

InterActions

Centre de recherche et de partage des savoirs  
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

LA PARTICIPATION DES MÉDECINS  
AUX RÉSEAUX DE SERVICES :  
MISER SUR UNE  
ÉTROITE COLLABORATION

SYNTHÈSE DE LA JOURNÉE THÉMATIQUE  
TENUE AUX 19<sup>ES</sup> JOURNÉES ANNUELLES  
DE SANTÉ PUBLIQUE (JASP) EN 2015

**MARIE-ANDRÉE PAQUETTE**, Ph. D.

avec la collaboration de

**FRANÇOIS AUBRY**, Ph. D.

**NASSERA TOUATI**, Ph. D.

JUILLET 2016

8

# « La participation des médecins aux réseaux de services : miser sur une étroite collaboration »

## Synthèse de la journée thématique tenue aux 19<sup>es</sup> Journées annuelles de santé publique (JASP) en 2015

### AUTEURE

**Marie-Andrée Paquette**, Ph. D., rédactrice, consultante et analyste indépendante dans le domaine de la recherche sur les politiques et les services de santé

Avec la collaboration de **François Aubry**, professeur, Université du Québec en Outaouais et chercheur, Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal et **Nassera Touati**, professeure, École nationale d'administration publique et chercheure, Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

### COORDINATION DE L'ÉDITION

**Geneviève Reed**, Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

### GRAPHISME

Le Zeste Graphique

Direction des communications, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

### DIFFUSION

Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal : [www.centreinteractions.ca](http://www.centreinteractions.ca)

### REPRODUCTION

Il est permis de reproduire à des fins purement informatives et non commerciales tout extrait du présent document pourvu qu'aucune modification n'y soit apportée et que le nom de l'auteur original et de la source soient clairement indiqués.

© Centre InterActions, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

ISSN 2291-594X

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada

  
Centre de recherche et de partage des savoirs  
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal



### REMERCIEMENTS

Nous aimerions remercier les conférenciers ayant participé à ce colloque tenu dans le cadre des 19<sup>es</sup> Journées annuelles de santé publique ainsi que les organisateurs qui ont permis à l'événement d'avoir lieu. Ce carnet synthèse a été rédigé sur la base des propos tenus par les conférenciers et les idées qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement la position des autres organisations précédemment mentionnées.

Il y a plus de dix ans débutait la mise en œuvre des réseaux locaux de services (RLS) et, avec elle, la création des partenariats nécessaires au plein exercice de leur responsabilité populationnelle. À cet effet, les médecins au sein des unités et groupes de médecine de famille (UMF et GMF) et des cliniques ont été appelés à collaborer avec les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS/CIUSSS) et plusieurs autres acteurs présents sur le territoire (ressources intermédiaires, résidences pour aînés, organismes communautaires, médecins spécialistes, etc.) afin de permettre l'accès et la continuité des soins pour la population. Toutefois, la participation active des médecins dans le modèle de collaboration interorganisationnelle proposé à l'heure de la création des réseaux locaux de services ne semble pas s'être concrétisée comme souhaité. Aussi, hormis quelques exceptions, on dénote très peu d'initiatives de collaboration qui mettent efficacement en lien les acteurs médicaux et sociaux. Il y a donc lieu de s'interroger sur l'état actuel du rapprochement entre les médecins de famille intégrés à un GMF ou une UMF et les autres acteurs présents sur les territoires.

Afin de répondre à ces préoccupations, une journée thématique, tenue lors des 19<sup>es</sup> Journées annuelles de santé publique en décembre 2015, a été organisée par l'équipe REGARDAS et le Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, en collaboration avec l'École nationale d'administration publique (ÉNAP), l'Université de Québec en Outaouais (UQO), l'Association médicale du Québec (AMQ) et le Collège québécois des médecins de famille (CQMF). Par l'exploration des enjeux intersectoriels, interorganisationnels et interprofessionnels associés à la participation des médecins aux réseaux ainsi que par l'analyse d'initiatives prometteuses pour la collaboration des médecins, cette journée devait permettre d'identifier des stratégies de rapprochement porteuses pour l'exercice de la responsabilité populationnelle.

Des panélistes de diverses provenances (médecins, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), CISSS/CIUSSS, organismes communautaires) ont ainsi été appelés à exposer leur perspective propre concernant la collaboration des médecins dans les RLS, relativement aux principaux enjeux qu'elle suscite et des facteurs qui contribuent à son succès. Aussi, plusieurs communicateurs sont venus présenter des expériences concrètes de collaboration en réseau paraissant particulièrement prometteuses. Les nombreux professionnels, médecins et gestionnaires de centres de santé et de services sociaux, de même que les représentants d'organismes communautaires, chercheurs et étudiants participant à cette journée thématique ont ensuite été conviés à des ateliers de discussion en sous-groupes afin de proposer, en s'inspirant des témoignages précédents, des pistes d'action favorables à la collaboration des médecins au sein des réseaux locaux. Cette journée s'est conclue sur des commentaires critiques de chercheurs (Université de Montréal et ÉNAP) intéressés par la question de la participation médicale pour une mise à l'échelle des stratégies identifiées.

Ce carnet synthèse est structuré autour des trois grandes questions abordées par les présentations et discussions au cours de cette journée, soit :

1. Quels sont les enjeux de la collaboration entre les médecins, les structures médicales (GMF, UMF, cliniques) et les réseaux locaux de services ?
2. Quels enseignements pouvons-nous tirer des expériences novatrices présentées ?
3. Quelles conditions et quelles stratégies favorisent la participation des médecins aux RLS ?

## Résumé

### TABLE DES MATIÈRES

<b>1. Visions, enjeux et opportunités de collaboration dans le contexte de la réforme actuelle .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Conditions et stratégies favorables à la collaboration des médecins dans les réseaux locaux .....</b>	<b>12</b>
<b>3. Perspectives de mise à l'échelle : des obstacles à la pérennisation et à la généralisation des stratégies favorables à la collaboration.....</b>	<b>17</b>
<b>4. Synthèse réflexive.....</b>	<b>21</b>
<b>Programme de la journée .....</b>	<b>24</b>



Vous devez être connecté à internet pour visionner les vidéos de ce document.

## 1. Visions, enjeux et opportunités de collaboration dans le contexte de la réforme actuelle

Afin d'amorcer la réflexion, quatre intervenants, porteurs d'une perspective et d'un rôle différents au sein du réseau, ont précisé leur vision de la collaboration et de la participation des médecins dans les réseaux locaux. Dans le contexte des changements amorcés par l'adoption de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (projet de loi 10)<sup>1</sup>, les perspectives de collaboration (potentiel et enjeux) directement liées à cette réforme ont fait l'objet d'une grande attention. Un représentant du MSSS ainsi qu'un directeur général de CISSS, abordant la question d'un point de vue managérial et politique, ont d'ailleurs fait de cette réforme le principal point d'ancrage de leur exposé. Des praticiens des milieux médical et communautaire ont ensuite proposé une vision plus «généraliste» de la collaboration médecins/réseau et de ses enjeux.

### 1.1 Potentiel et enjeux de la collaboration à l'heure de la « réforme Barrette » : le point de vue managérial

#### *Le point de vue du MSSS*

D'emblée, Dr Antoine Groulx<sup>2</sup> reconnaît l'ampleur des enjeux entourant la mise en œuvre de la collaboration en abordant la controverse qu'elle soulève. Plus précisément, il souligne l'écart considérable qui demeure entre, d'une part, la reconnaissance théorique de l'importance de la collaboration entre médecins et réseaux et, d'autre part, la mise en œuvre effective de cette collaboration. En effet, plusieurs modèles de collaboration se sont mis en place, à l'initiative de leaders forts, depuis la création des RLS. Il existe cependant une très grande variabilité entre ces modèles, non seulement en ce qui concerne les partenariats qu'ils mettent en place (médecins, MSSS, établissements, organismes communautaires), mais aussi en regard de leur performance en matière de collaboration des médecins. Il suggère ainsi que certaines des mesures actuellement développées et implantées à l'échelle de la province sont susceptibles de contribuer au succès de cette collaboration, tandis que d'autres y font plutôt obstacle.

