

Les soins de santé primaires

Du savoir à l'action

 Textes : **Lyse Savard**
 Photos : **Marcel La Haye**

 Cent-quarante personnes ont participé à la 31^e édition du Colloque Jean-Yves-Rivard le 13 février dernier à l'Hôtel Hyatt Regency, à Montréal.

Le premier directeur du Département de l'administration de la santé de l'Université de Montréal (DASUM), feu le Dr Jean-Yves Rivard, aurait grandement apprécié le programme de la 31^e édition du Colloque qui lui est dédié. Depuis 1979, professeurs, décideurs, gestionnaires et professionnels de la santé se retrouvent annuellement pour discuter de problèmes non résolus et proposer des connaissances nouvelles. Cette année, une thématique brûlante d'actualité : « Les soins de santé primaires : Du savoir à l'action ». Forcément, des présentations sur l'organisation des soins et, en toile de fond, l'évolution des GMF et le mode de rémunération des médecins.

Des soins intégrés de proximité

Qui de mieux pour lancer la réflexion que le chercheur André-Pierre Contandriopoulos, qui rappelle d'emblée les problèmes du système de santé. S'appuyant sur les études du *Commonwealth Fund*, le conférencier constate que « le Québec est particulièrement jugé par sa population, dont seulement 27 % pense que le système fonctionne bien. Le système demande des transformations, il faut que ça change », poursuit-il.



André-Pierre Contandriopoulos, professeur titulaire au Département d'administration de la santé de l'École de santé publique de l'Université de Montréal.

Comment ? Son inefficacité est due à sa fragmentation. Il faut relever le défi de l'intégration des services en créant sur tout le territoire des réseaux intégrés de soins de proximité qui seront responsables de répondre aux besoins de santé de la population. « Mais si on connaît la solution aux problèmes du système de santé, pourquoi n'y arrivons-nous pas ? », s'interroge M. Contandriopoulos.

Au Québec, les initiatives d'intégration sont pourtant nombreuses et elles ne datent pas d'hier. Dès 1930, des infirmières désignées *infirmières de colonies* étaient envoyées dans des territoires nouveaux. Responsables de la santé de la population locale, elles jouissaient d'une pratique autonome, s'occupaient des accouchements et étaient rémunérées par l'État. D'autres exemples sont donnés par le chercheur : la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles qui, en 1968, est déjà un modèle de soins de proximité ; plus récemment, la Maison bleue à Montréal ; les modèles SIPA et PRISMA qui intègrent les soins destinés aux personnes âgées, mais qui n'arrivent pas à s'implanter à grande échelle ; présentement, les dispensaires en régions éloignées où la santé est prise en charge par des infirmières plus ou moins épaulées par les médecins.

Le conférencier explique : « Huit fonctions définissent les systèmes de proximité : accueillir, observer, diagnostiquer, traiter,

orienter, suivre, pallier aux conséquences des problèmes et prévenir. La responsabilité première des réseaux de proximité, poursuit le chercheur, est de véritablement accompagner dans le temps des êtres humains et de mettre la personne au centre des services de santé. »

« Alors pourquoi n'y arrive-t-on pas ? », répète M. Contandriopoulos. « Parce que l'implantation des réseaux de proximité implique une révolution culturelle, un changement de paradigme qui inverse toute la hiérarchie de légitimité et de pouvoirs du système de soins. » Et l'orateur de conclure : « L'implantation des réseaux de proximité entraînera forcément des changements où les privilégiés devront renoncer à leur privilèges ».

Où en sommes-nous ?



Roxanne Borgès Da Silva, professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Pour répondre à cette question, Roxanne Borgès Da Silva, spécialiste en organisation des soins, rappelle les quatre piliers établis par Barbara Starfield pour améliorer les soins de santé primaires : l'accessibilité, la continuité, la globalité, la coordination des soins et leur intégration. À ces quatre piliers, M^{me} Borgès Da Silva en ajoute un cinquième : la responsabilité populationnelle.

Au cours des dix dernières années, plusieurs initiatives en ce sens ont été développées au Québec : l'inscription des clientèles vulnérables, par exemple, et l'implantation de nouveaux modèles de cliniques tels les GMF et les Cliniques-réseau. À Montréal et en Montérégie, deux régions qui représentent 43 % de la population totale du Québec, 20 % des cliniques correspondent maintenant à ces nouveaux modèles.

