

L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires

Family medicine group implemented in Québec: potential and limits to improve healthcare performance

Breton M¹, Lévesque J-F², Pineault R³, Hogg W⁴

Résumé

Depuis plusieurs années, l'idée de réformer les soins de santé primaires comme stratégie d'amélioration de la performance du système de santé fait consensus au Canada parmi les politiciens, les décideurs, les cliniciens et les chercheurs. Toutefois, ce n'est que plus récemment que de réelles initiatives de transformations ont été entreprises dans différentes provinces canadiennes comme dans d'autres pays. À cet égard, le modèle de Groupes de médecine de famille (GMF) mis en place au Québec apparaît comme une initiative prometteuse pour améliorer l'organisation des soins de santé primaires. Un GMF est un regroupement de médecins qui travaillent en étroite collaboration avec des infirmières pour dispenser des services auprès de personnes inscrites, sur une base non géographique. L'objectif de cet article est d'analyser le potentiel du modèle GMF comme levier d'amélioration de la performance du système de santé et de discuter des voies possibles d'amélioration de ce modèle. Dans un premier temps, nous discutons l'histoire de l'organisation des soins primaires au Québec. Ensuite, nous présentons le modèle GMF au regard des quatre fonctions clés des systèmes de santé identifiées par l'OMS soit 1) le financement, 2) la génération de ressources humaines et technologiques, 3) la prestation de services individuels et collectifs et 4) la gouvernance. Nous discutons par la suite des voies possibles pour faire progresser la réforme en nous inspirant particulièrement du modèle *Family health team* implanté dans la province de l'Ontario. Nous concluons en proposant des recommandations qui pourraient inspirer d'autres initiatives en cours, notamment les maisons de santé qui s'implantent progressivement en France.

Prat Organ Soins. 2011;42(2):101-109

Mots-clés : Soins primaires ; organisation des services ; réforme.

Summary

A longstanding consensus among politicians, professionals, researchers and clinicians exists regarding the need to reform primary healthcare in order to improve the performance of healthcare systems. However, it is only recently that initiatives of renewal of primary healthcare have been undertaken in various Canadian provinces as well as in several other countries. In this regard, the model of Family Medicine Group (FMG) developed in Québec appears promising to improve the organization of primary health care. A FMG is a group of family physicians who work in close collaboration with nurses to provide services to registered clientele on a non geographical basis.

The aim of this article is to analyze the potential of the FMG model to be a lever for improving the health system performance as well as to discuss potential improvement for this model. First, we present the history of the organization of primary health care in Québec. Second, we present the FMG model based on the four key functions of a healthcare system identified by WHO; 1) financing 2) resource generation 3) provision of individual and collective services and 4) governance. Then, we discuss potential improvements inspired by the Family Health Team implemented in Ontario. Finally, we conclude by formulating recommendations that could inspire other initiatives that are taking place such as *Maison de santé* which are gradually established in France.

Prat Organ Soins. 2011;42(2):101-109

Keywords: Primary health care; healthcare delivery; reform.

¹ PHD, stagiaire postdoctorale, Université de Sherbrooke, Québec, Canada.

² MD, PHD, professeur adjoint de clinique au département de médecine familiale, Université de Montréal. Institut national de santé publique du Québec et Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM).

³ MD, PHD, professeur émérite, Université de Montréal. Institut national de santé publique du Québec, Direction de santé publique de Montréal, Canada.

⁴ MSC, MCLS, MD, professeur et directeur de la recherche, Département de médecine familiale, Université d'Ottawa, Canada.

Adresse pour correspondance : Mylaine Breton, Centre de recherche de l'hôpital Charles-Lemoyne, Campus Longueuil, 150 place Charles-Lemoyne, Bureau 200, Longueuil, Québec, J4K 0A8, Canada.
E-mail : mylaine.breton@usherbrooke.ca

INTRODUCTION

L'importance des soins primaires dans les systèmes de santé est largement reconnue. En tant que porte d'entrée du système, les soins primaires occupent une position de coordination stratégique qui a un effet d'entraînement sur toutes ses autres composantes. Des analyses ont suggéré que la performance de l'ensemble du système repose sur un réseau de soins primaires bien organisé et bien intégré au reste du système [1].

Au Canada, les systèmes de santé sont de juridiction provinciale et sont financés publiquement par les impôts (fédéral et provincial). Les services de santé offerts varient d'une province à l'autre mais, globalement, les soins primaires sont surtout fournis par les médecins généralistes [2]. Historiquement, la responsabilité de l'organisation des soins primaires a été laissée aux cabinets médicaux privés localisés dans la communauté dont un médecin ou un groupe de médecins étaient propriétaires. Cette situation contraste avec les établissements (e.g. hôpitaux, centres communautaires) qui, eux, font partie intégrante du système public. Jusqu'à tout récemment, peu d'investissements ont été faits pour soutenir le développement des soins de santé prodigués en cabinets privés, bien que les services médicaux qui y sont offerts par les médecins soient remboursés par le régime public d'assurance maladie. Il est ainsi peu surprenant que plusieurs commissions (Kirby 2002, Romanow 2002, Clair 2000) aient fait le constat que les soins primaires sont peu organisés au Canada et que ce manque d'organisation a un impact sur la performance des systèmes de santé provinciaux. Ainsi, depuis plusieurs années, l'idée de réformer les soins primaires comme stratégie d'amélioration de la performance du système de santé fait consensus au Canada parmi les politiciens, les décideurs, les cliniciens et les chercheurs. Toutefois, ce n'est que plus récemment que de réelles initiatives de transformation des soins primaires ont été entreprises dans différentes provinces canadiennes [3]. Au Québec, le gouvernement a proposé l'implantation des Groupes de médecine de famille (GMF) comme une solution pour améliorer l'organisation des services de santé.

