

Sur la voie du changement :
**Pistes à suivre pour restructurer
les services de santé de première
ligne au Canada**

Message de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé

Octobre 2003

Trouver de nouveaux ou de meilleurs moyens d'offrir les services de santé est une priorité pour les décideurs du Canada. Améliorer notamment la façon d'organiser et d'offrir les services de santé de première ligne est une question importante pour les gestionnaires, les responsables des politiques, les cliniciens, les chercheurs et l'ensemble de la population canadienne.

C'est pourquoi, en 2001, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé a chargé une équipe de chercheurs de préparer une synthèse des politiques sur les services de première ligne. Cette équipe a étudié les modèles de soins de santé primaires au Canada et dans le monde, examiné toutes les études pertinentes sur la question et consulté un certain nombre de spécialistes.

Le débat sur les mérites et les défauts des divers moyens d'organiser et de prodiguer les services promet d'être chaud et l'examen des améliorations recommandées encore plus. Nous espérons que le rapport de Paul Lamarche et de ses collègues ajoutera au débat sur l'orientation et les mesures qu'il faudrait prendre au Canada.

Ce document contient les principaux messages, un sommaire et le rapport de l'équipe de recherche. On y trouve aussi les commentaires de deux grands spécialistes du domaine travaillant tant dans le milieu de la recherche que dans le milieu décisionnel.

Les annexes contiennent un complément d'information qui intéressera surtout les chercheurs et portant notamment sur la taxonomie des modèles de services de première ligne (Annexe 1), l'analyse des effets associés à ces modèles (Annexe 2) et les stratégies de conversion (Annexe 3). Ces annexes se trouvent sur le site web de la FCRSS (www.chsrf.ca) à la rubrique *Documents et rapports*; on peut également se les procurer en copie papier (nombre limité) auprès de la Fondation.

Nous espérons que ce rapport donnera une intensité nouvelle au débat sur l'avenir des services de première ligne au Canada, sur l'utilité de la recherche et sur les questions restées jusqu'à ce jour sans réponse.



Louise Lapierre
Agente principale de programme
Programmes de recherche



David Clements
Agent principal de programme
Transfert de connaissances

Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada

Rapport soumis aux partenaires :

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé

Ministère de la Santé et du Bien-être du Nouveau-Brunswick

Ministère de la Santé de la Saskatchewan

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Santé Canada

Par l'équipe de chercheurs suivante :

Paul A. Lamarche¹

Marie-Dominique Beaulieu^{2,3}

Raynald Pineault^{1,2}

André-Pierre Contandriopoulos¹

Jean-Louis Denis^{1,4}

Jeannie Haggerty^{2,3}

Collaborateurs :

Danielle Larouche^{1,2}

Linda Cazale⁵

Robert Geneau¹

Jean-Marc Jalhay¹

Ronald Lebeau^{2,3}

Asmae Moursli¹

Michèle Perron¹

Ghislaine Tré¹

Révision par :

Marylise Chauvette

Novembre 2003

Les points de vue exprimés dans ce document ne reflètent pas nécessairement les politiques officielles des gouvernements qui ont appuyé financièrement la production du rapport.

¹ Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal

² Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

³ Chaire Dr Sadok Besrouer en médecine familiale, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

⁴ Chaire FCRSS GETOS, Université de Montréal

⁵ Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine

Table des matières

Messages principaux	1
Sommaire	2
Contexte et approche	4
1. Organisation des services de santé de première ligne	4
2. Modèles d'organisation des services de santé de première ligne	5
3. Effets associés aux modèles d'organisation des services de première ligne	5
4. Stratégies de transformation	7
Taxonomie des modèles de services de santé de première ligne	8
1. Modèles professionnels de services de santé de première ligne	8
2. Modèles communautaires de services de santé de première ligne	9
Effets associés aux modèles	11
1. Résultats par rapport aux effets	11
2. Résultats par rapport aux modèles	13
3. Sélection de modèles	14
4. Combinaison optimale de modèles	15
5. Conclusion	15
Stratégies de transformation	16
1. Dimensions du changement	16
2. Analyse des transformations	16
3. Conclusion	17
Scénarios de transformation des services de santé de première ligne	18
1. Scénario 1 : Le changement de type convergent	18
2. Scénario 2 : Le changement de type radical	18
3. Scénario 3 : Le changement de type radical progressif	19
Recommandations	20
1. Modèles d'organisation privilégiés	20
2. Mise en œuvre des modèles d'organisation	21
3. Stratégies de transformation	23
4. Priorités de recherche	23
Aperçu général des trois annexes*	25
En raison de l'ampleur et de la pertinence de la recherche, le lecteur est invité à consulter les annexes pour se familiariser davantage avec la méthodologie et les approches utilisées en vue de produire la présente synthèse. Ces annexes sont disponibles sur demande auprès de la FCRSS.	
* (Voir chacune des trois annexes pour la bibliographie complète.)	
À la poursuite de la première ligne	27
Commentaire sur le présent rapport	33