Pour en analyser l'impact, la chercheuse se base sur trois études. Elle observe : « Le pourcentage de cliniques où les infirmières jouent un rôle plus élargi a augmenté, et ce, dans tous les modèles d'organisation de cliniques ». Quant à l'accès aux soins, elle constate que « du point de vue des cliniques, l'accès aux soins est perçu comme ayant augmenté alors que les usagers perçoivent toujours le contraire ». Et la spécialiste de conclure : « Les effets du changement sont longs à se manifester si l'on regarde l'expérience des soins et le changement des pratiques ».

De derniers... à premier



Brian Hutchison, professeur émérite au Département de médecine familiale et d'épidémiologie clinique et au Centre d'économie de la santé de l'Université McMaster.

Depuis l'an 2000, rappelle Brian Hutchison, expert en politiques de la santé, le lien entre les soins primaires et l'efficacité des systèmes de santé a été démontré. En tête de liste, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, qui se sont engagés à consolider l'accès aux soins primaires.

« Comparativement, les performances canadiennes tirent de l'arrière », déclare

poliment le chercheur ontarien. Car, pendant sa présentation, les statistiques récentes extraites des *Enquêtes internationales sur les politiques de santé du Commonwealth Fund* démontrent clairement que le Canada et le Québec sont en queue de peloton dans l'évaluation d'un grand nombre de critères de performance d'un système de santé.

Ainsi, il est quasi impossible d'obtenir un rendez-vous avec une infirmière ou un médecin dans un délai de 24 heures. Même que le Canada est au dernier rang des pays capables de donner accès à un médecin ou à une infirmière sans avoir à consulter les urgences, si ce besoin surgit ailleurs que dans les plages horaires normales de consultation. Et le Québec n'est pas en reste, s'avérant la pire province quant à la coordination des soins d'un patient, soit par son médecin régulier, soit par quelqu'un d'attaché à son cabinet. Pire encore, le Québec est dernier au chapitre de la prévention, qu'il s'agisse de rappels pour des soins préventifs, de vaccins contre la grippe, de frottis vaginaux au cours des trois dernières années, de dépistage du cancer du côlon, etc.

Pour améliorer les traitements, M. Hutchison croit essentielle une gouvernance efficace et intégrée des soins primaires au niveau local. Pour y arriver, l'engagement collectif de l'ensemble des professionnels est nécessaire. Actuellement, la gouvernance des soins est centrée sur le médecin. La transition doit s'effectuer de façon à ce que la communauté, plutôt que le médecin, soit mise au centre des soins de santé.

À la question d'un participant lui demandant s'il est possible de transformer le système sans changer le mode de paiement des médecins, le conférencier a répondu *non*. « Le mode de rémunération actuel va à l'encontre d'une dispensation des soins par une équipe multidisciplinaire », explique-t-il.

Des enjeux

À la période de questions, un participant soulève deux enjeux majeurs qui vont à l'encontre du renforcement de la 1^{re} ligne. « Premièrement, au Québec, ce qui est important, c'est l'hôpital. Deuxièmement, nous avons un problème pur et simple d'organisation parce qu'ici, il n'y a pas de formule d'organisation, nous n'avons pas de levier pour pouvoir organiser les soins de 1^{re} ligne. »

Et M. Contandriopoulos renchérit : « Sans changement de mentalité, pas de changement de structure et sans changement de structure, pas de changement de mentalité. »

Pourquoi le Dr Antoine Boivin, médecin et chercheur, a-t-il complété ses études doctorales aux Pays-Bas ? Parce qu'il est un voyageur curieux. Il voulait comprendre pourquoi les performances d'un si petit pays se distinguaient autant dans les enquêtes du *Commonwealth Fund*. Comment était-il possible d'obtenir un rendez-vous médical le jour même, que ce soit le soir ou la fin de semaine ? C'est devant un auditoire subjugué qu'il a livré ses étonnantes observations.



Dr Antoine Boivin, médecin de famille et professeur adjoint à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke.