L'objectif de cet article est d'analyser le potentiel du modèle GMF comme levier pour l'amélioration de la performance d'ensemble du système de santé. Comme le proposent Champagne *et al* [4], nous considérons la performance comme un concept générique englobant l'ensemble des notions d'efficacité, d'efficience, de productivité et de qualité ainsi que d'autres indicateurs que nous rencontrons en évaluation des organisations de santé tels le financement, les ressources, les modes de prestation et la gouvernance. C'est dans cette perspective que nous analysons le modèle GMF et que nous discutons des voies possibles d'amélioration de ce modèle.

Dans un premier temps, nous présentons un bref historique de l'organisation des soins primaires au Québec. Nous présentons ensuite le modèle GMF à l'égard des quatre fonctions clés des systèmes de santé identifiées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) soit 1) le financement (y compris la distribution des fonds monétaires), 2) la génération de ressources humaines et technologiques, 3) la prestation de services individuels et collectifs et 4) la gouvernance [5]. Ce cadre permet ainsi d'identifier et de discuter des leviers d'action que pourraient employer les gouvernements pour réorganiser les soins primaires. Nous discutons des voies possibles d'amélioration des réformes de soins primaires au Québec en nous inspirant particulièrement du modèle *Family health team* (FHT) implanté dans la province de l'Ontario. Ce modèle est considéré par plusieurs observateurs et analystes comme l'un des plus prometteurs actuellement au Canada [6]. D'ailleurs, selon une récente enquête du *Commonwealth fund*, l'Ontario se distingue positivement sur un ensemble d'indicateurs de performance des soins primaires comparativement au Québec [7]. Nous concluons en proposant des recommandations pour le développement de modèles organisationnels de soins primaires qui pourraient être utiles à d'autres initiatives en cours, notamment aux maisons de santé actuellement en voie d'implantation en France.

HISTORIQUE DE L'ORGANISATION DES SOINS PRIMAIRES AU QUÉBEC

Au Québec, les premières initiatives de financement public en santé ont touché le secteur hospitalier. Le gouvernement fédéral proposait, en 1957, un programme d'assurance hospitalisation à frais partagés, auquel le gouvernement québécois n'adhéra qu'en 1961 [8]. En conséquence, les premières assises du système de soins ont été établies selon une perspective hospitalo-centriste qui accordait aux spécialistes un soutien institutionnel à leurs activités cliniques. Ce n'est que plus tard, en 1971, que le gouvernement québécois accepta d'ajouter aux services déjà assurés les frais médicaux non couverts par le régime d'assurance hospitalisation universel [9]. La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), alors créée, devenait la seule entité publique autorisée par le gouvernement à effectuer le paiement des services fournis par les médecins participant au régime [10]. L'État assure publiquement le paiement des médecins et majore leurs honoraires en cabinet médical privé pour assurer le financement des frais de fonctionnement. Les cabinets privés sont ainsi gérés par des médecins qui exercent comme travailleurs indépendants. Au départ, les cabinets médicaux avaient très peu de liens avec l'État.

Dès le début des années 1970, le gouvernement a lancé un projet de réforme ambitieux en créant les centres locaux de services communautaires (CLSC), des

organisations de soins primaires entièrement publiques, tant sur le plan de la source de financement, de l'infrastructure et des ressources, que celui de la gouvernance. Le modèle des CLSC était particulièrement novateur sur le plan de la gouvernance puisqu'il œuvrait sous la responsabilité hiérarchique du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), mais également parce qu'il intégrait le volet social à l'offre de services de santé. Différents professionnels travaillent au sein des CLSC : médecins, infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes, nutritionnistes et psychologues. Les CLSC offrent des services cliniques préventifs et curatifs, de même que des services d'assistance comme le maintien à domicile. Initialement, les CLSC se voulaient être la principale porte d'entrée du système de santé. Toutefois, cette innovation a suscité une forte opposition des associations de médecins envers les conditions d'exercice qui y étaient associées, notamment la rémunération salariale des médecins. Peu de médecins généralistes (20 %) ont fait le choix d'exercer dans ces structures et une faible proportion de la population en dépend pour la réception de soins primaires [12]. En parallèle à l'implantation des CLSC, un réseau de cabinets médicaux privés s'est rapidement développé avec le soutien de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, sans soutien direct de l'État [13]. Aujourd'hui, 147 CLSC et plus de 800 cabinets privés constituent le réseau de soins primaires au Québec [14].

Constatant l'échec relatif des CLSC à attirer suffisamment de médecins et les limites au mode actuel d'organisation des soins primaires, la Commission Clair proposait en 2000 un nouveau modèle organisationnel de soins primaires, les groupes de médecine de famille (GMF). Un GMF est un regroupement de médecins qui travaillent en étroite collaboration avec des infirmières pour dispenser des services auprès de personnes inscrites, sur une base non géographique. En moyenne, un GMF dessert une clientèle d'environ 15 000 personnes, regroupe environ dix médecins, deux infirmières ainsi que deux personnes affectées au travail administratif. Les services y sont offerts du lundi au vendredi, selon un mode sur rendez-vous et sans rendez-vous. Les samedis, dimanches et jours fériés, un niveau minimal de services est offert sans rendez-vous. Une garde téléphonique, 24 heures sur 24 et sept jours sur sept, est assurée par un médecin en dehors des heures d'ouverture du GMF pour les personnes inscrites qui répondent à divers critères de vulnérabilité (e.g. personnes âgées, maladies chroniques) [15].

