

# Réorganisation des services de première ligne: Vers des groupes de soins personnalisés

Par Dr Alain Larouche le 8 décembre 2015

---

**Après les projets de loi 10, 20, 28 et 41, l'entente FMOQ/MSSS et le nouveau cadre de gestion des GMF, voici que le ministère de la Santé et des Services sociaux publie le *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille*<sup>1</sup>. Est-ce donc que tout est en place pour parler d'une véritable réorganisation des services en première ligne ? Désolé. Il manque une pièce capitale : le plan de match.**

Le document sur le programme de financement, publié le 16 novembre dernier, reprend les éléments du cadre de gestion des GMF pour définir les conditions afin qu'un GMF soit agréé par le ministre, selon une échelle qui comprend neuf niveaux. Ces conditions remplies, les modalités en vue d'obtenir un soutien professionnel du CISSS et un financement pour convenir d'une entente de services avec un ou plusieurs pharmaciens communautaires sont expliquées. Il en est de même pour obtenir un financement pour l'aménagement des locaux et le fonctionnement du GMF. Enfin, le document comprend sept fiches intitulées *Guide d'intégration des professionnels en GMF*<sup>2</sup>. Sur une page, dont le quart est occupé par un énoncé général sur le travail en équipe, identique d'une fiche à l'autre, on trouve une énumération des activités professionnelles en GMF et des exemples de conditions pour lesquelles le patient peut bénéficier d'une collaboration professionnelle entre le médecin et le professionnel. Au recto, on retrouve deux modèles de pratique existants. D'un point de vue strictement organisationnel, c'est-à-dire pour définir et actualiser l'offre de services aux patients, nous restons vraiment sur notre appétit.

## Une analogie avec le monde sportif

Si vous me permettez une analogie avec le monde sportif, c'est comme si le maire d'une ville (pdg d'un CISSS), dont la population se plaint de ne pas avoir une équipe de football, allait voir quelques quarts arrières (lire médecins de famille) résidant dans la municipalité. Il leur tiendrait ce discours : « Nous avons plusieurs athlètes (lire professionnels de la santé) qui ont déjà joué au football au collège. Plusieurs travaillent déjà pour la ville. Je vais vous les confier, je vais assumer leur salaire, je vais vous attribuer des fonds pour embaucher des joueurs autonomes (lire pharmaciens) et pour faire rouler l'équipe. J'ai appelé la ligue de football (lire le MSSS) et ils m'ont fait parvenir des fiches spécifiant le rôle de chaque type de joueurs, tant sur les unités offensive et défensive que sur les unités spéciales. SVP, organisez-vous pour que la population soit contente, achète des billets de saison (inscription) et vienne régulièrement (taux d'assiduité) assister à nos matchs locaux. »

C'est bien, mais il manque quelques « petits » détails : il n'y a pas de coordonnateur, ni pour l'offensive ni pour la défense, pas de coordonnateur pour les unités spéciales, pas d'entraîneur-chef (chef de projet), pas de cahier de jeux (système d'information) pour les tracés au sol ou par les airs (trajectoires de soins), pour la défense et les unités spéciales. Où sont les observateurs sur la passerelle pour améliorer le jeu au fur et à mesure (indicateurs) ? Où sont les statistiques avancées (résultats visés et obtenus) ? Croyez-vous vraiment au succès de cette équipe dans de telles circonstances ?

Où est l'environnement informationnel en appui à la coordination et à la continuité des activités : identification des objectifs thérapeutiques, partage des tâches, enseignement au patient, mesures d'autosoins, mesure des résultats concernant l'état de santé du patient (comorbidité) ?

## Vers des groupes de soins personnalisés (GSP) et plus performants

Les technologies d'autosoins rendent les patients de plus en plus experts et des applications spécifiques au suivi interdisciplinaire en première ligne sont à la portée des professionnels. Les nombreux responsables de GMF et les pharmaciens communautaires arrivent sans doute aux mêmes conclusions : ils doivent désormais s'organiser, en réponse aux besoins émergents d'une clientèle en recherche de soins plus adaptés à leur état de santé et à celui de leurs proches. Ils doivent aussi créer un environnement de travail performant.