En ce sens, Dr Groulx souligne d'abord à grands traits les succès effectifs et potentiels du nouveau programme de GMF récemment mis en œuvre, qu'il considère comme une pièce maîtresse pour la collaboration des médecins. À ce titre, il rappelle que la réforme de 2003, en amenant les établissements à s'intéresser aux GMF, comportait certes un fort potentiel de collaboration avec les médecins, mais que ce potentiel ne s'est jamais vraiment réalisé. Le nouveau programme GMF propose, selon lui, des moyens beaucoup plus concrets pour parvenir à ces fins. Bien que controversé à certains égards, le travail de transfert et de délocalisation professionnel en cours constitue une démonstration très forte de la volonté des établissements à répondre aux besoins exprimés par les médecins de famille et, ce faisant, un puissant motivateur potentiel de la collaboration des médecins au réseau. Les départements régionaux de médecine générale (DRMG) auraient également un rôle clé à jouer dans le développement de ces nouveaux rapports de collaboration avec les GMF. En effet, le projet de

<sup>1</sup>Adopté le 7 février 2015, le projet de loi 10 implique l'abolition des agences régionales de santé et la création des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). À la suite de son entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2015, le nombre d'établissements de santé et services sociaux est passé de 182 à 34.

<sup>2</sup>Dr Antoine Groulx est directeur de l'organisation des services de première ligne intégrés au Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Depuis 2004, il a opté pour une pratique éclectique de la médecine de famille en milieu rural. Il a aussi présidé plusieurs associations médicales, dont le CQMF, et a exercé diverses fonctions clinico-administratives, en plus de poursuivre des activités d'enseignement comme professeur à l'Université Laval.

loi 10 leur procure un rôle de très haut niveau au sein des établissements, en les faisant dorénavant relever directement des PDG des CISSS/CIUSSS. Demeurant par ailleurs directement rattachés à leurs tables locales, les DRMG récupèrent ainsi un rôle important d'arrimage entre les médecins du territoire et les établissements. En fin de compte, un des éléments du nouveau programme GMF qui contribuerait le plus au développement de la collaboration se trouverait dans la simplification des procédures et processus administratifs qui le sous-tend. Plus précisément, on considère, au Ministère, qu'il s'agit d'un facilitateur de pratique important, en libérant les chargés GMF de manière à leur permettre d'agir concrètement, sur le terrain, comme agent facilitateur de changement, en amenant notamment les médecins à adhérer à des pratiques intégrées. Ainsi, selon Dr Groulx, il n'est pas étonnant de constater le nombre croissant de trajectoires intégrant directement et systématiquement les GMF, par exemple sous la forme de projets cliniques ou d'ententes complémentaires (gagnant-gagnant) bipartites avec les établissements.

L'implantation de tables locales de DRMG constitue, selon le Dr Groulx, une seconde initiative prometteuse pour la collaboration des médecins au réseau. Relevant d'initiatives locales, par la suite soutenues et encouragées par le Ministère, ces tables procurent un puissant levier aux leaders cliniques engagés et ainsi, promeuvent la participation des médecins. Il souligne cependant que leur pérennité, loin d'être garantie, doit encore être assurée par un soutien fort de la part des établissements, d'un engagement clair des médecins ainsi que par la présence de résultats tangibles.

À l'opposé, le peu d'enthousiasme que suscite le projet de loi 20<sup>3</sup> serait en grande partie lié, selon Dr Groulx, au peu de considération qu'il porte aux principes de cogestion et de gouvernance clinique, essentiels à la collaboration des médecins. Cela amène le Dr Groulx à insister sur l'importance de développer plus de pratiques de cogestion sur l'ensemble du territoire et d'en faire une norme à l'échelle du réseau. Pour que ces pratiques soient effectivement porteuses, il importe cependant de promouvoir un engagement égal, de même qu'une grande transparence de la part de toutes les parties impliquées, médecins comme gestionnaires. Cela requiert également de préparer non seulement les gestionnaires à faire une place aux médecins au sein des instances de gestion et de gouvernance, mais aussi aux médecins d'y participer.



**Dr Antoine Groulx**

Directeur de l'organisation  
des services de première  
ligne intégrés au ministère  
de la Santé et des Services  
sociaux du Québec

<sup>3</sup>Le projet de loi 20 portait principalement sur l'accès aux médecins de famille. Le projet initial, présenté en novembre 2014 par le ministre Barrette, imposait notamment un quota de patients aux médecins de famille. Les nombreuses protestations de la part de ces derniers ont cependant conduit le ministre à négocier avec la FMOQ une entente de collaboration, conclue en mai 2015. On a ainsi préféré aux quotas un ensemble de mesures visant l'amélioration de l'accès aux soins de première ligne, tel que l'établissement de supercliniques (Groupe de médecine de famille réseau : GMF-R) et la garantie de pouvoir consulter son médecin de famille dans un délai de trois jours. Ce projet de loi abolit par ailleurs le programme public de procréation assistée. Il a été adopté par l'Assemblée nationale du Québec en novembre 2015.

Le Dr Groulx revient ainsi sur le concept de gestion du changement par l'utilisation de « facilitateurs de pratique » (cf. nouveau programme GMF), qu'il présente comme une des grandes orientations qui sera soutenue par le Ministère dans les années à venir. Plus particulièrement, l'énoncé de cibles et d'objectifs clairs, le recours à des outils de mesure de la performance et l'utilisation de données probantes constitueraient des leviers importants afin d'obtenir et de préserver la mobilisation des médecins, en permettant notamment de lutter contre le « cercle vicieux du cynisme » (qui affecte autant les gestionnaires que les médecins). À cet égard, il souligne d'ailleurs l'importance, afin de ne pas entretenir un tel cercle vicieux, d'un réel partage des ressources avec les médecins, et ce, même à l'heure des coupures les plus radicales.

En somme, si la collaboration médecin/réseau demeure perfectible, selon lui, les facilitateurs de pratique en premier lieu, mais aussi la cogestion, la mesure et la transparence, constituent des outils à privilégier afin d'améliorer et de bonifier cette collaboration.

### *Le point de vue d'un PDG-A de CISSS*

Daniel Corbeil<sup>4</sup> conçoit la réforme amorcée sous l'égide du projet de loi 10 comme une grande opportunité de changement des façons de faire, notamment en ce qui a trait à la collaboration des médecins. L'ensemble de son exposé converge ainsi vers ce point.

À cet effet, il rappelle d'abord les principaux mandats confiés aux nouveaux CISSS/CIUSSS, soit 1) planifier, coordonner, organiser et dispenser des services accessibles à la population de son territoire; 2) assurer la prise en charge des besoins de la population, particulièrement pour les clientèles vulnérables; 3) établir des ententes avec les médecins, les organismes communautaires et les ressources privées de son territoire; 4) réaliser la planification régionale des ressources humaines et 5) assurer le suivi et la reddition de compte au MSSS. Selon Daniel Corbeil, ces mandats procurent aux gestionnaires des CISSS/CIUSSS un ensemble de leviers et de possibilités d'action susceptibles de faciliter et favoriser la collaboration requise pour la réalisation des objectifs en matière de soins primaires. En effet, malgré toute l'énergie qui a dû être consacrée au travail de réorganisation structurelle, ces objectifs (de même que les changements nécessaires à leur atteinte) ont été pensés par les gestionnaires de ce CISSS/CIUSSS dans une perspective de réponse aux besoins et préoccupations de la population et des partenaires du réseau, ce qui les aurait amenés à faire de la réorganisation des soins primaires un champ d'action prioritaire. La contribution des médecins de famille à ces changements doit être considérable. Il est en effet primordial, selon cet intervenant, d'établir une étroite collaboration avec les médecins, ainsi qu'avec les autres partenaires du réseau, afin de pouvoir développer et mettre en œuvre un modèle d'organisation de services garantissant une meilleure accessibilité aux soins et une plus grande équité en matière de santé. Dans cette optique, la direction du CISSS des Laurentides s'est notamment efforcée de créer des territoires d'action qui ont du sens pour les médecins, en subdivisant le territoire en « grappes », selon leurs habitudes de collaboration préexistantes.