Messages principaux

Beaucoup de Canadiens sont à repenser les modes d'organisation et de prestation des services de santé de première ligne au Canada. Plusieurs modèles différents sont proposés et il importe d'établir pourquoi, comment et dans quelles circonstances un modèle peut s'avérer préférable à un autre ou quand un amalgame de modèles peut sembler mieux indiqué. En ce sens, le présent rapport s'avérera utile à tous les intéressés qui cherchent réponse à ces questions, y compris les gestionnaires de la santé, les politiciens, les praticiens, les élus et le public.

Se fondant sur une solide méthodologie et sur une recherche exhaustive, le document fait état des avantages et des lacunes propres à divers modèles d'organisation des services de santé de première ligne. Le contenu du rapport intéressera tout particulièrement les décideurs puisqu'il propose diverses approches pour rendre ces services les plus efficaces, pertinents et rentables possible dans le contexte canadien actuel. Voici un aperçu des grandes constatations qui se dégagent de la recherche :

- Aucun modèle d'organisation des services de santé de première ligne parmi ceux retenus ne réussit, à lui seul, à produire tous les effets d'efficacité, de qualité, d'accessibilité, de continuité, de productivité et de réactivité visés.
 - La recherche fait ressortir deux modèles supérieurs qui permettent de produire, à différents degrés, la majorité des effets escomptés des services de première ligne soit, dans l'ordre, le Modèle communautaire intégré et le Modèle professionnel de coordination.
 - Si tous ces effets sont poursuivis simultanément, c'est la combinaison des modèles communautaire intégré et professionnel de contact qu'il faut privilégier, à condition de combler une lacune particulière liée à l'accessibilité.
- Cette combinaison optimise l'atteinte simultanée du plus grand nombre de ces effets, minimise leur dédoublement et permet de concentrer les efforts de la transformation des services de première ligne puisqu'elle repose en outre sur l'organisation actuellement dominante au Canada, à savoir le modèle professionnel de contact.
 - Pour permettre l'intégration aux systèmes de santé canadiens de l'un ou l'autre des modèles jugés supérieurs, il importe d'engager des mesures particulières, soit :
 - 1) prévoir un financement des services de santé de première ligne selon une formule à capitation par adhérent ou par membre d'une population desservie, selon que l'organisation des services relève du Modèle professionnel de coordination ou du Modèle communautaire intégré;
 - 2) inclure dans ce financement l'ensemble des services offerts aux adhérents ou aux populations desservies dont, entre autres, les services médicaux et hospitaliers spécialisés, les médicaments, les services diagnostiques et thérapeutiques, les services à domicile et palliatifs;
 - 3) permettre et même favoriser le recours aux modes de rémunération des médecins autres qu'uniquement à l'acte : type forfaitaire, à capitation par adhérent ou mixte;
 - 4) miser sur le travail multidisciplinaire et prévoir un bon financement de projets de formation et d'expériences de pratique interdisciplinaire de manière à assurer la pérennité;
 - 5) financer des systèmes intégrés d'information au service de plusieurs groupes, à des fins de gestion et de planification, et mettre au point des technologies diagnostiques et thérapeutiques pertinentes au sein des organisations qui offrent des services de santé de première ligne.

Sommaire

Les services de santé de première ligne préoccupent depuis longtemps les décideurs et les gestionnaires qui assurent la prestation des services de santé. Mais depuis quelques années, les modes d'organisation, de gestion et de prestation de ces services de santé attirent également l'attention des politiciens, du public et de divers groupes d'intérêt. De fait, plusieurs sont d'avis que l'organisation des services de première ligne figure parmi les grands enjeux des systèmes de santé du XXI^e siècle¹.