Le modèle GMF semble mieux accepté par le corps médical que le modèle CLSC proposé antérieurement. Cette meilleure adhésion pourrait découler d'une plus grande compatibilité du modèle avec les valeurs professionnelles médicales et surtout du fait que la rémunération médicale à l'acte y est conservée. De plus, la

majorité des GMF ne nécessite pas l'établissement de nouvelles infrastructures puisqu'ils s'implantent au sein de cabinets médicaux existants. Depuis l'instauration de la politique GMF en 2002, le nombre d'accréditations augmente régulièrement. En avril 2011, on comptait 223 GMF accrédités dans tout le Québec et plus de 25 % de la population québécoise y était inscrite. Néanmoins, l'introduction de ce nouveau modèle soulève certaines critiques. En effet, les limites du modèle ont été relevées et des ajustements ont été proposés pour en accroître l'impact sur la population et la performance du système dans son ensemble [15].

CARACTÉRISTIQUES DU MODÈLE GMF

Dans cette section, nous présentons les différentes caractéristiques du modèle GMF en regard de quatre fonctions des systèmes de santé identifiées par l'OMS sur lesquelles peuvent reposer leur performance ; 1) le financement, 2) la génération de ressources, 3) la prestation de services individuels et collectifs et 4) la gouvernance [5]. Ce cadre d'analyse nous permet de structurer notre discussion autour de ces leviers d'action et d'apprécier le potentiel des GMF à améliorer la performance des soins primaires au Québec.

1. Le financement comme levier de transformation dans le modèle GMF

Au Québec, tous les médecins affiliés au régime public sont rémunérés via la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Bien que la quasi-totalité des médecins soit financée individuellement par ces fonds publics, la plupart des organisations de soins primaires sont des propriétés privées. Elles ne sont ni possédées ni gouvernées par l'État. Ainsi, la prestation de soins médicaux par les médecins est principalement une production privée financée par un régime public. Dans les cabinets privés, le financement des activités administratives et locatives se fait indirectement via la rémunération des médecins à l'acte qui est majorée pour tenir compte des frais d'exploitation des cabinets. Dans le cas des CLSC, qui sont des établissements publics, un budget global de fonctionnement est alloué par le Ministère. Le modèle GMF ajoute un financement public direct pour couvrir des aspects spécifiques des coûts d'opérations tels que l'inscription de la clientèle. Ainsi, les cabinets médicaux privés qui choisissent de devenir GMF reçoivent un financement qui leur confère un caractère mixte quant à leurs ressources financières. Les GMF sont ainsi des organisations de type « public/privé » où une portion des coûts d'opération du cabinet médical est financée directement par le Ministère, tout en conservant une grande portion assumée par les médecins [14]. Ces incitatifs financiers permettent de compenser en partie les frais d'exploitation qui n'ont

pas évolué au même rythme que dans les établissements publics, créant ainsi un écart encore plus grand entre les médecins en cabinets privés et les médecins pratiquant dans les milieux institutionnels [3].

La participation au GMF s'accompagne d'un certain nombre d'aides financières et d'ajustements tarifaires. Une enveloppe financière leur est attribuée annuellement et celle-ci est gérée par l'Agence de santé et des services sociaux au niveau régional. Les aides financières reçues sont fonction du nombre de patients inscrits et couvrent la rémunération des personnels administratifs, une partie des frais de location d'espace supplémentaire et de déplacements pour le GMF. Cette enveloppe financière s'élève en moyenne à 270 000 dollars canadiens (environ 198 000 euros) pour une inscription de clientèle de près de 15 000 patients [16].

De plus, le modèle GMF propose aux médecins des méthodes additionnelles de rémunération. Les médecins reçoivent un forfait d'inscription par patient, bénéficient d'un quota d'heures pour différentes activités (ex : réunions avec les infirmières) et ont un forfait pour la garde téléphonique 24 h/7 j. Ces ajouts à la rémunération sont liés à des pratiques ciblées et s'inscrivent en complément au paiement à l'acte. En plus, le médecin responsable du GMF bénéficie d'un forfait pour ces activités administratives. En moyenne, le coût d'extension de rémunération pour un GMF correspond à 275 000 dollars canadiens (environ 200 000 euros) [12].

2. La génération de ressources comme levier de changement au sein des GMF

L'une des caractéristiques les plus attractives du modèle GMF est de permettre l'obtention de ressources humaines et matérielles supplémentaires. D'une part, l'un des principaux attributs du modèle GMF est qu'il est fondé sur le travail d'un groupe de médecins. La pratique de groupe est considérée comme une étape essentielle pour résoudre les problèmes d'accessibilité, de continuité, d'intégration et de qualité des soins [17].

En plus de la pratique médicale de groupe, le GMF introduit des infirmières dans les cabinets médicaux privés, où leur présence était auparavant marginale. À peine 10 % des cabinets privés embauchaient du personnel infirmier, souvent à temps partiel et pour des tâches techniques et de soutien à la pratique médicale [16]. Le modèle GMF prévoit l'embauche d'infirmières et leur nombre est fonction du nombre de personnes inscrites. Par exemple, un GMF d'environ 15 000 personnes inscrites bénéficie d'une enveloppe financière pour l'embauche de deux infirmières (70 heures par semaine). L'entrée en fonction des infirmières dans les GMF entraîne un véritable changement dans la manière d'exercer la profession en cabinet privé en favorisant une meilleure

collaboration entre les médecins et les infirmières. Selon une étude réalisée par le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS,) le développement de cette collaboration a exigé du temps pour qu'une confiance mutuelle s'instaure, que les compétences du personnel infirmier soient reconnues et que le partage de responsabilités soit clairement établi [16]. Deux ou trois ans après l'accréditation, les médecins avaient plus fréquemment des activités cliniques avec les infirmières et presque tous leur réfèrent régulièrement des patients [16]. Les infirmières ont une activité complémentaire à celle du médecin et ont un rôle élargi et novateur au sein du GMF par comparaison avec le reste du système. Elles réalisent un appui aux tâches médicales, en particulier pour le suivi des maladies chroniques [18]. Toujours selon cette évaluation, après une période d'adaptation, les infirmières sont devenues beaucoup plus autonomes, ayant leur propre clientèle et effectuant un travail à la fois plus diversifié et complexe, que l'on qualifie souvent de non-traditionnel [16].