Daniel Corbeil insiste cependant sur un mandat en particulier, qu'il considère comme crucial eu égard à la collaboration des médecins, soit la dispensation de services à la population, toutes missions confondues. La réalisation de ce

<sup>4</sup>Daniel Corbeil est président-directeur général adjoint du CISSS des Laurentides depuis 2015. Infirmier bachelier, il a poursuivi une formation en administration de la santé qui l'a amené à exercer, depuis 25 ans, diverses fonctions de gestion, dont celle de directeur général de deux CISSS.

mandat requiert, en effet, que les processus soient dorénavant centrés sur des continuums plutôt que des établissements. Elle apparaît donc comme une occasion privilégiée de changer les modes de coordination, puisque l'obligation d'une coordination intersectorielle des continuums de soins et services, mettant en lien divers acteurs et organisations à la fois autonomes et interdépendants, oblige l'adoption à grande échelle des principes de cogestion évoqués précédemment par le Ministère. Cela se conjugue à la réduction des paliers administratifs et à l'aplanissement des structures de gestion imposées par la réforme, qui supposent de nouvelles formes de coordination, permettant la cohabitation des impératifs de coordination et des principes d'autonomie professionnelle (médicale). De tels changements en matière de coordination demandent aux gestionnaires de CISSS/CIUSSS qu'ils amènent les professionnels et les médecins à développer un sentiment de responsabilité collective dans l'organisation et la prestation des soins et services. Pour Daniel Corbeil, citant en exemple la délocalisation des ressources professionnelles vers les GMF, la responsabilisation des professionnels passe notamment par la proposition de modèles d'organisation de services promouvant des rapports de mutualité/bidirectionnalité porteurs d'une plus-value perceptible pour l'ensemble des partenaires impliqués.

En mettant plus directement en lien les professionnels et les médecins avec la haute direction, la création des CISSS/CIUSSS et la réduction des paliers administratifs qu'elle sous-tend permettent également, selon lui, de gérer plus efficacement la complexité des processus et des acteurs à mettre en lien pour obtenir les résultats attendus. Elles facilitent par ailleurs la création et le maintien des liens de communication avec les médecins de famille des UMF-GMF, dont l'intrant est essentiel à la prise en compte des besoins spécifiques des populations locales dans l'organisation des services. L'obtention de la collaboration nécessaire à la co-construction de cette organisation de services requiert cependant que l'on définisse concrètement le rôle attendu des médecins au regard de l'amélioration la santé et du bien-être de la population. Elle exige par ailleurs de dépasser la perception de contrainte que suscitent, chez les médecins de famille, certaines initiatives hiérarchisées comme les nouveaux cadres de gestion imposés aux GMF.

Pour Daniel Corbeil, ce processus passe en grande partie par la définition conjointe d'un espace de gouvernance clinique permettant d'intégrer la collaboration dans le modèle d'affaires des GMF, en tenant compte des différents intérêts des médecins œuvrant au sein de ces groupes (le médecin, dans le cadre des cliniques privées, est non seulement un dispensateur de soins, mais aussi un entrepreneur privé). Le développement et le maintien des liens de confiance nécessaires à cet exercice passent en grande partie par la mesure des impacts produits, sur le terrain, des pratiques issues de ces nouveaux cadres GMF. Ainsi, selon lui, les gestionnaires de CISSS/CIUSSS doivent relever le défi de réaliser et démontrer la valeur ajoutée de cette nouvelle forme de gouvernance pour le patient et la population, mais aussi pour les médecins eux-mêmes. En ce sens, des initiatives comme la délocalisation des professionnels vers les GMF sont susceptibles de contribuer, de par le soutien supplémentaire qu'elles offrent aux médecins de famille, à la réalisation de cette plus-value. Il considère aussi la conception et la mise en œuvre d'instruments d'appréciation de la performance comme des éléments essentiels à la démonstration de cette plus-value.

En un sens, ces propositions s'ancrent toutes dans un même grand principe fondateur de la collaboration, soit la nécessité d'une reconnaissance mutuelle

des interdépendances ou, autrement dit, de l'importance de l'apport des autres pour atteindre un objectif commun. C'est d'ailleurs sur un appel à une telle reconnaissance mutuelle, dans l'intérêt supérieur de la santé et du bien-être des populations à desservir, que Daniel Corbeil conclut sa présentation.



## 1.2. La collaboration au quotidien : visions et propositions de praticiens pour l'amélioration des soins et services aux patients

### *Le point de vue du Collège québécois des médecins de famille (CQMF)*

Dre Maxine Dumas-Pilon<sup>5</sup> a pour objectif de partager la vision et les recommandations promues par le CQMF concernant la collaboration des médecins de famille aux réseaux. Devant le constat d'une méconnaissance de la réalité des médecins de famille, celle-ci juge cependant nécessaire de dresser, dans un premier temps, le portrait sommaire des tâches et responsabilités qui leur incombent quotidiennement.

Dr Dumas-Pilon s'appuie ainsi d'abord sur la description de quelques cas rencontrés au cours d'une journée de travail typique pour démontrer la complexité et la multiplicité des problématiques auxquelles les médecins de famille sont confrontés (par exemple : santé physique et mentale ; déterminants biologiques et psychosociaux ; maladies infectieuses et chroniques ; patients de tous les âges). Cela requiert, selon elle, une grande polyvalence de la part des médecins de famille. Le nombre croissant de patients qu'ils doivent prendre en charge de même que les interactions qu'ils doivent entretenir avec les autres intervenants du système de santé (médecins spécialistes et professionnels) contribuent à une grande complexité du réseau. Considérant les ressources limitées des médecins, l'intensification de la collaboration avec le réseau, dont les fondements et les exigences de partenariat sont de nouveau réformés, pose donc des défis importants.

Cela dit, Dre Dumas-Pilon présente point par point la vision du CQMF quant à la forme que devrait prendre la collaboration des médecins de famille. Cette vision,

<sup>5</sup>Dre Dumas-Pilon est présidente du Collège québécois des médecins de famille (CQMF). Elle pratique la médecine familiale à l'hôpital Ste-Mary's depuis 2003, où elle est très impliquée en santé maternelle et infantile, en plus de développer divers champs d'intérêts de recherche concernant notamment la continuité des soins et l'expérience des patients.

centrée sur le concept de centre de médecine de famille (CMF), comporte les dix (10) piliers suivants :

1. *Des soins centrés sur le patient.* Il est impératif de favoriser et soutenir les initiatives avec patients partenaires, mais aussi de soutenir la recherche en première ligne, afin de mieux saisir les conditions de fonctionnement en réseau qui permettent de bien répondre aux besoins des patients.
2. *Un médecin de famille pour chaque patient.*
3. *Des soins dispensés en équipe.* Le travail d'équipe, envisagé dans une perspective de complémentarité et de clarté des rôles dévolus à chacun, est considéré comme essentiel. À cet égard, on propose notamment de faire jouer aux infirmières un rôle accru concernant l'autogestion de la maladie et, parallèlement, de miser sur des travailleurs sociaux afin d'assurer une meilleure connexion avec les organismes communautaires.
4. *Un accès en temps opportun.* Selon le CQMF, cela passe notamment par la réduction des délais pour obtenir une consultation avec les spécialistes. On suggère ainsi de miser sur des modèles qui ont fait leurs preuves, comme la plateforme ontarienne de consultations entre médecins de famille et spécialistes *eConsultation*.
5. *Des soins complets globaux*
6. *Une continuité des soins.* Il est primordial de s'assurer que la participation à un réseau aussi complexe ne se fait pas au détriment de la relation entre le médecin (ou l'équipe) et le patient, qui est essentielle à la continuité des soins, et qu'elle ne se traduit pas en un bris de continuité des épisodes de soins.
7. *Des dossiers électroniques médicaux et d'information sur la santé.*
8. *Des activités d'éducation, de formation et de recherche dans chacun des CMF.* Ces activités sont considérées comme essentielles afin de développer la capacité de pratique autoréflexive requise à des fins d'amélioration de la qualité.
9. *Le soutien du système.* La collaboration entre les médecins de famille et le réseau passe nécessairement par des pratiques de soutien mutuel traduisant une volonté de travailler en équipe.
10. *L'évaluation systématique pour l'amélioration de la qualité des pratiques.* À cet égard, le CQMF propose l'utilisation de l'autodiagnostic comme outil d'évaluation, par les médecins de famille, de leur propre pratique médicale, et plus particulièrement de sa correspondance avec les dix piliers énoncés.

Une fois cette vision présentée, Dre Dumas-Pilon conclut sa présentation sur une note plutôt optimiste. Selon elle, les nombreuses réformes du système de santé, malgré l'impression de « tourner en rond » qu'elles ont pu susciter jusqu'ici, demeurent effectivement porteuses d'un certain progrès en matière de collaboration et de participation des médecins aux réseaux locaux.