« Aux Pays-Bas, tous les soins de base sont gratuits. Au Canada, tout ce qui est cher est gratuit », déclare le Dr Boivin. Il donne l'exemple de l'accès sans frais à une chirurgie orthopédique complexe alors qu'il faut payer les coûts d'un traitement de physiothérapie. Aux Pays-Bas, la physiothérapie tout comme la psychologie de 1^{re} ligne font partie de l'assurance de base.

Aux Pays-Bas, 96 % des programmes de santé sont gérés en première ligne. Ici, la plus large portion est attribuée aux soins hospitaliers. Aux Pays-Bas, le dossier médical électronique est généralisé, il inclut la prescription électronique (85 %) et les communications avec les spécialistes (50 %).

Aux Pays-Bas, les médecins de famille pratiquent exclusivement en 1^{re} ligne. Leur ratio est de 2 300 patients / médecin. Leur mode de rémunération est à la fois par capitation et à l'acte. Ainsi, la capitation est ajustée selon l'âge et l'indice de pauvreté de la clientèle. On peut obtenir une consultation par visite, téléphone ou courriel.

Aux Pays-Bas, les médecins de famille ont l'obligation de fournir des services 24 heures par jour, 7 jours par semaine, à la population inscrite sur leur liste « par capitation ». Pour assurer cette permanence, les médecins forment des coopératives de santé. Elles assurent un service de garde qui vient compléter l'offre de services de 1^{re} ligne à l'extérieur des plages horaires normales. La porte d'entrée est assurée par une infirmière qui procède au triage et peut consulter le dossier médical électronique du patient.

En clinique, le premier contact est la réceptionniste. Elle a suivi un cours de trois ans. Elle porte le titre d'assistante médicale. En plus des tâches administratives telles que la prise de rendez-vous et la facturation, elle procède au triage, aux prélèvements sanguins et même au Pap test. C'est une infirmière qui assume le suivi des maladies chroniques.

« Au Québec, affirme le Dr Boivin, certaines innovations sont déjà en voie d'implantation, dont une meilleure intégration des infirmières et des équipes interdisciplinaires. »

Sur le terrain



Martin Beaumont, directeur général du CSSS du Nord de Lanaudière et professeur adjoint à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Avec les maires

L'accès à des soins de santé de 1^{re} ligne peut contrer l'exode des habitants d'une municipalité. Martin Beaumont, spécialiste en administration de la santé, en apporte la preuve. Grâce à des partenariats intersectoriels, le CSSS du Nord de la Lanaudière, qui comprend 51 municipalités, constate que le modèle d'accès à une infirmière en milieu rural (IERM) peut répondre à une importante question des maires lanaudois : « Comment permettre à nos personnes âgées de vieillir chez elles ? »

« L'intersectorialité et la mobilisation du milieu sont essentielles », explique M. Beaumont. L'allocation des ressources est partagée. La municipalité fournit une salle équipée des services de base. À Crabtree, le projet s'adresse aux personnes âgées de plus de 55 ans et à leurs aidants. Après un an, un bilan convaincant pour l'IERM :

429 utilisateurs, 993 visites et 2 034 actes infirmiers... et grandement appréciés par les usagers, des services personnalisés dans leur milieu.

« Le discours de la santé populationnelle est aussi une responsabilité des municipalités. Les maires qui l'ont compris en tirent de grands bénéfices », conclut le gestionnaire.

Risque cardiométabolique



Valérie Sicard, coordonnatrice clinique, Centre de gestion des maladies chroniques, programme Action-santé, CLSC de Verdun.

Alors qu'elle était au CSSS Sud-Ouest-Verdun, Valérie Sicard participait à l'implantation de l'un des premiers programmes de prévention et de gestion du risque cardiométabolique. Composée d'une infirmière, d'un pharmacien, d'un nutritionniste, d'un kinésologue et d'un travailleur social, une équipe multidisciplinaire y soutenait les médecins de famille et travaillait auprès de la clientèle pour qu'elle adopte de meilleures habitudes de vie. « Le client développe un sentiment d'appartenance avec l'équipe de professionnels », note la clinicienne. L'un des principaux défis est de maintenir sa motivation.