De plus, l'obtention du statut de GMF permet aux cabinets de recevoir le financement nécessaire pour l'embauche de deux personnes affectées au travail administratif (secrétaire et technicienne en administration) pour une dizaine de médecins à temps plein. Ces ressources ont été consacrées, à des degrés divers, à l'inscription des clientèles (la secrétaire surtout) et aux relations avec le CLSC, les agences régionales et le MSSS (la technicienne en administration) [18]. De même, le contrat GMF prévoit l'acquisition de ressources informatiques. Toutefois, les systèmes d'information promis initialement ont tardé, d'où la déception éprouvée par les professionnels qui y ont vu une déficience importante du soutien à l'implantation [18]. Seul le courrier électronique et le matériel informatique ont été améliorés, alors que l'accès aux tests diagnostiques et le dossier informatisé du patient sont toujours attendus [18].

Enfin, le modèle GMF facilite le recrutement et le maintien en poste des médecins. Selon une étude réalisée par le MSSS [16], les cabinets GMF réussissent à attirer de nouveaux médecins et à combler les départs beaucoup plus facilement que les autres milieux de pratiques. Un facteur expliquant probablement l'attrait des jeunes médecins vers le modèle GMF comparativement aux cabinets traditionnels est que les médecins partagent bien plus que les frais de locaux et de secrétariats. Les médecins y voient notamment la possibilité de mieux répartir entre les membres les contraintes liées à l'accessibilité et à la continuité des soins [12].

3. La modification de la prestation de services individuels et collectifs au sein des GMF

Afin d'obtenir une accréditation GMF, les cabinets médicaux doivent s'engager contractuellement à étendre

les heures d'ouverture, à rendre les médecins de famille plus disponibles grâce au travail en groupe et au partage des activités avec les infirmières, de même qu'à améliorer le suivi médical des patients et la continuité des services. Les médecins membres d'un GMF doivent définir les modalités de leur pratique de groupe en précisant le partage des tâches et des responsabilités pour assurer la prise en charge et le suivi des patients. Ils sont fortement encouragés à partager leurs activités en collaborant avec les infirmières. Cette collaboration interprofessionnelle est facilitée par l'utilisation de protocoles de soins et l'établissement d'ordonnances collectives. Les ordonnances collectives permettent aux médecins d'un cabinet de signer ensemble un protocole de soins permettant aux infirmières d'effectuer des tâches liées au diagnostic et au traitement.

L'inscription de la clientèle est un autre élément fondamental du modèle GMF modifiant la prestation de services individuels. Les médecins qui travaillent en GMF ont une responsabilité partagée à l'égard des personnes inscrits. Ils offrent prioritairement des services de médecine de famille à ces personnes. En dehors des heures d'ouverture du GMF, une réponse adaptée est assurée aux personnes inscrites dont la situation ne peut attendre. Cette offre de services fait appel à la collaboration du service Info-santé (ligne téléphonique), à la garde infirmière 24 h/7 j du programme de soutien à domicile du CLSC et nécessite une garde téléphonique 24 h/7 j assurée par les membres du GMF. Peu d'informations sont par contre disponibles concernant l'impact du modèle GMF sur la prestation de services préventifs.

4. Les éléments de gouvernance au sein du GMF

En règle générale, dans le contexte canadien, les médecins qui pratiquent en cabinet médical privé n'ont pas d'obligation formelle de produire un ensemble défini de services et ils sont seulement redevables des services produits pour lesquels ils ont été rémunérés [3]. Aucune instance de régulation n'a compétence sur l'organisation des services médicaux de première ligne à l'exception du Collège des médecins (équivalent de l'Ordre des médecins en France) qui est responsable de la qualité de la pratique médicale au Québec. Par conséquent, les cabinets médicaux ont été en grande partie laissés à eux-mêmes, guidés essentiellement par une logique professionnelle dans leur développement et dans leur gouvernance [19].

Le modèle GMF a changé cette situation en introduisant une contractualisation entre les médecins et le Ministère de la santé et des services sociaux représenté par les agences de santé et de services sociaux au niveau régional. Les GMF sont des organisations fondées sur la participation volontaire réunissant des médecins qui s'engagent en tant que groupe à offrir une gamme définie

de services à une clientèle inscrite. En contrepartie de cet engagement, tel que mentionné dans la discussion des fonctions précédentes, le groupe bénéficie de ressources humaines, matérielles et financières additionnelles. Les médecins membres d'un GMF doivent signer un contrat d'association qui fixe les orientations et le fonctionnement, de même que les responsabilités de chacun. Ils doivent définir leur offre de services médicaux, notamment en termes de jours et d'heures d'ouverture du GMF et des périodes de garde ainsi que le soutien aux services fournis à l'extérieur du GMF. Une fois leur proposition entérinée par le MSSS, l'offre de services du GMF fait l'objet d'une convention. Le groupe signe une entente sur les modalités d'affectation du personnel infirmier avec un Centre de santé et de services sociaux (CSSS) partenaire. Ces CSSS sont de nouvelles organisations qui résultent de la fusion des centres de soins longue durée, des CLSC et, dans la majorité des cas, d'un centre hospitalier de courte durée [20]. Les infirmières affectées au GMF conservent un contrat de travail avec les CSSS tout en demeurant sous l'autorité fonctionnelle du GMF. La conservation du lien institutionnel des infirmières crée de manière indirecte une alliance plus formelle entre les GMF et les institutions publiques, facilitant les liaisons avec les différents services offerts dans le réseau de la santé et les collaborations interorganisationnelles.