**Le point de vue d'un représentant des organismes communautaires**

En tant que président du Regroupement des services d'intervention de crise du Québec, Robert Dubuc<sup>6</sup> pose d'emblée deux grands objectifs à sa présentation, soit 1) faire connaître les centres de crise et 2) se positionner quant aux collaborations possibles de ces centres avec les médecins de famille.

Dans un premier temps, M. Dubuc explique que les centres de crise fournissent en tout temps, malgré le financement limité leur provenant du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), un continuum complet de services gratuits spécialisés pour toute personne vivant une situation de crise et ses proches. Plus récemment, ils ont également développé et commencé à offrir des formations aux intervenants du réseau de la santé, afin d'améliorer leur capacité de répondre aux situations de crise. Les équipes travaillant dans ces centres sont composées de professionnels en service social, psychologie, éducation spécialisée, orientation et counseling, psychoéducation et autres domaines de la relation d'aide.

Ces organismes sont ainsi susceptibles de fournir un soutien considérable au réseau de la santé, et plus particulièrement aux médecins de famille. Ces centres peuvent en effet apporter un soutien précieux pour l'application de certains articles de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Ils détiennent aussi des connaissances potentiellement utiles pour le médecin de famille concernant les ressources d'aides existantes dans le secteur communautaire et institutionnel, susceptibles de faciliter leur arrimage.

Afin de réaliser ce potentiel, les médecins de famille doivent cependant participer, notamment en se rendant plus rapidement accessibles aux organismes tels les centres de crise, ou en acceptant qu'on leur recommande les patients orphelins. À la suite de cette présentation, un médecin de famille convient d'ailleurs qu'il s'agirait là d'un juste retour des choses, considérant le soutien que fournissent de tels organismes à la pratique médicale. Robert Dubuc reconnaît cependant que, pour ce faire, les médecins doivent être au courant de l'existence de ces ressources communautaires. À cet effet, il propose notamment de sensibiliser les

<sup>6</sup>Robert Dubuc est président du Regroupement des services d'intervention de crise du Québec. Psychoéducateur de formation, il détient également une maîtrise en administration publique, qui l'a amené à développer une importante expérience dans les Centres jeunesse, tant à titre d'intervenant que de gestionnaire. Depuis 2013, il est également responsable du Centre de crise de l'Ouestde l'île de Montréal.

étudiants en médecine à l'existence de leurs services. Étendant le raisonnement à plus grande échelle, un médecin de famille remet en question cependant le réalisme d'exiger des médecins qu'ils connaissent l'ensemble des ressources communautaires disponibles sur leur territoire.

Une autre stratégie employée par le Regroupement, soit le développement d'une application mobile devant faciliter la mise en relation des centres de crises avec les usagers, médecins et autres intervenants concernés, répond en partie à cette préoccupation. Cette application, jugée simple, compréhensible et efficace, est d'ailleurs saluée par un autre médecin de famille. On en déduit donc que la collaboration entre médecins et organismes communautaires pourrait être facilitée par ce genre d'outil technologique. Finalement, l'ensemble des initiatives proposées et entreprises par cet organisme témoigne d'une forte volonté de collaboration avec les médecins de famille de même qu'avec l'ensemble du réseau.



## 2. Conditions et stratégies favorables à la collaboration des médecins dans les réseaux locaux

### 2.1 Des expériences de collaboration inspirantes

Trois médecins exposent ici brièvement des stratégies de rapprochement et de collaboration auxquelles ils ont participé. Les initiatives présentées ont toutes ultimement pour objectif de permettre un meilleur accès des patients aux services requis par leur état. Les deux premières initiatives présentées consistent principalement en la constitution d'équipes multidisciplinaires chargées de rejoindre et de fournir les services requis à des personnes vulnérables et marginalisées, tandis que la dernière illustre comment le développement et le déploiement de mécanismes particuliers, au sein même des hôpitaux, peut favoriser la coordination nécessaire à un meilleur accès aux services hospitaliers.

La première initiative de collaboration, présentée par Dr Samuel Blain<sup>7</sup>, porte sur l'équipe d'intervention en santé de proximité de Trois-Rivières. Cette équipe regroupe sous une même communauté de pratique des médecins, infirmières, travailleurs de rue et autres professionnels concernés par les questions d'urgence sociale. Elle a pour particularité d'œuvrer au sein même de la communauté, de se déplacer au plus près de la clientèle, s'opposant ainsi à une logique hospitalo-centrée.



**Dr Samuel Blain**

Médecin responsable de l'équipe d'intervention en santé de proximité de Trois-Rivières

<sup>7</sup>Diplômé de l'Université de Montréal en médecine familiale, Dr Blain est médecin responsable de l'équipe d'intervention en santé de proximité de Trois-Rivières. Il est également chargé d'enseignement clinique et responsable des stages de résidence en médecine de proximité, pénale et interculturelle de l'UMF de Trois-Rivières et de Shawinigan, en plus de pratiquer la médecine d'urgence et la médecine familiale en cabinet.

<sup>8</sup>Dre Castel est médecin de famille et professeure titulaire au département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université Laval. Elle a auparavant dirigé une UMF en région, ainsi que le programme de résidence en médecine familiale de l'Université Laval.

Dre Josette Castel<sup>8</sup> présente ensuite la clinique SPOT. À l'instar de l'initiative précédente, cette clinique vise à améliorer la santé des personnes marginalisées et vulnérables, non rejointes par l'offre existante de services et de soins dans la région de Québec. Elle contribue aussi à sensibiliser la relève professionnelle et médicale à la réalité de ces personnes et ainsi les préparer à mieux répondre à leurs besoins. Elle a été constituée sous la forme d'un organisme à but non lucratif (OBNL) pour des considérations de neutralité, d'autonomie et de facilité d'appropriation par sa clientèle. Cependant, son fonctionnement et ses relations avec le CIUSSS présentent

des défis particuliers. Un volet de recherche et d'évaluation fait également partie explicite du programme de la clinique.



**Dre Josette Castel**

Médecin de famille et  
professeure titulaire  
au département de  
médecine familiale et de  
médecine d'urgence de  
l'Université Laval

La troisième présentation porte sur trois mécanismes, proposés et implantés par Dr Alexandre Messier<sup>9</sup>, visant à faciliter l'accès aux soins en évitant l'urgence (Accès 24 heures, Accueil clinique et Réorientation). L'Accès 24 h permet de mieux gérer le cas des patients qui peuvent retourner dormir à la maison de façon sécuritaire plutôt que de rester à l'urgence et revenir le lendemain pour de plus amples investigations. L'Accueil clinique est une application Web qui permet aux médecins de la première ligne de coordonner les demandes d'investigation ou de consultation en soins spécialisés. Ce service permet aux patients de réduire les heures d'attente à l'urgence, de diminuer les déplacements et de profiter d'un cheminement spécialisé. Enfin, le projet Réorientation est un autre outil Web, utilisé par les infirmières du triage, qui permet de réorienter un patient classé non-urgent (P4/P5) vers une clinique avec un rendez-vous. L'outil permet aussi de suivre le cheminement du patient jusqu'au moment où il a vu un médecin. Dans les trois cas, le déploiement de ces modalités technologiques de coordination a généré un haut taux de satisfaction tant chez les médecins utilisateurs que chez les patients concernés.



