle de manière à bien saisir les conditions et les processus selon lesquels le modèle GMF permettra de consolider une nouvelle organisation des soins primaires et de produire des effets appréciables pour les patients. Nous nous appuyons sur une vaste littérature, incluant les travaux de certains des chercheurs membres de l'équipe. Le modèle postule que la mise en place d'une nouvelle forme d'organisation devrait se traduire par de nouvelles pratiques cliniques et un sentiment accru de collaboration qui à leur

tour permettront au système d'atteindre ses objectifs d'accessibilité, de continuité de coordination et de globalité et de perception de qualité des soins par les patients. Le modèle GMF peut conduire à des changements plus ou moins significatifs selon l'intensité des pressions de l'environnement en faveur du changement et selon la cohérence des signaux transmis par le contexte socio-politique en faveur de la réforme des soins primaires.

Le succès de cette réforme va dépendre largement de la capacité des acteurs en présence à développer un sentiment d'appartenance à leur organisation et des moyens efficaces de collaboration. D'où l'importance accordée à l'étude des processus mis de l'avant par les équipes pour développer la collaboration professionnelle. Nous adoptons le modèle de structuration de la collaboration professionnelle proposée par D'Amour (1999) qui conçoit le développement de la collaboration comme un processus dynamique comprenant plusieurs dimensions interreliées.

Description des aspects particuliers de l'organisation des services de première ligne sur lesquels porte votre projet :

Vision ou culture organisationnelle (*responsabilité envers la population ou clientèle, finalité de services versus santé etc.*)

Responsabilité envers une clientèle

Structure organisationnelle

1. Gouverne (*professionnelle vs communautaire, relations entre acteurs découlant de règles ou lois, incitatifs comme mode de rémunération etc.*)

Gouverne professionnelle; loi 90 ; incitatifs financiers associés à l'accréditation comme GMF.

2. Intégration/coordination (*organisationnelle/ fonctionnelle, clinique, stratégique, systémique, externe, interne etc.*)

Intégration /coordination surtout clinique et interne au milieu de soins; certains éléments d'intégration organisationnelle par le biais des ententes GMF/centres locaux de services communautaires (CLSC) et GMF/ Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ADRLSSSS)

Ressources

1. Type (*humaines, financières, physiques, technologiques etc.*)

Humaines; financières; technologiques

2. Niveau (*quantité, répartition*)

3. Substitution (*est-ce que les services de première ligne se substituent à des services spécialisés?*)

Non

Pratiques

1. Multidisciplinarité/interdisciplinarité

Le GMF crée une nouvelle équipe et intègre infirmière et médecins de famille

2. Processus de collaboration interprofessionnelle, interorganisationnelle

Collaboration interprofessionnelle surtout mais aussi interorganisationnelle (ententes entre GMF pour couverture de service; entente CLSC et ADRLSSSS)

3. Services offerts (*étendue, gamme*)

Services de médecine familiale courants, incluant obstétrique et suivi à domicile ; certains GMF offrent des services hospitaliers

4. Mécanismes pour assurer la continuité, l'accessibilité, la globalité

Liens formels éventuels avec InfoSanté et les GMF; ouverture en soirée et fin de semaine; rôle accru des infirmières (conseil téléphoniques); services préventifs et éducation; prise en charge des maladies chroniques,

Effets

1. Profil d'utilisation

Évolution des pratiques cliniques des médecins et des infirmières; intensité de la collaboration

2. Continuité, globalité, accessibilité, réactivité

Enquête auprès d'un échantillon de patients avec le "Questionnaire sur la continuité des soins au Québec" (Haggerty et al. Mesure : continuité, accessibilité, globalité et réactivité).

3. Santé

Non

Stratégie de recherche:

Les cas sont choisis de façon à mettre en contraste deux caractéristiques structurelles jugées fondamentales compte tenu des questions de recherche : le type d'organisation et le lien d'emploi entre les médecins et les infirmières. Ainsi, sur le plan organisationnel, nous nous assurerons d'inclure deux GMF-CLSC et deux GMF-cliniques privées. Nous nous assurerons aussi d'avoir un GMF intégrant des infirmières de CLSC dans une clinique privée et un GMF intégrant des infirmières déjà intégrées au groupe. Nous avons convenu avec nos partenaires que le choix définitif des cas ne peut se faire avant le dépôt de la convention qui lie le GMF à la Régie régionale soit en juin prochain.