Les GMF obtiennent une accréditation pour une période de trois ans. À la fin de cette période, ils doivent entamer des démarches de renouvellement de leur accréditation. Ce renouvellement permet de valider l'offre de services des GMF et d'ajuster en conséquence les ressources qui leur sont attribuées. Ce processus permet également de fixer des objectifs que les GMF devront atteindre à moyen terme. Les GMF attendent en retour que les ententes signées avec les CSSS soient respectées. Ainsi, la pérennité du GMF repose sur une entente négociée entre les cabinets privés et l'État et réévaluée régulièrement. Cette formule permet d'obtenir davantage de redditions de comptes sur l'organisation des soins primaires.

DISCUSSION

Le modèle GMF représente ainsi une politique se servant de leviers financiers, de l'apport de ressources humaines et matérielles supplémentaires, d'éléments de modification des pratiques professionnelles, et d'instrument de gouvernance, pour modifier l'organisation des soins primaires. Plusieurs projets de recherche ont démontré que ce modèle avait une certaine efficacité. Selon une enquête réalisée auprès de patients suivis en GMF, Beaulieu *et al* ont observé des améliorations significatives de l'accessibilité, la coordination médecin-infirmière, la globalité des soins et la connaissance du patient [18]. Selon une autre étude réalisée par le

MSSS, les patients sont plus nombreux qu'auparavant à pouvoir communiquer facilement avec le GMF, à avoir un meilleur accès aux services médicaux en cas d'urgence ou en dehors des heures d'ouverture, à se déclarer très satisfaits de la qualité de la relation avec leur médecin, à estimer que le médecin a une meilleure connaissance de leur situation et, enfin, à parler avec lui de leurs consultations auprès de spécialistes [16]. Au niveau des effets sur l'utilisation des services, il semble que les patients suivis en GMF reçoivent de celui-ci la presque totalité de leurs services de médecine générale (80 %), comparativement à près de 70 % dans les cabinets non GMF [16]. Toutefois, aucun résultat n'a été démontré jusqu'à maintenant sur le recours à l'urgence et les hospitalisations évitables.

Malgré les effets intéressants du modèle GMF, il demeure que certaines améliorations pourraient être apportées. Nous discutons dans cette section de voies potentielles de développement, à la lumière des quatre types de leviers d'action présentés dans cet article. Nous nous inspirons du plus récent modèle de soins primaires mis en place en Ontario, le *Family health team* (FHT), un modèle jugé parmi les plus prometteurs dans le monde [6]. Le FHT s'appuie sur une équipe multidisciplinaire qui offre une large gamme de services, dont des heures d'accès élargies pour une clientèle inscrite. Les médecins y sont majoritairement payés selon un mode alliant la capitation, le salariat et la rémunération à l'acte et y bénéficient d'un système clinique informatisé pour soutenir leur pratique. À l'heure actuelle, près de 150 FHT ont été implantés en Ontario et près de 720 médecins y travaillent, desservant une population d'environ un million de personnes [21].

1. Accroître l'impact du GMF par une modification de la rémunération médicale

En ce qui concerne le financement, le modèle GMF introduit timidement d'autres modalités de paiement que celui à l'acte. En effet, les médecins travaillant dans des GMF installés dans des cabinets privés demeurent principalement payés à l'acte, bien qu'ils reçoivent aussi un faible montant forfaitaire pour l'inscription de la clientèle et, de manière exceptionnelle, un forfait pour certaines activités. D'autres modalités de paiement, tels le paiement à capitation et le paiement à vacation, pourraient être davantage appliquées afin de mieux répondre aux divers besoins de la population. Cette combinaison de mode de rémunération permettrait de minimiser les effets pervers possibles de la rémunération à l'acte favorisant la multiplication des visites médicales et le faible recours aux services d'autres professionnels ou d'autres formes de suivi. En Ontario, les médecins travaillant dans les FHT reçoivent un revenu qui provient majoritairement de la capitation (60 %). Le reste de leur revenu (40 %) est lié à

un paiement à l'acte pour des patients non-inscrits (environ 30 % de leur clientèle) ou à la rémunération d'activités préventives pour un groupe de patients [6]. En adoptant la notion d'inscription des patients, le modèle GMF offre un potentiel intéressant pour intégrer un mode de rémunération mixte [15].

2. Accroître la multidisciplinarité au sein du modèle GMF

En ce qui concerne la génération de ressources, le modèle GMF introduit les infirmières au sein des cabinets privés où leur présence était jusqu'à maintenant marginale. Profitant du développement de la pratique interdisciplinaire dans les CLSC, le GMF a développé de façon prioritaire la collaboration médecin-infirmière dans les cabinets privés et le renforcement des liens avec les autres professionnels du réseau public. Le contexte ontarien est encore ici intéressant. Dans le modèle FHT, un large éventail de professionnels de la santé a été introduit, y compris des infirmières praticiennes, des travailleurs sociaux, pharmaciens, psychologues, nutritionnistes, etc. Ces professionnels sont payés directement par le FHT. Le modèle FHT pourrait ainsi inspirer le développement futur des GMF vers une véritable équipe interdisciplinaire [17]. Toutefois, plusieurs questionnements persistent. Il faudrait mieux préciser quelle discipline répond au besoin d'une population définie. Est-ce toujours au mieux ? Et au meilleur coût ? Dans la mesure où de nouveaux modes de rémunération sont introduits, tel que discuté précédemment, le modèle GMF pourrait s'avérer une excellente base sur laquelle accroître l'interdisciplinarité pour la prise en charge des maladies chroniques ou de la santé mentale. Un modèle basé essentiellement sur un mode de rémunération à l'acte constitue selon certains un obstacle à la pratique multidisciplinaire [18, 23]. Rappelons que les médecins dans les FHT en Ontario sont majoritairement rémunérés à capitation.