**Dr Alexandre Messier**

Urgentiste à l'Hôpital du  
Sacré-Cœur de Montréal  
(HSCM) depuis 2002

<sup>9</sup>Dr Messier est urgentiste à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM) depuis 2002, où il a exercé diverses fonctions de coordination. Il est également professeur adjoint de clinique au Département de médecine familiale et d'urgence de l'Université de Montréal. Détenteur d'une expertise importante en matière de simulation (travail d'équipe et gestion de crise), il est le concepteur et le médecin responsable de mécanismes d'accès implantés à l'HSCM touchant à l'accueil clinique et la réorientation des patients. Depuis peu, il agit aussi à titre d'expert des mécanismes d'accès pour le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

## 2.2 Facteurs d'influence et conditions favorables à la collaboration

La discussion qui suit entre les trois médecins présentateurs et l'animatrice de la journée thématique permet de mettre en évidence plusieurs facteurs et conditions favorables à la collaboration des médecins. On souligne d'abord que certaines qualités personnelles des médecins, telles que leur sensibilité et leur ouverture au contexte social, de même que leur capacité à reconnaître les opportunités d'amélioration que fournit ce contexte, contribuent fortement à l'engagement et au leadership des médecins dans de telles initiatives de collaboration. Cette sensibilité au contexte et aux problématiques semble aussi constituer une condition favorable au changement. En effet, les deux premiers présentateurs rapportent que l'expression d'une volonté, chez les étudiants, d'être plus exposés et mieux outillés par rapport aux déterminants sociaux de la santé, constitue un incitatif fort à la collaboration, notamment pour les universités et leurs facultés de médecine. Cette volonté des étudiants, révélatrice d'une sensibilité au social, contribue donc, en quelque sorte, à la constitution de contextes favorables à la collaboration, marqués par une forte volonté de construire ensemble (espace de co-création). La présence d'un contexte de changement et d'incertitude créant l'obligation de se parler et l'urgence d'agir, tel que celui engendré par les projets de loi 10 et 20, semble également agir comme une forte impulsion pour l'émergence de tels espaces de co-création. Cette condition n'apparaît cependant pas suffisante, à elle seule, pour générer le changement. La mobilisation préalable de certains organismes communautaires, de même que la présence d'instances comme les tables locales de DRMG, peut également servir de catalyseur à la création de tels contextes. Sans surprise, la communication entre les différents acteurs concernés ressort comme une des clés du succès des initiatives de collaboration présentées.

Le leadership de médecins « champions » demeure néanmoins primordial : ceux-ci doivent non seulement déterminer et faire émerger de ces contextes les idées porteuses et rassembleuses, mais aussi s'assurer de convaincre et de susciter un effet d'entraînement pour leur projet. Au près des autres médecins, ainsi que des gestionnaires, on suggère que cela passe en grande partie par l'utilisation de données probantes, démontrant non seulement la qualité et la pertinence du projet, mais aussi la rigueur et l'imputabilité de ceux qui le portent. Aux dires des intervenants, l'obtention du soutien des gestionnaires concernés, voire l'établissement de pratiques de cogestion, constitue une condition essentielle à la réussite des projets de changement et de collaboration. Ceux-ci reconnaissent cependant que la lenteur des processus administratifs peut décourager plusieurs médecins et, ainsi, faire obstacle à leur engagement dans de telles pratiques. En ce sens, il n'est pas étonnant d'entendre l'un de ces intervenants suggérer l'adoption de structures les plus légères possible. Un recours plus systématique à l'informatisation et aux technologies de l'information (TI) semble également constituer une avenue intéressante afin d'alléger les processus tant administratifs que cliniques, en plus de faciliter la communication entre les partenaires.

L'ampleur des défis à relever pour surmonter la résistance naturelle au changement des individus et des organisations amène enfin les intervenants à discuter, avec les membres de l'auditoire, de la question de l'imputabilité médicale. Pour certains, le défi que pose le partage du leadership médical

suggère un travail important à faire, notamment au cours de la formation médicale, en vue de développer un sentiment d'imputabilité médicale qui, dépassant la simple fonction physique/biologique, engloberait également les fonctions psychologiques et sociales. D'autres suggèrent cependant que l'exercice d'un leadership médical, tel que celui dont témoignent les trois présentations précédentes, constitue en soi un premier pas vers une plus grande responsabilisation des médecins envers la population. En ce sens, cela ne devrait pas être perçu comme une nouvelle tentative de prise de pouvoir par les médecins. La question de l'imputabilité est d'ailleurs amplement discutée par la suite.

### 2.3 Des stratégies prometteuses

Les participants à la journée thématique ont été invités à s'inspirer des témoignages et discussions précédentes afin d'identifier des pistes d'actions favorables à la collaboration des médecins. La mise en commun de ces réflexions fait émerger plusieurs stratégies, convergeant autour de quatre (4) grands thèmes.

On souligne d'abord l'importance de **fournir un soutien administratif pour structurer les projets cliniques locaux (cogestion), en mesurer la performance et en assurer la pérennité**. Reconnaisant les difficultés de pérennisation de projets développés et réalisés grâce au leadership de « médecins champions », d'aucuns suggèrent que la viabilité de ces projets, de même que leur généralisation à plus grande échelle, s'appuie fortement sur la production et la diffusion de données probantes. Par conséquent, le soutien administratif est considéré d'une grande importance non seulement pour la coordination de la collaboration, mais aussi pour la mesure de l'efficacité des projets et la production des données probantes nécessaires à leur généralisation. Les gestionnaires auraient ainsi un rôle actif à jouer pour soutenir localement les initiatives du terrain, de manière à ce que leurs effets et résultats soient bien documentés, ainsi que pour assurer leur rayonnement auprès des décideurs et politiciens. Dans cette optique, il est concrètement proposé de mobiliser les agents de recherche déjà en place dans les CIUSSS afin de coordonner, soutenir, structurer et participer à l'évaluation des coûts/bénéfices pour les projets développés par les médecins. Une telle mesure permettrait d'offrir une bonne partie du soutien requis pour la production des données probantes, sans pour autant nécessiter l'injection de nouvelles ressources.

Le **déploiement d'équipes multidisciplinaires** à large spectre (incluant infirmières, travailleurs sociaux, physiothérapeutes, etc.) au sein même des cliniques, et plus particulièrement des structures GMF, est évoqué par plusieurs comme une stratégie à prioriser afin de permettre l'exercice effectif de la responsabilité populationnelle. Cette stratégie est également considérée comme porteuse pour le **développement d'attitudes favorables à la collaboration**. Certains suggèrent, en effet, que la mise sur pied de telles équipes, notamment dans les GMF-U, permettrait de faire vivre des expériences positives de collaboration interprofessionnelle et intersectorielle aux médecins et aux étudiants et, ce faisant, leur en démontrer les bénéfices. L'identification préalable d'un projet commun, faisant sens tant pour les médecins que pour les gestionnaires, demeure néanmoins essentielle à l'adoption d'une attitude favorable à la collaboration. Concernant les étudiants, notons que la possibilité de modifier les cursus universitaires en médecine familiale de manière à promouvoir le développement d'attitudes favorables à la collaboration avait été

brèvement discutée plus tôt dans la journée. On avait alors appris l'existence de deux mesures prometteuses en ce sens, soit 1) la mise sur pied d'un nouveau cours obligatoire pour les externes portant sur les inégalités de santé et le rôle social du médecin et 2) le développement (en cours) d'un volet « approche populationnelle » pour les résidents. Ces initiatives auraient d'ailleurs permis de faire le constat d'une certaine méconnaissance du milieu communautaire, mais aussi d'une grande volonté d'améliorer la situation dans le sens d'une plus grande collaboration.

Enfin, la communication entre les parties impliquées semble constituer un enjeu central pour la plupart des participants : plusieurs s'entendent sur l'importance de ***porter une attention particulière aux modalités et mécanismes de communication***. Cela en amène certains à insister sur la nécessaire valorisation d'une communication courtoise, respectueuse et efficace entre tous, tandis que d'autres suggèrent le développement d'outils adaptés à la pratique médicale, permettant un accès rapide et facile aux informations pertinentes quant aux ressources disponibles au sein du réseau.

### 3. Perspectives de mise à l'échelle : des obstacles à la pérennisation et à la généralisation des stratégies favorables à la collaboration

Dans la continuité des échanges amorcés précédemment, deux chercheurs discutent du potentiel et des enjeux associés à la transposition à une plus grande échelle des stratégies favorables à la collaboration (*scaling-up*). Ce faisant, ils font émerger plusieurs défis, obstacles et contraintes institutionnelles et organisationnelles qu'il faudra dépasser pour assurer la pérennité et la généralisation des stratégies et initiatives jugées probantes.

#### *Perspective d'un chercheur en santé publique*

D'abord, Dr Raynald Pineault<sup>10</sup> se penche sur la question de la collaboration interorganisationnelle (CIO). D'emblée, il justifie le choix de mettre l'accent sur le niveau organisationnel par le caractère de plus en plus organisé de la pratique médicale, de même que par l'irréalisme de faire peser une responsabilité populationnelle uniquement sur des individus.

