

Optimiser les GMF : vers une collaboration interprofessionnelle intégrée et centrée sur l'utilisateur

Nancy Côté, Ph. D.

Yasmine Frikha, M. Erg.

Andrew Freeman, erg., Ph. D.

Université Laval, VITAM – Centre de recherche en santé durable

FAITS SAILLANTS

- Le modèle dominant de l'**inscription** obligatoire à un unique professionnel de la santé **limite la capacité de prise en charge des cliniques interprofessionnelles**, impactant l'implication, la contribution et l'optimisation des rôles des autres professionnels de la santé et des services sociaux.
- La **stabilité des équipes** et les **interactions sur une base régulière** entre les professionnels sont des facteurs critiques pour favoriser l'optimisation des rôles professionnels.
- Les modèles interprofessionnels innovants nécessitent des **compétences spécifiques** et de **nouveaux rôles** pour assurer la coordination, la pertinence et la continuité des soins.
- Les cliniques interprofessionnelles doivent miser sur une **meilleure intégration du social et de la santé** pour accroître l'accès et mieux répondre aux besoins complexes des usagers.
- La **pertinence**, l'**accessibilité** et la **disponibilité** des **données** sont essentielles pour **évaluer l'efficacité** des modèles et guider les décisions organisationnelles.

PROBLÉMATIQUE

Au Canada, les réformes des soins primaires ont conduit à la mise en œuvre de modèles interprofessionnels pour améliorer l'accès, l'intégration et la prévention dans les soins aux patients (1). Ces réformes ont mené à la création des groupes de médecine de famille (GMF) au Québec, qui est un **modèle interprofessionnel de première ligne** au sein d'un espace physique partagé où une équipe interprofessionnelle collabore avec les médecins de famille dans un même point de service. Ce modèle requiert l'optimisation des rôles professionnels, soutenue par une collaboration interprofessionnelle accrue pour que les soins soient prodigués par « le bon professionnel au bon moment » (2).

Malgré le développement des GMF, une proportion considérable de la population n'a toujours pas accès à un médecin de famille ou à des services psychosociaux, et les services d'urgence des hôpitaux sont engorgés (3). Il est donc important de mieux comprendre le fonctionnement des modèles interprofessionnels colocalisés en première

ligne afin d'identifier les éléments qui contribueront à mieux répondre aux besoins des populations au Québec et ailleurs.

L'analyse suivante se base sur les résultats du projet Archimède (4) qui évalue un modèle interprofessionnel dans un GMF, ainsi que sur une étude de portée sur les modèles interprofessionnels en première ligne qui ont comme caractéristique de s'exercer dans un espace physique partagé (5).

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Inscription obligatoire à un unique professionnel limite la capacité de prise en charge des cliniques

Dans le cadre du modèle GMF, l'inscription obligatoire au médecin met une **pression importante sur les médecins** dans un contexte où ils ne sont pas suffisamment nombreux pour répondre à la demande, et où la complexité de certaines problématiques requiert des expertises complémentaires. La présence de professionnels de la santé complémentaires **ne permet pas d'améliorer l'accès à la clinique**, puisque le nombre d'usagers inscrits ne dépend que de la capacité de prise en charge du médecin. Ces mêmes limites se répèteraient pour l'inscription unique à tout autre type de professionnel. En ce sens, la contribution des autres professionnels est limitée, ce qui **freine l'accès aux services autres que médicaux**.

L'inscription **collective** à une équipe interprofessionnelle est une avenue envisagée pour résoudre les problèmes d'accès, mais cela soulève des questions au sujet de la **responsabilité** des professionnels quant à la **continuité des soins**. Cette question est importante et doit être au centre des réflexions.

Stabilité des équipes et interactions fréquentes nécessaires pour l'optimisation des rôles

L'optimisation des rôles professionnels repose sur la **connaissance et la compréhension mutuelle des champs d'expertise**. Bien que les rôles professionnels soient définis formellement (au sein de la profession et des GMF), une partie de la définition des rôles reste informelle. Il existe une **variabilité** dans la manière d'exercer son rôle qui est liée à la composition des équipes, mais aussi aux **expériences et aux intérêts spécifiques des professionnels**.