On a eu recours à diverses définitions pour décrire les services de première ligne. Mais avant tout, il s'agit de services de premier niveau universellement accessibles qui servent à promouvoir la santé, à prévenir les maladies et à offrir des services diagnostiques, curatifs, de réadaptation, de support et palliatifs. Dans un contexte idéal, ces services doivent produire les six grands effets suivants :

- L'efficacité – l'aptitude à maintenir ou améliorer la santé;
- La productivité – le coût des services et la quantité, le type et la nature des services de prise en charge d'un problème de santé ou d'un épisode de soins;
- L'accessibilité – la promptitude de la visite du médecin de première ligne et la facilité d'accès aux services spécialisés et diagnostiques;
- La continuité – les services sont offerts comme une succession cohérente d'événements en lien avec les besoins de services et le contexte de vie des patients ;
- La qualité – la pertinence totale des soins perçue par les patients ou les professionnels, le respect des lignes directrices, de même que la justesse des services;
- La réactivité – la prise en compte et le respect des attentes et des préférences des utilisateurs et des fournisseurs des services.

La présente synthèse des politiques a permis d'identifier quatre grands modèles d'organisation des services de première ligne pertinents au contexte canadien. De façon générale, deux de ces modèles

s'inscrivent dans une vision dite **communautaire** alors que les deux autres relèvent plutôt d'une vision dite **professionnelle**.

Selon la **vision communautaire**, les services de première ligne permettent d'améliorer la santé de populations particulières et contribuent au développement de la collectivité en lui offrant un ensemble de services médicaux, sanitaires, sociaux et communautaires. Les Modèles communautaires se différencient à leur tour par leur niveau d'intégration aux autres composantes du système de soins. On note deux types de modèles communautaires, soit le **Modèle communautaire intégré** et le **Modèle communautaire non intégré**. Plusieurs caractéristiques de leurs ressources, de leur structure organisationnelle et de leurs pratiques témoignent de leur degré d'intégration variable.

Selon la **vision professionnelle**, les services de première ligne permettent d'offrir des services médicaux à des patients qui se présentent pour recevoir ces services (les clients) ou à des personnes qui se sont librement inscrites (des adhérents) auprès de l'une ou l'autre des entités responsables des services de première ligne pour obtenir des services. Les Modèles professionnels se subdivisent en fonction des objectifs de prestation visés en un **Modèle professionnel de coordination** et un **Modèle professionnel de contact**. À l'heure actuelle, l'organisation des services de première ligne la plus courante au Canada s'inspire du Modèle professionnel de contact où les médecins travaillent seuls ou en groupe dans leur propre cabinet et sont surtout rémunérés à l'acte.

Même si aucun modèle n'atteint à lui seul tous les effets escomptés des services de première ligne, le Modèle communautaire intégré et, à un moindre degré, le Modèle professionnel de coordination, semblent se rapprocher le plus de cet idéal, malgré certaines lacunes.

C'est le **Modèle communautaire intégré** qui s'avère le plus efficace (sur les plans de la santé et des services), qui offre la plus grande qualité (sur les plans de la

¹ Le Comité consultatif sur les services de santé de la Conférence des sous-ministres de la Santé fédéraux, provinciaux et territoriaux, l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé, l'Institut canadien d'information sur la santé, de même que l'Institut des services et des politiques de santé et les Instituts de recherche en santé du Canada, 2001.

technique et de la pertinence), et qui assure le meilleur contrôle des coûts et de l'utilisation (en raison de sa capacité d'orienter les patients vers des services de première ligne plutôt que vers les services spécialisés) ainsi que la meilleure continuité et équité d'accès aux services. Il comporte pourtant des lacunes sur le plan de l'accessibilité (notamment aux services de première ligne). De plus, la réactivité à l'égard des patients laisse à désirer. Quoi qu'il en soit, c'est le *Modèle communautaire intégré* qui semble répondre le mieux aux effets visés par les services de santé de première ligne.

Par contre, le *Modèle professionnel de coordination* présente aussi des avantages à certains égards. Il assure une bonne accessibilité aux services de première ligne, affiche une bonne réactivité et permet la substitution par les services de première ligne de ceux offerts par d'autres niveaux de soins, comme les services spécialisés ou ultra spécialisés. Par contre, sa performance, au chapitre de l'efficacité-santé, de la continuité, de l'équité d'accès, des coûts et de la qualité s'avère plus faible.