De manière plus particulière, les premières cohortes d'infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (environ 50) arrivent sur le marché du travail au Québec, l'objectif est de former près de 500 de ces infirmières au Québec. Elles peuvent accomplir une partie des tâches réalisées par des médecins généralistes. Elles sont en mesure de faire certaines prescriptions et certains examens diagnostiques. Elles pourront aussi pratiquer certains traitements et certaines procédures, comme des sutures de plaies ou des drainages d'abcès. En conséquence, le GMF semblerait un milieu propice et bien adapté à la pratique des infirmières praticiennes. Par ailleurs, les cabinets dans lesquels les infirmières praticiennes s'installeront bénéficieront d'un soutien substantiel afin de les guider dans leur pratique (60 000 dollars canadiens annuellement par infirmière praticienne, environ 44 000 euros). Cette

mesure négociée par les médecins avec le MSSS permet de suppléer aux effets liés au mode de rémunération à l'acte dans les GMF. À titre de comparaison, l'Ontario compte sur un réseau de 1240 infirmières praticiennes de première ligne. Il existe même quelques FHT uniquement gérés par des infirmières praticiennes.

3. Accroître les ressources informatiques au sein du modèle GMF

Le modèle GMF permet d'obtenir un financement pour l'acquisition de matériel informatique. Toutefois, contrairement au modèle FHT, le modèle GMF n'inclut pas jusqu'à présent l'implantation de dossiers médicaux informatisés. Selon Glazier *et al* [6], l'utilisation de ces dossiers a permis au FHT d'augmenter l'efficacité des activités cliniques de même que les communications. Le Québec est fortement en retard dans l'implantation de ces dossiers médicaux informatisés. Ceux-ci sont fondamentaux pour soutenir les pratiques cliniques des professionnels. Aussi, la présence de ces dossiers électroniques permet d'introduire des rémunérations à la performance dans la réalisation de certaines activités souhaitées. En l'absence d'un tel système dans les GMF, il est impossible d'incorporer ces incitatifs.

4. Le GMF, une base d'amélioration de la prestation de services par une gouvernance clinique accrue

En ce qui concerne la prestation de services individuels et collectifs, le modèle GMF est souvent critiqué pour être un modèle fermé où il existe une grande disparité entre les services dispensés aux patients inscrits et les services offerts aux personnes non-inscrites. Dans ce contexte, un objectif du gouvernement devrait être d'accroître l'inscription de la population [15]. L'implantation d'un plus grand nombre de GMF pourrait contribuer à atteindre cet objectif. Également, puisque les GMF bénéficient d'un soutien professionnel complémentaire avec les infirmières, ceci devrait se traduire par une augmentation possible du nombre de patients vus par les médecins annuellement. Néanmoins, il reste encore beaucoup de travail à réaliser afin de mieux formaliser les activités assurées conjointement par les médecins et les infirmières. De même, l'arrivée possible d'infirmières praticiennes au sein des GMF demandera des ajustements et des apprentissages pour développer un travail en collaboration avec les médecins et les infirmières en place. Par ailleurs, la présence des infirmières praticiennes au sein des GMF devrait se traduire par une augmentation de la clientèle inscrite. En Ontario, l'intégration d'infirmières praticiennes au sein des FHT a permis d'augmenter la file active d'environ 800 patients pris en charge annuellement par le médecin [21]. En moyenne, les médecins pratiquant dans des FHT suivent près de 2 200 patients annuellement.

Enfin, en ce qui concerne la gouvernance, le modèle GMF introduit une contractualisation entre le MSSS et les cabinets en offrant certains avantages en échange de certains engagements liés à l'organisation de la pratique médicale et l'offre de services. Selon Lamarche [24], les médecins peuvent céder une certaine autonomie liée à l'organisation de leur pratique en échange de conditions qui améliorent leur pratique et facilitent leur vie professionnelle. D'ailleurs, un cadre organisationnel plus formel est acceptable pour les médecins s'il leur permet une pratique médicale qui est plus compatible avec les valeurs fondamentales du professionnalisme [25]. Le modèle FHT intègre également une contractualisation entre l'État et les médecins. L'implantation graduelle du modèle GMF pourrait permettre d'accroître la capacité du gouvernement québécois de fixer des mécanismes transparents de gouvernance et de suivi de la performance des cabinets médicaux à répondre aux besoins populationnels de soins médicaux. Par exemple, actuellement, près de 25 % de la population québécoise n'a pas de médecin de famille [19]. Le gouvernement pourrait inciter et soutenir les médecins qui travaillent en GMF à prendre en charge un nombre minimal de nouveaux patients annuellement.

De même, des améliorations significatives sont nécessaires pour développer une meilleure gouvernance clinique : les services doivent faire l'objet d'une planification proactive et d'un suivi fréquent en fonction des besoins des personnes et de la population à desservir [15]. Ceci fait appel à la capacité des cliniciens à identifier leurs patients, leurs caractéristiques principales et leurs besoins.