Pour cette raison, les professionnels ont besoin de mieux connaître les rôles de chacun et d'apprendre à travailler ensemble, ce qui requiert des **échanges sur une base régulière** à la fois **formels** (par des rencontres interprofessionnelles et des outils comme le dossier médical électronique (DMÉ) partagé) et **informels**. Les échanges informels, facilités par la présence des professionnels dans un espace physique partagé, permettent de développer une **relation de confiance** entre professionnels et une bonne **cohésion d'équipe**. Ainsi, pour obtenir une stabilité dans le partage des rôles et les services offerts, une **stabilité des équipes est primordiale**.

Bien qu'avantageuse, le partage d'un espace physique n'est pas l'unique solution; l'essentiel pour optimiser les rôles et le modèle interprofessionnel réside plutôt dans la **connexion et la possibilité d'interactions régulières** entre les professionnels. D'autres modèles interprofessionnels existent et devraient être réfléchis au regard de la complexité des problématiques de la population desservie (4).

Compétences spécifiques requises pour travailler en contexte innovant

Travailler au sein d'un contexte innovant comme celui du modèle Archimède présente de nombreux défis qui demandent de la **flexibilité**, de l'**autonomie** et de l'**engagement** de la part des professionnels.

Cela requiert d'autres **compétences** qui ne relèvent pas uniquement du domaine clinique pour leur permettre **d'organiser leur travail**, de **collaborer** avec les autres professionnels ainsi que de prendre en considération les enjeux organisationnels et d'autres parties prenantes (p. ex. gestionnaires, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)) qui influencent les pratiques professionnelles.

Cette question de compétences soulève deux enjeux principaux : celui du **recrutement des professionnels** au sein de ces modèles, ainsi que celui de la **formation et du développement des compétences non cliniques**.

Concernant le recrutement, la **logique syndicale** actuelle est ancrée dans une **logique de qualification**, validant un éventail de compétences professionnelles reliées à l'acquisition d'un diplôme dans une discipline. Cette logique présente **quelques limites** pour recruter des professionnels dans un contexte innovant, car elle ne permet pas de prendre en compte les compétences non cliniques.

Le développement de **rôles** spécifiques liés à la **coordination des équipes et des services** est essentiel pour faciliter le travail interprofessionnel et assurer la pertinence et la continuité des soins. Le projet Archimède a, en effet, révélé l'importance du rôle de coordination pour faciliter la collaboration interprofessionnelle, développer des pratiques d'optimisation des rôles, transmettre les valeurs et la vision commune du modèle et assurer la formation des professionnels et agentes administratives. Les pratiques de **mentorat** par des professionnels plus expérimentés ont également joué un rôle crucial dans le développement des compétences.

Intégration limitée du social dans les modèles interprofessionnels

Les professionnels des services sociaux (p. ex. travailleurs sociaux, psychologues) et les professionnels des autres secteurs de la santé (p. ex. réadaptation) ne sont **généralement pas intégrés** dans les **prises de décisions** quant à l'organisation du travail au sein des cliniques et sont **sous-représentés** dans les réflexions sur l'organisation des soins en première ligne.

Par conséquent, il est difficile d'utiliser adéquatement l'ensemble des champs d'expertise des professionnels et d'optimiser leurs rôles, ce qui se répercute sur la prise en compte de l'ensemble des besoins des usagers dans une perspective **biopsychosociale**.

Pertinence, accessibilité et disponibilité des données d'évaluation des modèles

Développer les modèles interprofessionnels requiert de réfléchir aux **indicateurs** les plus pertinents pour la population ainsi que pour les professionnels, et les plus efficaces quant à l'utilisation des coûts des services de santé et des services sociaux. Ces indicateurs doivent s'accompagner de méthodes de **reddition de compte et de collecte de données** adéquates. À l'heure actuelle, l'évaluation de l'utilisation et des coûts des services de santé est **restreinte à la logique de facturation à l'acte** (notamment médical) et ne permet pas de rendre compte des pratiques de tous les professionnels de la santé au sein des modèles interprofessionnels.