Ces programmes

s'appliquent maintenant dans six CSSS de Montréal, poursuit Dominique Grimard. « Nous en mesurons les effets sur les habitudes de vie des patients, le contrôle de leur diabète et de leur HTA, la prise en charge de leur maladie chronique et l'autonomisation à l'égard de leur maladie et de leur qualité de vie. Nous sommes aussi à évaluer leur utilité pour les médecins. »



Dominique Grimard, agente de planification au sein de l'équipe ESPSS, Direction de la santé publique de Montréal.

Les châteaux forts

« Être agriculteur, c'est savoir tout faire et savoir le faire avec ce que l'on a comme outils », amorce le médecin, agronome et autrefois agriculteur. « À cause de la pénurie de personnel et du peu d'accès à la 1^{re} ligne, la demande de soins est toujours plus importante que l'offre. Pour répondre à ce contexte, les médecins se sont créés des châteaux forts qui cadrent bien avec leur sentiment d'assiégés », explique le D^r Claude Rivard. Un GMF qui restreint ses consultations sans rendez-vous (SRV) à sa clientèle inscrite est l'un des effets du château fort, dont l'impact est immédiat sur l'urgence hospitalière.



D^r Claude Rivard, médecin responsable du GMF Marguerite d'Youville et membre du bureau de la FMOQ.

Le GMF Marguerite d'Youville a « baissé le pont-levis ». Avec ses 32 000 inscriptions et ses SRV populationnels, les soins de 1^{re} ligne sont pourtant accessibles. Comment ? Une équipe multidisciplinaire composée notamment de deux IPS-SPL, de psychologues et de nutritionnistes.

L'informatisation des dossiers a facilité l'accès à l'information. Aussi, le déchetage de 50 000 dossiers a permis de réaménager de l'espace et d'intégrer d'autres professionnels à l'équipe interdisciplinaire. Grâce à l'achat d'un nom de domaine, 50 % des contacts avec les patients se font maintenant par courriel. « Nous avons cessé d'avoir une mentalité d'assiégés. Le changement s'est fait avec des gestes simples et des outils que nous avons déjà », termine le D^r Rivard.

Qu'en dit le MSSS ?



Dr Antoine Groulx, directeur de l'Organisation des services de première ligne intégrés du MSSS et professeur agrégé de clinique, Université Laval.

Depuis janvier 2013, le Dr Antoine Groulx est directeur de l'organisation des services de 1^{re} ligne intégrés du MSSS. « Les GMF sont l'adaptation québécoise des centres de médecine de famille », rappelle-t-il. Ces regroupements volontaires rassemblent 4 000 médecins. On compte 256 GMF accrédités au Québec sur

630 sites cliniques. « Mais pour le patient, observe le Dr Groulx, la notion de 1^{re}, 2^e ou 3^e ligne ne veut rien dire. Nous devons viser la complémentarité et la fluidité des services dans un souci de continuité. »

« Actuellement, un patient peut-il véritablement voir son médecin ? », poursuit le directeur. Il souligne la mise en place de Guichets d'accès pour la clientèle orpheline, l'accréditation d'une cinquantaine de cliniques-réseau pour faciliter l'accès SRV à des services de 1^{re} ligne et l'augmentation des IPS-SPL dans les équipes. « Le Ministère travaille pour intégrer les professionnels en interdisciplinarité », affirme-t-il. Quant au dossier médical électronique, de plus en plus de médecins y adhèrent.

Le Dr Groulx conclut que l'organisation de la 1^{re} ligne doit se baser sur des données probantes, qu'elle doit innover, être évaluée et être patient-centriste. Comparativement au GMF, il souligne que le modèle de clinique-réseau évolue et qu'un nouveau modèle appelé « Unité d'accès populationnelle » (UAP) suscite de l'intérêt.

Client et propriétaire

Saviez-vous que les autochtones de l'Alaska gèrent leur propre système de santé ? Créée en 1982, la *Fondation South Central* appartient à l'Alaska Native Health, un regroupement de 65 différentes tribus. Son budget est de 227 millions US\$. Mille six cents employés, répartis sur 27 sites, y travaillent. Avec ses 64 000 clients propriétaires, cette organisation est unique au monde.