Il va de soi que pour que ces modèles de services de première ligne soient vraiment efficaces, ils doivent s'intégrer aux divers systèmes de santé canadiens. À l'heure actuelle, aucun des modèles les plus performants ne s'avère dominant à l'échelle canadienne. Cette distinction va plutôt au *Modèle professionnel de contact*, comme en témoigne le nombre de médecins qui travaillent de façon indépendante dans leur propre cabinet ou dans des cliniques sans rendez-vous. La recherche révèle que plusieurs des attributs du modèle dominant diffèrent grandement de ceux

des modèles les plus performants. On note, entre autres, des différences quant au mode de financement des services, à la rémunération des médecins, au travail en équipe multidisciplinaire et aux technologies d'information, diagnostiques et thérapeutiques.

Quelle que soit la vision privilégiée, communautaire ou professionnelle, les efforts requis pour arriver à modifier l'organisation des services de première ligne sont importants. La stratégie la plus prometteuse est celle qui dicte une direction claire et ferme quant au changement à introduire, qui accorde une certaine souplesse et une bonne marge de manœuvre au plan de la mise en œuvre, de manière à favoriser l'émergence d'un modèle adapté aux contextes locaux, en plus d'accommoder l'autonomie professionnelle et clinique.

Structure du rapport

Ce rapport comprend cinq parties. La première décrit l'approche utilisée pour réaliser cette synthèse des politiques. Les trois suivantes présentent la taxonomie des modèles d'organisation des services de première ligne, les effets associés aux différents modèles et les stratégies de mise en œuvre prometteuses. La dernière partie formule des recommandations sur les modèles d'organisation des services de première ligne à privilégier, les stratégies de transformation à adopter pour la mise en œuvre des modèles choisis, ainsi que les priorités de recherche nécessaires pour améliorer l'organisation des services de santé de première ligne au Canada.

Faits saillants des recommandations

- Proposer le recours au *Modèle communautaire intégré* comme modèle de référence pour la transformation des services de première ligne à travers le Canada, tout en engageant des mesures pour combler ses lacunes en matière d'accessibilité et de réactivité.
- Privilégier la mise en place du *Modèle professionnel de coordination* dans les cas où c'est la vision professionnelle des services de première ligne qui est adoptée.
- Prévoir un financement des services de santé de première ligne sur une base à capitation qui intègre, entre autres, les services médicaux et hospitaliers spécialisés; les médicaments; les services diagnostiques et thérapeutiques; les services à domicile et palliatifs.
- Permettre une rémunération autre qu'uniquement à l'acte pour les médecins offrant des services de première ligne : soit sur la base à capitation, soit de type forfaitaire, soit mixte combinant un montant à capitation, un montant forfaitaire et/ou une rémunération à l'acte;
- Miser sur le travail multidisciplinaire et prévoir un bon financement de projets de formation et d'expériences de pratique interdisciplinaire de manière à assurer la pérennité.
- Financer des systèmes intégrés d'information au service de plusieurs groupes, à des fins de gestion et de planification, et mettre au point des technologies diagnostiques et thérapeutiques pertinentes au sein des organisations offrant des services de première ligne.

Contexte et approche

En 2002, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), en partenariat avec le ministère de la Santé et du Bien-être du Nouveau-Brunswick, du ministère de la Santé de la Saskatchewan, du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et de Santé Canada, confiait à un groupe de chercheurs de l'Université de Montréal la tâche de produire une synthèse des politiques sur l'organisation des services de santé de première ligne. Dans le cadre de ce mandat, les chercheurs étaient appelés à identifier divers modèles d'organisation des services de première ligne, de même que les effets qui leur sont associés. Ces efforts devaient aboutir à la formulation de recommandations quant aux approches et mesures que le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et les autorités régionales de la santé pourraient adopter afin d'améliorer l'organisation des services de première ligne au Canada.

Grands objectifs de la synthèse

- Produire une taxonomie des modèles d'organisation des services de première ligne.
- Identifier les effets associés à chacun des modèles.
- Formuler des recommandations quant aux meilleures stratégies de mise en œuvre à adopter, compte tenu du contexte canadien actuel.

Six dimensions des services de première ligne conçus comme un système organisé d'action

- **Vision** : Les croyances, les représentations, les valeurs et les objectifs qui permettent aux acteurs de communiquer et de justifier leurs actions;
- **Ressources** : La quantité et la variété des ressources disponibles;
- **Structure organisationnelle** : Les lois, les règlements et les autres conventions qui encadrent et orientent les comportements des acteurs, leurs relations réciproques et les instances qui les définissent;
- **Pratiques** : Les procédés qui sous-tendent la production des activités et services;
- **Effets** : La modification souhaitée sur le plan des effets des services de santé de première ligne au fil du temps;
- **Environnement** : Le contexte au sein duquel évoluent les acteurs, ainsi que les champs d'action des autres systèmes avec lesquels ils interagissent.