Avant d'aborder les conditions susceptibles d'interférer avec la mise à l'échelle de stratégies prometteuses en matière de collaboration, Dr Pineault revient sur les caractéristiques, les conditions et les enjeux associés à la CIO. À cet effet, il recourt à des données empiriques chiffrées produites par l'INSPQ, lui permettant notamment d'illustrer que les effets de la collaboration sur l'expérience de soins des patients demeurent ambigus pour certains aspects, particulièrement en matière de continuité des soins et d'utilisation des services. Considérant que la CIO n'apparaît pas systématiquement produire les effets bénéfiques attendus pour le patient, il importe donc de s'assurer qu'elle produit effectivement les résultats escomptés pour les patients avant de chercher à l'implanter à grande échelle. Il ressort également de cet exposé que les cliniques les plus portées à la collaboration interorganisationnelle sont celles dont les médecins ont individuellement adopté des comportements et des pratiques qui les mettent en relation, à l'interne comme à l'externe. Plus particulièrement, on note que les médecins de ces cliniques : 1) utilisent fortement les technologies de l'information; 2) participent à un réseau d'accessibilité médicale; 3) partagent un grand nombre de ressources et d'activités entre eux; 4) impliquent étroitement les infirmières; et enfin 5) collaborent de manière importante avec des médecins spécialistes et des professionnels de la santé. L'énoncé de ces conditions, et plus particulièrement des deux dernières, conduit d'ailleurs un médecin de famille à suggérer que la délocalisation de professionnels vers les GMF constitue un outil favorisant la CIO.

La capacité à faire de ce genre de pratiques et comportements la norme au sein du système de santé québécois demeure cependant limitée par un ensemble de conditions produites par le développement historique particulier de ce système. Selon Dr Pineault, ce développement est notamment marqué par une forte influence des associations médicales, axées sur la défense et la préservation de l'autonomie professionnelle. Cette posture a présidé à l'adoption de mesures et de politiques telles que le système de rémunération à l'acte, le statut particulier du médecin (travailleur autonome payé par des fonds publics) ou l'inscription

<sup>10</sup>Détenteur d'un diplôme en médecine de l'Université Laval et d'un doctorat en organisation des services de santé de l'Université du Michigan, Raynald Pineault est professeur émérite et chercheur titulaire au département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal. Il agit également à titre de chercheur associé au Centre de recherche du CHUM et de médecin-conseil à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

<sup>11</sup>Kaiser Permanente est une organisation sans but lucratif établie aux États-Unis depuis 70 ans et qui assure et offre des soins à ses clients. Les médecins qui y travaillent sont des salariés de l'entreprise et voient jusqu'à 2500 patients par année.

auprès d'un médecin en GMF (plutôt qu'auprès de l'équipe), qui toutes s'avèrent peu favorables à l'adoption et à l'étalement de pratiques de collaboration. Une telle logique d'autonomie s'avère par ailleurs difficilement compatible avec la tendance politique plus récente de centralisation des pouvoirs par le Ministère, ce qui entrave encore davantage la collaboration et la participation des médecins. Cela expliquerait d'ailleurs que le développement de la CIO et des réseaux ait été jusqu'ici beaucoup plus important dans d'autres provinces canadiennes. Dr Pineault suggère que la mise en place d'incitatifs collectifs, notamment sur le plan de l'efficacité et de la productivité, serait plus porteuse que des mesures ciblant individuellement les médecins. Le soutien administratif et organisationnel dont bénéficient les GMF et cliniques réseaux apparaissent également comme des facteurs facilitants pour la collaboration.

L'ensemble de ces constats l'amène à proposer quelques pistes de solution afin de surmonter les obstacles à la généralisation de la collaboration interorganisationnelle, qui toutes convergent vers l'importance de soutenir une responsabilisation collective organisationnelle envers la population et le patient. Pour Dr Pineault, cette nouvelle orientation passe notamment par un recentrage des mécanismes d'imputabilité sur les résultats collectifs, une application accrue du mode de rémunération par capitation (par patient), l'octroi d'un financement séparé pour le fonctionnement des cliniques ainsi que des mécanismes d'évaluation de la performance intégrant le point de vue des patients. Ces recommandations reçoivent d'ailleurs un fort soutien de la part d'un médecin de famille présent au colloque. Résolument favorable à l'accroissement de la rémunération par capitation (par patient), celle-ci s'appuie d'ailleurs sur l'exemple de *Kaiser Permanente*<sup>11</sup> pour illustrer la cohérence d'un tel mode de rétribution avec l'exercice d'une responsabilité populationnelle.

Selon Dr Pineault, ce serait cependant une erreur de chercher à implanter totalement le même modèle sur l'ensemble du territoire québécois, considérant les enjeux et les problématiques particuliers à chaque région. En ce sens, il suggère de donner davantage de latitude et de marge de manœuvre pour le développement de projets locaux ainsi que pour l'appropriation locale des réformes imposées.



### *Perspective d'une chercheuse en droit de la santé*

D'emblée, Marie-Claude Prémont<sup>12</sup> met l'accent sur les obstacles majeurs que rencontre la volonté de généraliser les pratiques et mécanismes de collaboration évoqués au cours de cette journée. Bien que reconnaissant les efforts individuels et la vocation de plusieurs médecins, la conférencière pose, à cet effet, un regard très critique sur les institutions qui régissent actuellement la pratique médicale et le potentiel de collaboration.

Elle affirme, en effet, que la collaboration des médecins fait face à des obstacles relevant de causes profondes. Le rapport du Vérificateur général du Québec (VGQ) a relevé que les investissements consentis aux GMF n'ont pas donné les résultats escomptés. Le VGQ a relevé que les fonds investis étaient utilisés à des fins autres que celles visées par le contrat et que la répartition des actes entre médecins et infirmières n'était pas optimale. L'utilisation par les pouvoirs publics d'outils de type privé (contrats) ne permet pas d'assurer la prestation dans un esprit de service public. Elle revient sur des thèmes abordés précédemment par Dr Pineault, soit le statut, l'autonomie et l'imputabilité des médecins. Notamment, la particularité du statut du médecin (travailleur autonome payé par des fonds publics), qui en fait un partenaire « à part » au sein des équipes, de même que l'absence de mécanismes de reddition de compte pour les GMF, apparaît comme des freins importants à la collaboration.

Les observations du VGQ concernant les GMF, et plus particulièrement leur imputabilité, tendent d'ailleurs à appuyer ces dires. Marie-Claude Prémont questionne donc la tendance actuelle de concentrer les pratiques et mécanismes de collaboration autour des GMF à travers, notamment, la délocalisation des professionnels. À cet égard, elle mentionne que l'ampleur des bénéfices attendus de cette mesure en ce qui concerne la motivation à la collaboration des médecins pourrait nous conduire à sous-estimer ses effets délétères potentiels pour le réseau public. En effet, cette mesure prévoit un transfert important de ressources des établissements publics vers un réseau essentiellement privé, composé d'entités (GMF) non régies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS), donc légalement non imputables et non redevables aux patients. Considérant que c'est au nom du patient qu'on effectue les changements en cours, cette situation apparaît particulièrement étonnante et paradoxale : en soustrayant les GMF aux obligations prévues dans la LSSS, on amène indirectement le patient à s'orienter vers le seul endroit où il peut encore exiger des services, soit l'urgence hospitalière des établissements publics, et ce, pendant qu'on tente justement de les rediriger vers la première ligne.

Ces propos sont néanmoins remis en perspective par plusieurs intervenants. Rappelant que l'objectif premier des médecins consiste en l'amélioration de l'état de leurs patients, un médecin de famille suggère d'abord que le choix d'opérer en GMF (plutôt que dans le réseau public) reposerait non pas sur des considérations de pouvoir et d'autonomie de la part des médecins, mais plutôt sur la capacité d'offrir de meilleurs services à leurs patients que ces différents milieux de pratiques leur procurent. À cet égard, il souligne notamment le manque de fluidité qui caractériserait généralement le réseau public, tout en reconnaissant l'extrême richesse de la collaboration propre à ce milieu (CLSC). Répondant à une question concernant l'éventuelle perte de contrôle du système public sur l'utilisation des ressources

<sup>12</sup>Détentrice d'un doctorat en droit de l'Université Laval, Marie-Claude Prémont est professeure titulaire à l'École nationale d'administration publique, où elle enseigne notamment le droit de la santé. Auparavant affiliée à la faculté de droit de l'Université McGill, elle y a notamment exercé les fonctions de vice-doyenne aux études supérieures. Elle est également membre du Barreau et de l'Ordre des ingénieurs du Québec.

professionnelles que la délocalisation pourrait engendrer, plusieurs semblent par ailleurs considérer que ce risque demeure dans les faits, très faible, puisque ces professionnels demeurent officiellement sous la responsabilité hiérarchique du gestionnaire de leur établissement. Aussi mentionne-t-on que les lacunes actuelles, en matière d'encadrement formel de ces rapports professionnels, sont le résultat d'une absence de reconnaissance légale de l'entité GMF qui serait en voie d'être résolue. Considérant l'importance, pour la collaboration, de dégager une marge de manœuvre pour les intervenants et, incidemment, le grand potentiel d'une telle mesure à cet égard, certains semblent donc considérer que les bénéfices attendus de la délocalisation surpassent amplement les risques évoqués.