Le GMF pourrait s'avérer un milieu propice pour l'instauration d'outils d'amélioration continue de la qualité. Il est également nécessaire d'établir des protocoles définissant la nature des services à prodiguer en fonction des besoins et d'identifier la séquence des services requis et le lieu où ils peuvent être obtenus. Ces réalisations ne seront possibles qu'avec la mise en œuvre d'un système d'information qui soutient la pratique. Des outils qui aident les professionnels à mieux gérer leurs activités cliniques et leur planification de soins devraient être développés. Plusieurs modèles internationaux soulignent la nécessité d'intégrer des modèles d'audit clinique et de rétroaction sur la performance. Toutefois, connaissant les retards importants dans l'implantation d'un simple dossier clinique informatisé au Québec, il est sûrement utopique de penser que les médecins puissent avoir des profils de leurs pratiques cliniques d'ici dix ans.

5. Maison médicale : un concept novateur pour orienter l'évolution du modèle GMF ?

Dans la littérature, le concept de maison médicale (*medical home*) est souvent décrit comme étant la

vision vers laquelle les organisations de soins primaires devraient idéalement converger [26-28]. Ce concept est désormais considéré internationalement comme étant un modèle qui améliore la prestation des soins primaires et l'accès aux soins pour les patients [27]. Un sondage de 2007 comparant les expériences de soins de santé en Australie, au Canada, en Allemagne, aux Pays-Bas, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni et aux États-Unis a conclu que « disposer d'une maison médicale, qui est accessible et qui contribue à coordonner les soins, est associé à des expériences significativement positives » [28]. Le concept de maison médicale est défini comme étant un établissement de soins médicaux centrés sur le patient où les principaux objectifs sont :

- 1) les patients ont un médecin de famille personnel qui dispense et dirige des soins médicaux ;
- 2) les soins s'adressent à l'entité globale du patient ;
- 3) les soins sont coordonnés, continus et complets, les patients ayant accès à une équipe professionnelle ;
- 4) l'accès aux rendez-vous est amélioré ;
- 5) la pratique comprend une technologie de l'information efficace et des dossiers médicaux électroniques ;
- 6) la rémunération soutient le modèle de soins ;
- 7) l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients est suivie [17].

Cette approche se construit sur la relation permanente entre le patient et son médecin de famille.

Selon le collège des médecins de famille du Canada, un cabinet médical devrait être un lieu où chaque patient aurait son propre médecin, d'autres professionnels de la santé travaillant ensemble en équipe avec le médecin de famille du patient, des rendez-vous en temps opportun pour toutes les consultations du médecin de famille et d'autres membres de l'équipe de soins primaires, l'arrangement et la coordination de tous les services médicaux et un dossier médical électronique [17]. Le modèle GMF implanté au Québec offre plusieurs caractéristiques semblables à celles d'une maison médicale. Toutefois, certaines caractéristiques pourraient être améliorées. Le modèle FHT partage davantage de caractéristiques de cette approche [6]. Cette approche procure des bases pour améliorer la prestation de soins primaires dans différents pays. La plupart des associations médicales adhèrent à ce concept et c'est notamment le cas des collèges des médecins de famille canadiens et américains [26, 27].

CONCLUSION

Le gouvernement québécois a adopté une stratégie incrémentielle en misant sur le choix volontaire de médecins d'accréditer leur cabinet. Les diverses exigences pour devenir un GMF encouragent les cabinets médicaux à adopter certaines caractéristiques permettant

d'améliorer la performance du système de santé. Cette stratégie de changement graduel du financement, des ressources, de la prestation et de la gouvernance semble pertinente pour introduire un changement dans la direction souhaitée. Les expériences canadiennes peuvent fournir des leçons utiles à l'organisation des soins primaires dans d'autres contextes internationaux. C'est le cas de la France où le gouvernement propose d'expérimenter des maisons de santé [29]. Toutefois, les maisons de santé en France demeurent loin des caractéristiques des modèles GMF et FHT. Les maisons de santé regroupent divers professionnels afin qu'ils coordonnent leurs soins sans nécessairement constituer un groupe de médecins sous la même gouvernance. Les deux modèles discutés dans cet article introduisent un mode mixte de rémunération. Toutefois, le modèle GMF combine très peu les différentes modalités de paiement comparativement au modèle FHT qui s'appuie majoritairement sur la capitation. Ces modèles proposent une pratique médicale de groupe en collaboration avec d'autres professionnels au sein de leur cabinet. Le modèle GMF introduit l'infirmière tandis que le FHT va plus loin en développant une véritable équipe interdisciplinaire. L'une des grandes lacunes du modèle GMF est l'absence d'utilisation d'un dossier clinique informatisé comparativement au modèle FHT qui a réussi à implanter ce système. Les deux modèles s'appuient sur l'inscription de la clientèle. Ce changement modifie grandement la manière d'organiser les services au Canada. Enfin, pour leur gouvernance, les deux modèles introduisent la contractualisation. Ceci permet de négocier la réalisation de certaines activités en échange de certains avantages. Ce levier permet de négocier des changements de pratiques dans la direction souhaitée afin de mieux répondre aux besoins de santé actuels.

Selon nous, afin d'améliorer le modèle GMF, une des prochaines étapes à réaliser consiste en l'intégration d'un dossier clinique informatisé. Par la suite, introduire davantage la capitation afin qu'éventuellement elle soit le principal mode de rémunération des médecins. Enfin, l'une des dernières étapes serait de créer une véritable équipe interdisciplinaire pour prendre en charge une clientèle inscrite. Ainsi, nous privilégions une approche progressive en améliorant graduellement les différents attributs du modèle GMF. L'Ontario a d'ailleurs employé cette stratégie en proposant tout d'abord, les *Family health groups*, par la suite les *Family health networks* et, tout récemment, les *Family health teams*.