D'un système « docteur-centriste », ils ont placé la famille au centre de leurs priorités. L'emphase est mise sur le bien-être de la personne dans son intégralité, soit son bien-être physique, mental, émotionnel et spirituel. L'accès aux soins primaires est optimisé. Le client-propriétaire participe activement au développement des programmes et des services. Un comité consultatif d'aînés, par exemple, se penche sur la direction des services et l'intégration de médecines traditionnelles.

Cette collaboration s'inscrit dans l'esprit « Nuka » qui est aussi le nom de leur modèle de soins. Non seulement se préoccupe-t-on du bien-être des clients, mais aussi de celui des employés de l'organisation. « It's really all about relationship », conclut Karen McIntire.



Karen McIntire, directrice du développement organisationnel, South Central Foundation, Alaska.



Peggy Porter, infirmière et conseillère en amélioration des soins infirmiers, South Central Foundation, Alaska.



Dr Réjean Hébert, à cette date ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Les GMF

Pour migrer d'un système hospitalo-centriste vers un système axé sur la communauté, le ministre rappelle trois éléments stratégiques proposés par son gouvernement : agir en prévention, améliorer les soins à domicile par l'instauration d'une assurance-autonomie pour les personnes âgées et faciliter l'accès aux soins de 1^{re} ligne.

« Cette 1^{re} ligne est développée autour des GMF, le modèle doit être optimisé », observe le Dr Réjean Hébert. Les GMF doivent devenir des groupes multidisciplinaires où l'on retrouve infirmières, IPS-SPL, et aussi travailleurs sociaux, nutritionnistes, psychologues, pharmaciens et kinésithérapeutes. Une meilleure collaboration entre CSSS et GMF est souhaitable pour permettre de localiser certaines ressources dans les GMF et ainsi

faciliter l'accès aux soins primaires en interdisciplinarité.

« Pour un développement de soins de 1^{re} ligne efficaces, le cadre de gestion des GMF devrait rendre sa formule plus souple », croit le Dr Hébert. Une proportion importante de GMF n'atteint ni le nombre de personnes inscrites ni le nombre d'heures de services proposé. « Encore un million et demi de Québécois n'ont pas accès à un médecin de famille. Depuis un an, 223 000 personnes ont été orientées par le Guichet d'accès », précise-t-il.

Table ronde

Les professionnels s'impliquent ?



Les présidentes et président des ordres professionnels en table ronde.

De par leur rôle respectif, plusieurs professions dispensent des soins primaires. Toutes sont concernées par les difficultés d'accès. Qui de mieux placé que les présidents des ordres professionnels pour discuter des enjeux, proposer des solutions ou peut-être défendre leurs intérêts ?



Lucie Tremblay,
présidente-directrice
générale de l'Ordre des
infirmières et infirmiers
du Québec.

Les infirmières

« Dans notre système très hiérarchisé, la porte d'entrée aux soins passe par le médecin. On pourrait créer beaucoup plus de fluidité en utilisant mieux les infirmières », affirme Lucie Tremblay. Elle donne comme exemple « le bon sens à la suédoise » où le système permet à un patient de rencontrer sans attendre une infirmière, qui le dirige ensuite vers les services nécessaires.

Comment atteindre le succès ? « En plaçant les bonnes personnes aux bons endroits, répond la présidente. Une infirmière peut procéder rapidement à l'évaluation de la condition de santé d'un patient et coordonner ensuite les services dont il a besoin. »

« Communication est le mot clé, poursuit l'infirmière qui conclut par une question : "Comment se fait-il qu'au Québec ces changements prennent autant de temps ?" »



Diane Lamarre,
ex-présidente de l'Ordre
des pharmaciens du
Québec.

Les pharmaciens

« S'adapter à la trajectoire des soins pour répondre aux besoins du citoyen et du patient est l'un des éléments clés pour améliorer l'accès aux soins », explique Diane Lamarre. Il faut aussi mobiliser les professionnels de la santé, car le manque de valorisation provoque une attitude défaitiste. « Aucune stratégie ne peut remplacer la motivation du personnel de la santé », croit l'ex-présidente.