1. Organisation des services de santé de première ligne

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit les services de première ligne comme des services de premier niveau universellement accessibles assurés avec la pleine participation de la collectivité et offerts à un coût raisonnable. Ces services comprennent :

- la promotion de la santé
- la prévention des maladies
- les services diagnostiques, curatifs, de réadaptation, de support et palliatifs²

Cette définition de l'OMS est utilisée non pas pour exclure les modes d'organisation des services de première ligne n'intégrant pas tous ces aspects, mais pour inclure ceux qui affichent au moins une des caractéristiques susmentionnées.

L'organisation des services est perçue comme un système organisé d'action³. Ce système résulte du jeu d'acteurs qui, dans un champ social donné (les services de première ligne) et dans un environnement défini (le Canada, ses provinces et territoires) interagissent pour mobiliser et utiliser des ressources afin de produire des activités, des biens ou des services nécessaires à la concrétisation de leurs objectifs et de leurs projets collectifs.

² Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : *Context, scope and timelines for the policy synthesis: Primary Health Care*, Ottawa, octobre 2001

³ Concept emprunté, en partie, à : Rocher, G. *Talcott Parsons et la sociologie américaine*. Paris, P.U.F. 1972; Parson, T., *Social Systems and the Evolution of Action Theory*, New York: Free Press, 1977; Bourdieu, P., Wacquant, L., *Réponses*, Paris, Seuil, 1992 ; Freidberg, E. (1993), *Le pouvoir et la règle*, Paris, Seuil. Il a été utilisé pour caractériser de façon générale toute intervention : Contandriopoulos, A.P., Champagne, F., Denis, J.L., Avargues, M.C. (2000). « L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 48:517-539.

Ce cadre permet de décrire les modes d'organisation des services de première ligne et de mieux saisir les liens entre leurs caractéristiques et la production des effets observés. Il permet aussi de prévoir les transformations nécessaires à l'instauration des modes d'organisation requis pour atteindre les effets escomptés dans le contexte canadien.

2. Modèles d'organisation des services de santé de première ligne

Puisque les modèles d'organisation des services de première ligne doivent être pertinents au contexte canadien et au débat engagé en ce sens, seuls les cas d'organisation de ces services dans des pays industrialisés ont été pris en compte. De plus, les services qui y sont offerts doivent l'être au Canada dans le cadre du régime public de santé. Ils doivent comprendre au minimum des services de médecine générale, familiale ou d'omnipraticque; les services médicaux parallèles ne sont pas considérés. Les services doivent aussi viser l'ensemble de la population. Les services destinés à des groupes particuliers (comme les personnes âgées ou défavorisées) et à des personnes avec des affections précises (troubles de santé mentale, cancer ou VIH/sida), ne sont pas considérés. Enfin, ces services doivent être offerts sur une base communautaire. Les services ambulatoires offerts par les centres hospitaliers n'ont pas été considérés.

La production des modèles découle de l'analyse de 28 cas d'organisation des services de première ligne dans des pays industrialisés (voir l'annexe 1). Ces modèles ne prétendent pas être une représentation exhaustive des différentes formes dominantes d'organisation des services de première ligne dans les pays industrialisés. Ils ne prétendent pas non plus épuiser toutes les formes possibles ou probables d'organisation de tels services. Cela dit, ils se veulent assez diversifiés pour présenter l'éventail

des possibilités qui font présentement l'objet de débats quant à l'orientation future des services de première ligne au Canada.

Pour arriver à produire les modèles d'organisation des services de première ligne, on a eu recours à une approche configurationnelle⁴ (voir l'encadré ci-dessous).

L'approche configurationnelle permet également de comprendre les effets associés aux modèles d'organisation des services de première ligne, étant donné les regroupements cohérents des effets et leurs relations à des configurations spécifiques de caractéristiques organisationnelles. Dans le cadre de la présente synthèse, on a choisi de ne pas isoler l'influence respective de ces caractéristiques en fonction d'effets spécifiques mais de mettre en relation des configurations de modalités organisationnelles et des configurations d'effets.

3. Effets associés aux modèles d'organisation des services de santé de première ligne

Aux fins de la présente synthèse des politiques, six grands effets ont été examinés en détail, soit l'efficacité, la productivité, l'accessibilité, la continuité, la qualité et la réactivité.