« Les responsables de GMF et les pharmaciens communautaires [...] doivent créer un environnement de travail performant. C'est à ce type de milieu que les jeunes médecins et les professionnels de première ligne voudront adhérer. Là où le travail en interdisciplinarité se fait dans un contexte rigoureux, avec des outils standardisés. »

C'est à ce type de milieu que les jeunes médecins et les professionnels de première ligne voudront adhérer. Là où le travail en interdisciplinarité se fait dans un contexte rigoureux, avec des outils standardisés : trajectoires de soins selon les lignes directrices, logigrammes fonctionnels, algorithmes diagnostiques et de traitement, programmes de formation pour le suivi optimal des maladies chroniques, outils d'aide à la décision, boîtes à outils, etc.

Dans un article récent publié dans *Annals of Family Medicine*, les auteurs identifient les 10 pierres d'assise d'une organisation performante de services de première ligne (les premières étant les quatre pierres angulaires sur lesquelles reposent les six autres)<sup>3</sup> :

- Leadership engagé (*Engaged leadership*)
- Amélioration dictée par les données probantes (*Data-driven improvement*)

- Assignation des patients à un professionnel de la santé ou à une équipe (*Empanelment*)
- Soins prodigués en équipe (*Team-based care*)
- Partenariat patient/équipe de soins (*Patient-team partnership*)
- Gestion populationnelle (*Population management*)
- Continuité des soins (*Continuity of care*)
- Accès rapide aux soins (*Prompt access to care*)
- Exhaustivité et coordination des soins (*Comprehensiveness and care coordination*)
- Modernisation des soins (téléphone, Internet, télésoins, rencontres de groupe, aide à la décision) (*Template of the future*)

Au Québec, comme dans de nombreux systèmes de soins comparables au nôtre, il sera donc question de partenariat, de partage des activités, d'un véritable groupe de soins personnalisés, où les parties prenantes œuvreront davantage en complémentarité que selon une logique de contrôle. Un quart-arrière n'est rien sans un receveur de passe ou un porteur de ballon, et sans protection.

Pensons à l'atteinte des cibles thérapeutiques pour un patient diabétique, hypertendu et dyslipidémique. Les infirmières peuvent y contribuer à l'aide des ordonnances collectives : elles peuvent modifier une médication en cours à l'aide d'algorithmes adoptés par les médecins et intégrés dans l'ordonnance collective. Pour leur part, les pharmaciens peuvent prendre en charge l'atteinte des cibles thérapeutiques en vertu des modifications apportées par la Loi 41, mais en fonction des cibles établies par le médecin traitant. Qui, selon vous, est le plus apte à modifier la médication ? Il s'agit d'un exemple parmi de nombreux autres, que notre équipe de cliniciens experts a eu le privilège d'observer et pour lequel elle a pu apporter des solutions.

Je crois que la créativité et la bonne volonté des pharmaciens (propriétaires) et des médecins de famille vont donner naissance à un véritable réseau de soins et de services de première ligne qui délétera le réseau d'établissements de tâches qui devraient être effectuées en première ligne, les rendant ainsi plus aptes à remplir leur mission de deuxième et troisième lignes. N'oublions pas que la loi sur les services de santé ne demande pas au CISSS d'être responsable de la santé de la population, mais bien de coordonner à cette fin les activités du projet clinique et organisationnel du réseau local de services.

J'invite donc les collègues médecins et pharmaciens à bien réfléchir à cette situation et à penser à un plan de match pour organiser leur pratique de demain.

---

1. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-920-04W.pdf>

2. Pour les infirmières cliniciennes, les travailleurs sociaux, les pharmaciens, les nutritionnistes, les kinésiologues, les inhalothérapeutes et les physiothérapeutes.

3. The Ten Building Blocks of High-Performing Primary Care, T. Bodenheimer, A. Ghorob, R. Willard-Grace, K. Grumbach, *Annals of Family Medicine*, vol. 12, no. 2, March/April 2014

---

\* Omnipraticien, le Dr Alain Larouche est président du Groupe santé Concerto, une organisation de conseils et de services en prévention et en gestion des maladies chroniques.

---