Donnant comme exemple la politique du médicament, elle déplore qu'à chaque changement de gouvernement, tout soit à recommencer. « Pourquoi les plans de santé primaire n'intègrent-ils jamais le pharmacien ? » Un paradoxe selon elle, car pour le patient, le pharmacien est présentement le premier « accès » auquel il se réfère.

« Il y a des dommages à la non-accessibilité aux soins, et nous avons tous la responsabilité collective de les rendre accessibles », conclut la pharmacienne.



D^r Charles Bernard,
président-directeur général
du Collège des médecins
du Québec.

Les médecins

« Le Collège des médecins et les médecins sont proactifs dans le dossier des soins primaires », déclare le D^r Charles Bernard. « Le Collège des médecins est le garant de la qualité des soins de santé et nous allons le rester », défend le président, malgré les piètres performances du *statu quo* quant à l'accès aux soins.

Lois 90, 21 et 41 : il rappelle que les soins de santé sont très réglementés au Québec. « Les infirmières praticiennes spécialisées sont des initiatives pour améliorer la situation », affirme-t-il.

S'il est vrai que l'accessibilité est un enjeu très important, il souligne aussi l'importance de la formation et de la qualité de la formation. « Les actions du Collège pour améliorer l'accès ? Nous regardons les activités partageables », résume le médecin.



Rose Marie Charest,
présidente de l'Ordre des
psychologues du Québec.

Les psychologues

« Si vous dites que les médecins se sentent assiégés par une trop grande demande de soins, ils ne sont certainement pas heureux au travail », remarque Rose-Marie Charest. « Quand quelqu'un devient défensif, n'est-ce pas un problème auquel il faut s'attarder ? », questionne-t-elle.

Pour améliorer l'accès aux soins primaires, la présidente se demande ce que les professionnels pourraient faire ensemble. « Ce que l'on mesure peut s'améliorer. Ce que l'on fait bien peut être répété », rappelle-t-elle. « Alors pourquoi au Québec s'est-il installé une mentalité qui prône que pour être bon, il faut être le seul à être bon ? La réelle interdisciplinarité, poursuit-elle, c'est de travailler efficacement parce qu'on est un groupe. » Elle ajoute que « si entre professionnels, on peut se faire confiance, alors on va pouvoir réellement s'entraider ».

La présidente profite de l'occasion pour dénoncer le système à deux vitesses en santé mentale, nombreux étant les services payés par la clientèle. « Il faut mettre le patient au cœur de nos préoccupations », termine la psychologue.

250 000 \$

*pour mieux
soigner*

Merci

Les infirmières et infirmiers du CSSS du Nord de Lanaudière remercient la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour la subvention *Pour mieux soigner* de 250 000 \$ qu'elle leur a accordée. Ces fonds permettront de financer la **mise en place de la première équipe de consultation infirmière de proximité du Québec**. Les infirmières y joueront un rôle élargi : évaluation et coordination de soins, éducation et application d'ordonnances collectives. Les premiers patients seront accueillis à l'automne 2014, au CLSC de Saint-Gabriel. Ce modèle pourrait ensuite être exporté vers d'autres régions et milieux cliniques.

Pour en savoir plus sur le programme de subvention *Pour mieux soigner* ou pour faire un don, visitez le fondationoiiq.org

Centre de santé et de services sociaux
du Nord de Lanaudière



Affilié à  UNIVERSITÉ
LAVAL



Fondation de l'Ordre
des infirmières et
infirmiers du Québec

*Pour mieux
soigner.*



**NOUVELLE
ÉDITION**

**DISPONIBLE DÈS
MAINTENANT !**

50,99 \$ (étudiants et membres)

56,66 \$ (autre clientèle)

Ce cahier d'activités comprend plus de 90 questions ouvertes à réponses courtes, accompagnées du corrigé, permettant à l'étudiant inscrit dans un programme de formation infirmière au collège ou à l'université de se familiariser avec le contenu et la forme de l'examen. Cette nouvelle édition est adaptée au nouveau format, soit exclusivement écrit, de l'examen.

POUR COMMANDER

Téléchargez le bon de commande dans notre répertoire des publications sur oiiq.org

Renseignements

Vente des publications OIIQ
514 935-2501 ou 1 800 363-6048
ventepublications@oiiq.org