N'en demeure pas moins que, pour Marie-Claude Prémont, la délocalisation des professionnels apparaît délétère pour l'exercice d'une réelle responsabilité populationnelle. En effet, l'essentiel des services seront désormais produits à l'extérieur du réseau public, soit dans les GMF, et les CISSS/CIUSSS, auxquels échoit cette responsabilité, se voient privés des ressources professionnelles essentielles à la réalisation de cette mission. Il s'agit là d'un renversement majeur, où le réseau public est voué, selon elle, au soutien des cliniques privées, plutôt que l'inverse. Aussi ce transfert massif des ressources et des responsabilités vers des instances de gestion privée comme les GMF équivaut-il, en quelque sorte, à vider la LSSS de sa substance.

Selon la conférencière, il faudra plus que la réforme annoncée de la LSSS pour éviter les dérapages. Ainsi doit-on prendre acte de l'ampleur des obstacles à une réelle collaboration et participation des médecins au réseau public et accepter de discuter de changements majeurs quant à leur statut et à leur rétribution. La participation active des médecins à ces discussions de même que l'exercice d'un certain leadership médical dans la mise en place de tels changements apparaissent également essentiels. Un médecin de famille accueille d'ailleurs favorablement ces propositions, en suggérant cependant que l'accroissement de la part de la rémunération par capitation (par patient) dans les modes de rétribution des médecins constitue une avenue plus réalisable, et donc plus porteuse de changement à court et moyen terme, que l'intégration (souhaitable) des médecins comme salariés au sein du réseau.



**Marie-Claude Prémont**

Professeure titulaire à l'École nationale d'administration publique, où elle enseigne notamment le droit de la santé

## 4. Synthèse réflexive

À l'issue de cette journée, plusieurs propositions ont semblé faire consensus, tandis que d'autres ont donné lieu à des discussions où ont été exprimés des points de vue diversifiés, parfois difficilement conciliables, invitant à poursuivre la réflexion ou, à tout le moins, à demeurer vigilants vis-à-vis la mise en œuvre de certaines stratégies. Afin que se poursuive ce travail réflexif, nous proposons de conclure ce carnet synthèse en revenant brièvement sur quelques-uns de ces objets de discussion.

D'abord, les effets à attendre de certains facteurs et conditions, bien qu'apparaissant à première vue facilitants pour la collaboration médicale, demeurent ambigus. Par exemple, plusieurs intervenants ont avancé qu'un **contexte de changement et d'incertitude**, tel que celui qui prévaut actuellement en raison de la réforme, constitue un motivateur important aux changements de pratiques (tant managériales que médicales) souhaitées. Aux premières loges, le représentant du Ministère et le gestionnaire de CISSS invités à exposer leur point de vue conçoivent en effet la réforme actuelle comme un vaste ensemble d'occasions ne demandant qu'à être saisies afin d'accroître la participation et la collaboration au sein des réseaux locaux de services. En accord avec ce point de vue managérial, plusieurs intervenants estiment aussi que la présence d'un contexte de changement et d'incertitude est susceptible d'agir comme motivateur à une prise d'action commune. S'appuyant sur la mise en évidence de certaines difficultés, empiriquement documentées, rencontrées dans le cadre d'autres réformes (par exemple en Alberta), certains mettent cependant en garde contre la tentation de se fier uniquement (ou principalement) à la création de contextes déstabilisateurs, via l'implantation de réformes structurelles, afin de modifier les attitudes et comportement dans le sens d'une meilleure collaboration.

De manière similaire, la présence de «médecins champions» ne produirait pas que des impacts positifs pour la collaboration. Il ressort en effet des trois expériences rapportées (et des discussions s'y rattachant) qu'un fort **leadership médical** individuel (médecin champion) constitue une condition favorable, voire essentielle, pour assurer le succès d'initiatives locales de collaboration. La présence d'un tel leadership médical, apparaissant de prime abord comme une condition facilitante (facteur favorable) à la participation et à la collaboration des médecins, représente néanmoins un défi supplémentaire pour la mise à l'échelle des stratégies prometteuses, et plus particulièrement à leur pérennisation au-delà de l'engagement individuel du médecin porteur de projet. En effet, comment penser le déploiement d'une collaboration à grande échelle, tandis qu'une grande partie du processus repose sur la bonne volonté et le leadership de quelques médecins et que la communauté médicale s'avère généralement réfractaire à tout cadre (juridique ou administratif) contraignant leur autonomie ? La difficulté, énoncée au départ, d'identifier des initiatives porteuses en matière de collaboration, est à cet égard fort révélatrice de l'ampleur de cet enjeu.

Concernant plus spécifiquement les stratégies proposées par les participants, l'importance de maintenir et de soutenir le **travail d'équipe** multidisciplinaire semble faire consensus. En effet, on considère ces équipes comme étant non seulement un outil essentiel à l'exercice effectif de la responsabilité populationnelle, mais aussi

un levier important pour le développement d'attitudes favorables à collaboration (en combinaison avec diverses activités de sensibilisation et modifications au cursus universitaire des futurs médecins). Pour atteindre ses objectifs, une équipe doit cependant pouvoir compter sur la fluidité des communications entre ses partenaires. Presque à l'unanimité, on considère que le développement d'outils simples et concrets misant sur les **nouvelles technologies de l'information** constitue à cet effet une stratégie à privilégier. La recherche empirique portant sur le rôle de l'implantation des TI dans les changements de pratiques tend cependant à démontrer que ces technologies sont, elles seules insuffisantes pour produire de tels changements. Elle nous invite ainsi à considérer l'implantation de telles technologies comme étant, au mieux, un des éléments constitutifs d'une stratégie efficace de changement (plutôt qu'un élément central).

Comme l'ont souligné les deux chercheurs appelés à se prononcer sur les possibilités de mise à l'échelle des stratégies proposées, le déploiement effectif d'un tel travail d'équipe est par ailleurs entravé par des obstacles institutionnels majeurs, soit le statut particulier de travailleur autonome (rémunéré par l'État) et la prédominance d'un mode de rémunération médicale (à l'acte) empêchant les médecins d'être considérés comme des partenaires au même titre que les autres professionnels de la santé et des services sociaux. L'organisation du travail d'équipe autour de modalités telles que les GMF, avec délocalisation des ressources professionnelles vers ceux-ci, constitue, selon certains, une manifestation claire de cette inégalité des partenaires. Or, si son potentiel motivateur pour la collaboration des médecins semble faire consensus chez la plupart des gestionnaires et praticiens ayant participé à cette journée, il ne faut par ailleurs pas négliger les effets potentiellement délétères de ces mesures pour le système public. Les effets à attendre de la délocalisation des professionnels sur les liens unissant les médecins aux réseaux locaux de services, et ultimement au système de santé, demeurent en ce sens ambigus : tandis que certains tendent à voir les ressources professionnelles déplacées comme des médiateurs permettant de renforcer ces liens, d'autres, comme Marie-Claude Prémont, considèrent plutôt le transfert de ressources publiques vers des organisations privées non imputables comme nuisible à une réelle participation des médecins aux réseaux. En ce sens, une certaine vigilance semble nécessaire quant aux effets de la délocalisation des professionnels sur les liens unissant les médecins aux RLS, et ultimement au système de santé.

L'autonomie importante dont disposent les médecins conduit également à poser la question de l'utilisation des mesures de performance et autres données probantes comme levier d'action efficace. En effet, bien que l'importance de la production et de la diffusion de telles données pour la mise à l'échelle des initiatives prometteuses semble faire consensus chez les participants, certaines divergences quant aux modalités de leur application demeurent : tandis que les gestionnaires tendent à se représenter ces données comme des outils de gestion qu'ils peuvent mobiliser afin de favoriser la mobilisation des médecins (à travers l'acquisition et le maintien de la confiance), la perspective médicale sur la question semble davantage l'envisager comme un outil d'autorégulation de la pratique professionnelle. Outre ces divergences, notons par ailleurs les limites de l'utilisation de telles données comme instruments de changement. L'expérience montre en effet que les évidences scientifiques n'entraînent pas systématiquement le changement, comme en témoigne de manière éloquent l'exemple québécois du renforcement potentiel du rôle des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en première ligne. Il

apparaît donc que la production et la diffusion de données et mesures, tout comme l'implantation des TI, peuvent être considérées, au mieux, comme une condition nécessaire, mais insuffisante, à la collaboration et à sa mise à l'échelle.