Le projet propose une analyse des processus de développement des GMF afin de les mettre en lien avec des mesures de résultats. D'une part, nous proposons une analyse du processus de développement de la collaboration professionnelle et de ses interactions avec un ensemble d'éléments propices à la gestion du changement. D'autre part, les objectifs sont conceptualisés en objectifs intermédiaires et en objectifs que nous qualifions d'ultimes, c'est à dire l'atteinte des objectifs visés par la réorganisation de la première ligne dont la perception de la qualité des soins par les clientèles. Nous croyons qu'il est possible d'observer des résultats par rapport aux objectifs poursuivis après une période de deux ans d'opération des GMF.

Variables à l'étude :

Pratiques cliniques (journal de bord et questionnaire); Intensité de la collaboration; Perception des effets auprès d'un échantillon de patients;

Type de devis

Analyse de cas

Échantillon (*type d'échantillon, taille des effectifs*)

Cinq GMF qui comptent environ 40 médecins, 10 infirmières. Enquêtes avant après sur 1500 patients (300 par GMF).

Instruments de mesure, outils de collecte et sources de données

Analyse documentaire; entrevues; questionnaires.

Type d'analyse (*quantitative, qualitative, triangulation*) :

Quantitative et qualitative. Triangulation du fait que différents acteurs sont invités à décrire le processus d'implantation de leur propre perspective. Triangulation potentielle par l'analyse documentaire et par les résultats d'enquête auprès des usagers (ex perception par les professionnels d'une amélioration de l'accessibilité et de la continuité vs perception par les usagers). Validation des informations par les participants.

Période de temps sur laquelle porte l'étude :

Juillet 2003 à septembre 2005.

Résultats, aspects de la démarche particulièrement pertinents pour les décideurs :

Des résultats préliminaires sont disponibles à propos des clientèles susceptibles de s'inscrire aux GMF ainsi qu'à propos des mécanismes mis en place pour structurer la collaboration.

En ce qui concerne les clientèles, les résultats de l'enquête conduite auprès de 1500 patients (300 par GMF) démontrent qu'il s'agit en général de clientèles plus lourdes que les clientèles qui constituent les populations de patients enregistrées auprès d'un praticien dans les pays comme l'Angleterre. En effet, en moyenne 60% présentent au moins un problème chronique de santé. 25% considèrent leur santé comme acceptable et 9% comme mauvaise. Les patients interviewés disent avoir vu en moyenne leur médecin cinq fois dans l'année.

En ce qui concerne la collaboration, elle est en structuration dans tous les GMF étudiés mais elle est loin d'être établie encore. La mise en place du GMF mobilise considérablement les équipes.

Déjà, ces résultats sont susceptibles d'être utiles au décideurs. Par exemple, ils suggèrent qu'il faudra y aller avec prudence et continuer à observer les caractéristiques des clientèles avant d'établir un nombre moyen de patient à inscrire par médecin. Le nombre avancé dans le rapport Clair de 1200 par médecin apparaît élevé si les clientèles qui s'inscrivent sont effectivement plus lourdes qu'une clientèle issue d'une base populationnelle, comme c'est le cas en Angleterre. Aussi, il n'est pas réaliste de s'attendre à ce que le potentiel de l'équipe du GMF en terme d'accessibilité et de coordination se manifeste avant un horizon d'au moins deux ans.