En dehors du DMÉ, qui n'a pas été conçu dans cette logique de reddition de compte et ne peut donc être considéré comme fiable pour cet objectif, **il n'y a pour l'instant pas d'autre outil** pour apprécier l'utilisation des services des autres professionnels de la santé et des services sociaux. Il devient ainsi nécessaire de **développer de nouveaux systèmes** de suivi des données accompagnant le développement de modèles interprofessionnels.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Ces constats permettent de mettre en lumière les éléments clés à considérer dans l'analyse du fonctionnement du modèle GMF ainsi que dans le développement de nouveaux modèles interprofessionnels. Toutefois, il est essentiel de prendre en considération d'autres enjeux qui viennent fortement influencer le fonctionnement des modèles :

- La cohabitation de la logique privée et publique inhérente au modèle GMF;
- La cohabitation de différentes logiques professionnelles, des disparités dans la définition formelle de leur contribution dans les soins primaires et des responsabilités différentes;
- Les différences de pouvoir et de représentation des différents groupes professionnels aux instances de gouvernance politique, organisationnelle, et à l'échelle des cliniques;
- Le défi d'intégrer des citoyens et des usagers partenaires dans les instances de gouvernance.

En ce sens, la **coproduction** des services permettrait de tenir compte de ces multiples enjeux en incluant l'ensemble des acteurs impliqués dans la définition et l'opérationnalisation des services. La coproduction permet de créer des services plus flexibles et efficaces et est basée sur le principe de la participation démocratique et de **l'implication d'acteurs habituellement non représentés** (6). Il est particulièrement essentiel d'intégrer les professionnels de toutes disciplines ainsi que les usagers dans la conception, l'implantation et la coordination des modèles de soins innovants en santé et services sociaux.

RÉFÉRENCES

1. Aggarwal, M. et, Hutchison, B. (2012). Toward a primary care strategy for Canada. Ottawa (CA) : Canadian Foundation for Healthcare Improvement.
2. Nelson, S., Turnbull, J., Bainbridge, L., Caulfield, T., Hudon, G., Kendel, D. et al. (2014). Optimizing scopes of practice : New models of care for a new health care system. Ottawa (CA): Canadian Academy of Health Sciences.
3. Plourde, A. (2022). Bilan des groupes de médecine de famille après 20 ans d'existence : un modèle à revoir en profondeur. Montréal : Inst Rech Inf Socioéconomiques, p. 1-25. <https://iris-recherche.qc.ca/publications/bilan-des-groupes-de-medecine-de-famille-apres-20-ans-dexistence-un-modele-a-revoir-en-profondeur/>
4. Côté, N., Freeman, A., Jean, E., Dumont, S., Laberge, M. et Duhoux, A. et al. (2022). Projet pilote Archimède : les facteurs contributifs à l'optimisation du travail d'équipe - Enjeux d'optimisation des rôles professionnels, de collaboration interprofessionnelle et d'accessibilité à des soins et des services de santé. VITAM.
5. Frikha, Y., Freeman, A. R., Côté, N., Charette, C. et Desfossés, M. (2024). Transformation of primary care settings implementing a co-located team-based care model : A scoping review. *BMC Health Services Research*, 24(890):1-25. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11291-7>
6. Côté, N. et, Denis, J. L. (2024). Situations of anomie and the health workforce crisis : Policy implications of a socially sensitive and inclusive approach to human resources. *Int J Health Plann Mgmt*, 39:898-905.

SOURCES SUGGÉRÉES

- Côté, N., Freeman, A., Jean, E. et Denis, J. L. (2019). Advanced practice nursing: Qualitative study of implications for family physicians' perceptions of their own work. *Canadian Family Physician*, 65(8):356-362.
- Côté, N., Jean, E., Freeman, A., Denis, J. L. (2019). New understanding of Primary Health Care Nurse Practitioner role optimisation: the dynamic relationship between the context and work meaning. *BMC Health Services Research*, 19(882):1-1

Cet avis a été produit dans le cadre d'une démarche de mobilisation des connaissances des deux Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec (IUPLSSS du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et VITAM – Centre de recherche en santé durable du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale). Il a été publié dans : *Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts.*

Cette initiative visait à dresser un état de situation des soins et des services de première ligne au Québec en regroupant les avis scientifiques de nombreux chercheurs et chercheuses dans le domaine.