RÉFÉRENCES

1. Starfield B, Shi L, Machink J. *Contribution of Primary care to health systems and health*. *Milbank Q*. 2005;83:457-502.
2. Santé Canada. 2011. Disponible à : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/index-fra.php>

3. Hutchison BA. *A long Time Coming: Primary healthcare Renewal in Canada. Healthcare Papers.* 2008;8:10-24.
4. Champagne F, Contandriopoulos A, Picot-Touché J, Béland F, Nguyen H. *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de santé : le modèle EGIPSS.* Montréal : GRIS ; 2005.
5. Murray CJL, Frenk JA. *A framework for assessing the performance of healthsystems.* *Bull World Health Organ.* 2000;78:717-31.
6. Glazier R, Redelmeier D. *Building the Patient-Centered Medical Home in Ontario.* *JAMA.* 2010;303:2186-7.
7. *Commissaire à la santé et au bien-être. Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale du Commonwealth Fund de 2009 auprès des médecins.* Québec : Commissaire à la santé et au bien-être ; 2010.
8. Bergeron P, Gagnon F. *La prise en charge étatique de la santé au Québec : émergence et transformations.* In : Lemieux V, Bergeron P, Bégin C, Bélanger G, eds. *le système de santé au Québec : organisation, acteurs et enjeux.* Québec : Presses de l'Université Laval ; 2003.
9. Gaumer B, Fleury M. *La gouvernance du système socio-sanitaire au Québec : un parcours historique.* In : Fleury M, Tremblay M, Nguyen H, Bordeleau L, eds. *Le système socio-sanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation.* Gaetan Morin ; 2007. p. 3-21.
10. Lévesque J, Bergeron P. *De l'individuel au collectif : une vision décloisonnée de la santé publique et des soins.* *Rupture.* 2003;9:73-89.
11. *Ministère de la santé et des services sociaux. Répartition géographique et caractéristiques des cabinets médicaux d'omnipraticien au Québec en 2000.* Québec : Le Ministère ; 2001.
12. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. *Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives.* Paris : Rapport IRDES n° 1675 ; 2007.
13. Pomey M, Martin E, Forest P. *Quebec's Family Medicine Groups: Innovation and compromise in the Reform of Front-line Care.* *Canadian Political Science Review.* 2009;3:31-46.
14. Lévesque J, Roberge D, Pineault R. *La première ligne de soins : un témoin distant des réformes institutionnelles et hospitalières au Québec ?* In : Fleury M, Tremblay M, Nguyen H, Bordeleau L, eds. *Le système de santé socio-sanitaire au Québec.* Montréal : Gaetan Morin ; 2007. p. 63-78.
15. *Commissaire à la santé et au bien-être. Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux. Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée : recommandations, enjeux et implications.* Québec : Commissaire à la santé et au bien-être ; 2009.
16. *Ministère de la santé et des services sociaux. Évaluation de l'implantation et des effets des premiers groupes de médecine de famille au Québec.* Québec : Le Ministère ; 2008.
17. Beaulieu M. *Organizing Primary Care Reform. Getting Doctors to Work Together and With Others.* In: Wilson R, Shrott SED, Dorland J, eds. *Implementing Primary Care Reform. Barriers and Facilitators.* Kingston (Canada): School of Policy studies ed; 2004. p. 139-49.
18. Beaulieu M, Denis J, D'Amour D, Goudreau J, Haggerty J, Hudon E, et al. *L'implantation des Groupes de médecine de famille : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle.* Montréal : Université de Montréal ; 2006.
19. Pineault R, Lévesque J, Breton M, Hamel M, Roberge D. *La première ligne : quel rôle pour les organisations publiques, privées ou mixtes ?* In: Béland F, Contandriopoulos A, Quesnel-Vallée A, Robert L, eds. *Le privé dans la santé : les discours et les faits.* Montréal : Les presses de l'Université de Montréal ; 2009. p. 427-49.
20. Breton M, Lévesque J, Pineault R, Lamothe L, Denis J. *L'intégration de la santé publique à la gouverne locale des soins de santé au Québec : enjeux de la rencontre des missions populationnelle et organisationnelle.* *Prat Organ Soins.* 2008;39:113-24.
21. Rosser WW, Colwill J, Kasperski J, Wilson L. *Patient-centered Medical Homes in Ontario.* *N Engl J Med.* 2010;362:e7(1)-e7(3).
22. Green M, Hogg W, Gray D. *Financial and work satisfaction: impacts of participation in primary care reform on physicians in Ontario.* *Healthc Pol.* 2009;5:e161-e176.
23. Lévesque J, Felman D, Dufresne C, Bergeron P, Pinard B. *L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec – Barrières et facilitant.* Montréal : Institut national de santé publique du Québec ; 2008.
24. Lamarche P. *Is it Really the Tail that Wags the Dog?* *Healthcarepaper.* 2008;8:26-32.
25. *Royal College of Physicians of London. Doctors in society. Medical professionalism in a changing world.* Londres : Royal College ; 2005.
26. *Association of American Medical Colleges. The Medical home: AAMC position statement.* Washington: Association of American Medical Colleges; 2008. p. 1-3.
27. *Le collège des médecins de famille du Canada. Les soins de première ligne centrés sur les patients au Canada, concept du Medical Home.* Mississauga (Ontario, Canada) : le collège des médecins de famille du Canada ; 2009. p. 1-29.
28. Shoen C, Osborn R, Doty MM, Bishop M, Pugh J, Murukutla N. *Toward higher-performance health systems: Adult's health care experiences in seven countries.* *Health Aff.* 2008;26:717-34.
29. Garros B. *Maisons de santé, chaînon manquant de l'organisation ambulatoire ?* *Sante Publique.* 2009;21:7-16.