La mise à l'échelle des initiatives et stratégies prometteuses rencontre en fait de grands défis à d'autres niveaux, eu égard notamment aux rapports de collaboration entre médecins et gestionnaires. Au cours de la journée, les intervenants ont insisté tour à tour sur l'importance de la cogestion, d'un soutien mutuel entre médecins et gestionnaires ou, à tout le moins, du soutien du système aux initiatives médicales, révélant ainsi un consensus quant à la nécessité d'un certain niveau de collaboration clinico-administrative pour la conception et la mise en place de projets porteurs, mais aussi pour leur diffusion et leur pérennisation. On doit cependant prendre garde à ne pas confondre les termes employés (cogestion/soutien mutuel/soutien administratif), qui comportent des implications profondément différentes quant aux rapports de mutualité attendus entre les parties. Cependant, bien qu'on aborde la cogestion comme un facteur facilitant pour les trois initiatives présentées, on réfère davantage, au moment de proposer des stratégies concrètes, au soutien administratif des initiatives médicales. Conséquemment, les stratégies proposées à cet égard sont plutôt à sens unique, comportant des implications surtout pour les gestionnaires du système : soutien actif aux initiatives médicales, à leur documentation et à leur diffusion. Or, certaines expériences internationales de cogestion montrent que leur succès repose en grande partie sur une formation adéquate des médecins, les préparant à participer activement et efficacement à la gestion.

De manière plus fondamentale, le développement effectif de réelles pratiques de cogestion semble aussi entravé par des désaccords, ou sujets de controverse, importants entre le monde de la pratique médicale et celui de la gestion. Ces divergences sont elles-mêmes ancrées dans une différence marquée quant à la conception des **objectifs** à atteindre, les gestionnaires apparaissant plus naturellement prompts à évoquer la santé de la population que les médecins, qui ont d'abord à répondre aux besoins de leurs patients. Considérant l'existence d'un **projet commun** comme une condition essentielle à la collaboration, ces divergences posent donc certains défis en ce sens. Une révision des modes de rémunération semble faire partie de la solution. En effet, la plupart des intervenants semblent s'entendre pour dire qu'une rétribution faisant une plus grande place au paiement par capitation (par patient) permettrait de réconcilier plus facilement les impératifs quotidiens de la pratique médicale à l'atteinte d'objectifs de santé populationnelle.

Ces divergences quant aux objectifs posent par ailleurs la question des mesures de performance appropriées, ou des données qui doivent être considérées comme probantes, pour appuyer la pérennisation et la généralisation des différentes initiatives. Plus fondamentalement, elles obligent à réfléchir et à discuter de la notion d'**imputabilité**. D'aucuns proposent d'articuler cette réflexion autour des trois questions suivantes : 1) qui est imputable, le médecin ou l'équipe? ; 2) envers qui, le patient, la population, le Ministère? et enfin 3) pour quoi, les activités ou les résultats de santé?

## Programme de la journée

### Comité scientifique de la journée thématique

#### CO-RESPONSABLES

**François Aubry**, professeur, Département de travail social, Université du Québec en Outaouais et chercheur, Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

**Nassera Touati**, professeur, École nationale d'administration publique, et chercheuse, Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

#### MEMBRES

**Yves Couturier**, professeur titulaire, École de travail social, Université de Sherbrooke, et titulaire, Chaire de recherche du Canada sur les pratiques professionnelles d'intégration de services en gérontologie

**Suzanne Deshaies**, agente de planification, de programmation et de recherche, Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

**Serge Dumont**, médecin de famille et chargé d'enseignement clinique responsable local de l'externat et de la recherche, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

**Sylvie Guibert**, coordonnatrice 1re ligne, Direction des services généraux et spécifiques, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

**Julie Nicolas**, directrice, Réseau alternatif et communautaire des organismes en santé mentale de l'Île de Montréal

**Claude Riendeau**, cadre supérieur local de santé publique, des soins infirmiers et de l'enseignement, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

**Isabelle Samson**, vice-présidente, Association médicale du Québec, et médecin de famille, La Cité Médicale Charlesbourg et CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Deena White**, professeure titulaire, Département de sociologie, Université de Montréal, et directrice scientifique, Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

### 9 DÉCEMBRE 2015

#### LA PARTICIPATION DES MÉDECINS AUX RÉSEAUX DE SERVICES : MISER SUR UNE ÉTROITE COLLABORATION

##### *Mot de bienvenue*

**François Aubry**, professeur, Département de travail social, Université du Québec en Outaouais et chercheur, Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

##### *Conférence d'ouverture – Le point de vue du ministère sur les réseaux de services ainsi que sur la collaboration des médecins à ces réseaux*

**Dr Antoine Groulx**, directeur de l'organisation des services de première ligne intégrés, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

#### COLLABORATION EN RÉSEAU : QUELS ENJEUX?

##### *Table ronde – La collaboration entre les médecins et les différents acteurs selon plusieurs points de vue*

**Dre Maxine Dumas-Pilon**, présidente, Collège québécois des médecins de famille et professeure adjointe, Département de médecine de famille, Université McGill

**Robert Dubuc**, président, Regroupement des services d'intervention de crise du Québec

**Daniel Corbeil**, président-directeur général adjoint, Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides

#### QUE POUVONS-NOUS TIRER DES EXPÉRIENCES VÉCUES?

##### *Des expériences en matière de collaboration en réseau*

**Dr Samuel Blain | Équipe d'intervention en santé de proximité de Trois-Rivières**

**Dre Josette Castel | Clinique Spot – Québec**

**Dr Alexandre Messier | RLS de Bordeaux-Cartierville – Saint-Laurent**

Discutants

**Dre Isabelle Samson**, vice-présidente, Association médicale du Québec, médecin de famille, La Cité Médicale Charlesbourg et CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Dr Bertrand Bissonnette**, Département régional de médecine générale (DRMG) des Laurentides

##### *Les technologies de l'information et outils qui favorisent la collaboration dans les réseaux*

**Roch Beauchemin**, conseiller stratégique, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

## QUELLES CONDITIONS ET QUELLES STRATÉGIES FAVORISENT LA PARTICIPATION DES MÉDECINS AUX RÉSEAUX DE SERVICES?

### *Atelier en sous-groupes*

En s'inspirant des conférences, cas et témoignages présentés en avant-midi ainsi que de la grille de notes, il y aura discussion en petits groupes sur les facteurs qui favorisent la participation des médecins à des réseaux.

### *Facteurs favorisant la participation des médecins et pistes de solution*

### *Table ronde – Comment aller au-delà des expériences locales?*

**Marie-Claude Prémont**, professeure titulaire, École nationale d'administration publique

**Raynald Pineault**, chercheur titulaire, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal

Commentaires du Dre Samson et du Dr Bissonnette et période d'échanges et de questions avec les participants.

### *Bilan des apprentissages et mot de la fin*

**Nassera Touati**, professeure, École nationale d'administration publique, et chercheuse, Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Animation de la journée : **Dre Mélissa Généreux**, directrice de santé publique, CIUSSS de l'Estrie/Direction de santé publique et professeure adjointe, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke

## Les carnets synthèses InterActions

Les carnets synthèses du centre de recherche et de partage des savoirs InterActions consistent en une série de publications vulgarisées, fondées sur des travaux de recherche, documentaires ou autres. Un de ses principaux objectifs est d'offrir une publication accessible et solide au plan scientifique qui pourra servir d'outil de référence ou de recherche pour les milieux universitaires et non universitaires.

### Pour nous joindre

InterActions, centre de recherche et de partage des savoirs  
11 822, avenue du Bois-de-Boulogne  
Montréal (Québec) H3M 2X7  
interactions.bcstl@ssss.gouv.qc.ca  
514 331-2288 poste 4041

InterActions

InterActions

Centre de recherche et de partage des savoirs  
CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal

[www.centreinteractions.ca](http://www.centreinteractions.ca)

ISSN 2291-594X