Votre opinion concernant le caractère probant de vos résultats pour les décideurs :

	Peu	Moyennement	Énormément	S.O.*
Validité interne : jusqu'à quel point êtes-vous sûr de la force de la relation entre vos variables en vous fondant notamment sur :				
• Le devis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La taille de l'échantillon (<i>puissance statistique</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• L'analyse de l'intervention (<i>logique/théorie de l'intervention</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'analyse de l'implantation (<i>synergie, antagonisme avec éléments du contexte</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Validité externe : jusqu'à quel point vos résultats sont-ils généralisables à d'autres contextes en vous fondant notamment sur :				
• La taille de la population de référence, diversité des cas étudiés	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'inférence statistique (<i>inférence de l'échantillon à la population échantillonnée</i>)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'analyse d'implantation (<i>jusqu'à quel point les conditions d'implantation peuvent se retrouver dans un autre contexte/répliquabilité</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'analyse de l'intervention (<i>inférence théorique découlant du fait</i>)				

que l'intervention étudiée est basée sur une théorie de l'intervention explicite qui peut s'appliquer dans un autre contexte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Applicabilité : jusqu'à quel point vos résultats peuvent-ils être utilisés par les décideurs compte tenu de ce que vous savez des contraintes ou barrières ou des éléments facilitant leur application:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décrivez les éléments contraignants : Difficultés d'agir sur certaines dynamiques internes aux groupes compte tenu de leur histoire antérieure qui leur est propre; certaines décisions ministérielles qui risquent d'affecter la dynamique (ex : moratoire sur l'implantation des GMF; nouvelles dynamiques créées par la mise en place des réseaux; etc)				
Décrivez les éléments facilitants : Capacité d'agir des acteurs clés sur différentes dimensions du processus d'implantation, en particulier sur la gestion des ressources humaines et le support au changement.				

*S. O. : Sans objet

Sources de financement :

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) et Direction de l'évaluation du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)

Stratégies d'échange des connaissances privilégiées dans le déroulement de votre projet:

1) Rencontres périodiques avec le Comité aviseur constitué des principaux décideurs impliqués pour discuter des résultats préliminaires; 2) validation des résultats auprès des équipes de GMF à l'étude; 3) l'intégration à l'équipe de recherche d'un chercheur décideur. Les stratégies de diffusion seront développées de concert avec les décideurs.

Retombées anticipées ou utilité pour la planification ou la prise de décision :

DÉCIDEURS CIBLÉS (administratifs, cliniques)	RETOMBÉES
Gestionnaires des politiques et programmes (MSSS, Agences régionales)	Conditions qui permettent d'apporter des changements significatifs sur le plan des pratiques professionnelles et des soins de santé offerts à la population de façon progressive sans opérer de ruptures majeures avec les règles et les modes d'organisation qui sont en vigueur
Gestionnaires des organisations (CH, CLSC, GMF, CMA, etc.)	Processus qui peuvent aider à la constitution de réelles pratiques de groupe; comment favoriser l'articulation entre différents professionnels à l'intérieur de ces processus de changement ; quelles sont les stratégies d'encadrement du changement les plus prometteuses.
Associations / ordres professionnels	Quels sont les processus qui peuvent aider à la constitution de réelles pratiques de groupe; comment favoriser l'articulation entre différents professionnels à l'intérieur de ces processus de changement; quelles sont les stratégies d'encadrement du changement les plus prometteuses. Planification de la formation initiale et continue des professionnels de la santé et le maintien des compétences
Groupes communautaires	

Quelles avenues prometteuses de recherche découlent de votre projet concernant la même problématique ou une nouvelle problématique ?

Les résultats permettront de consolider les connaissances sur le changement au sein des organisations et sur le développement de la collaboration professionnelle. En particulier, ils permettront d'identifier si certaines pratiques de gestion du changement sont plus porteuses que d'autres selon le stade de structuration de la collaboration où se retrouvent les équipes. Les résultats sont aussi susceptibles d'avoir un impact sur le développement de modèles de pratique de groupe adaptés aux contextes actuels, un des enjeux d'actualité tant au Canada que dans les pays européens. Nous envisageons aussi des conséquences dans le domaine de la formation professionnelle relativement aux compétences nouvelles à acquérir (sur le plan clinique et administratif) et aux méthodes de formation pour y arriver. Enfin, dans le domaine de l'éthique, nous serons en mesure de porter un éclairage sur des questions encore très peu étudiées relativement au concept de pratique et de responsabilité d'équipe.

Principaux mots-clés :

Collaboration professionnelle; gestion du changement; Pratiques cliniques de première ligne; Groupe de médecine familiale.