Efficacité

La notion d'efficacité fait référence à l'aptitude de chaque modèle à produire les résultats escomptés⁵ et comprend deux volets. D'une part, l'*efficacité-santé* mesure la contribution des services de première ligne à l'amélioration et au maintien de la santé des personnes et des populations⁶. Pour l'évaluer, on tient compte des incidences suivantes sur les personnes ou les populations :

- 1) la perception et la contribution observée des modèles à l'amélioration ou au maintien de l'état de santé physique ou mentale;

Approche configurationnelle

Selon l'approche configurationnelle, la forme d'une organisation résulte d'une configuration particulière de caractéristiques distinctes. Le nombre de formes différentes d'organisation observables à un moment donné est relativement limité. Ceci est dû à la cohérence qui existe entre les caractéristiques des organisations. Par conséquent, **un modèle d'organisation est une configuration particulière de la vision des services de première ligne, des ressources, de la structure organisationnelle et des pratiques. Cette configuration est conceptuellement distincte et empiriquement observable à un moment donné et dans un contexte défini.**

⁴ Alan Meyer, Anne S. Tsui et C.R. Hinnings, « Configurational Approaches to Organizational Analysis », *Academy of Management Journal*, 1993, Vol. 36, No. 6, pp. 1175-1195.

⁵ Virgil Slee et al., *Health Care terms*, Fourth Edition, Tringa Press, St-Paul, Minneapolis, É-U, 2001.

⁶ Pineault, R. et Daveluy, C. *La planification de la santé : Concepts, méthodes et stratégies*. Ed. Nouvelles, 1996.

- 2) la condition de santé;
- 3) l'espérance et la qualité de vie;
- 4) la réduction des taux de mortalité et de morbidité.

D'autre part, l'*efficacité-services* se mesure en tenant compte de la contribution perçue ou observée des services de première ligne dans la prise en charge des problèmes de santé comme :

- 1) la prévention et la promotion des problèmes de santé;
- 2) le diagnostic juste et le dépistage précoce;
- 3) le traitement et le contrôle des problèmes de santé;
- 4) le maintien des capacités fonctionnelles des personnes affligées grâce à la réhabilitation, à la réadaptation et à la réinsertion;
- 5) les services de support et les soins palliatifs offerts aux malades et aux familles.

Productivité

La notion de productivité désigne le rapport qui existe entre les services rendus et les ressources utilisées en vue de les offrir⁷. Pour bien apprécier la productivité, il faut tenir compte du coût des services, ainsi que de la quantité, du type et de la nature des ressources servant à produire les services. On considère toute diminution des coûts ou le transfert de la production des services des niveaux spécialisés vers les services de première ligne comme un gain de productivité qu'on qualifie d'effet de substitution.

Continuité

La notion de continuité des services indique dans quelle mesure les services sont offerts comme une succession cohérente d'événements en lien avec les besoins de services et le contexte de vie des patients. La continuité des services se décline en trois composantes clés :

- 1) la *continuité informationnelle* vise la disponibilité, l'utilisation et la transmission de l'information sur

des événements antérieurs et permet de fournir les services appropriés, compte tenu des circonstances actuelles du patient;

- 2) la *continuité relationnelle* désigne une relation entre un patient et un fournisseur de services qui perdure dans le temps, ainsi que la qualité de cette relation;
- 3) la *gestion clinique intégrée* a pour fonction d'harmoniser de façon cohérente les soins octroyés par divers fournisseurs⁸.

Accessibilité

La notion d'accessibilité désigne la facilité ou la difficulté d'entrer en contact avec les services de santé⁹ et s'exprime en quatre dimensions. L'*accessibilité globale* décrit la facilité d'accès aux services; l'*accessibilité aux services de première ligne* mesure la promptitude de l'accès du patient aux services de première ligne offerts; l'*accessibilité aux autres niveaux de soins* fait référence à la facilité d'accès du patient à des soins et au degré de promptitude des services spécialisés et diagnostiques, l'*équité d'accès* indique dans quelle mesure le niveau d'accès répond aux besoins des personnes sans égard à une série de facteurs tels que l'âge, le statut socioéconomique, l'origine ethnique et autres.

Réactivité

La notion de réactivité sert à établir dans quelle mesure les services répondent aux attentes des gens et sont jugés satisfaisants¹⁰. On évalue la réactivité de divers modèles de services de première ligne en tenant compte des points de vue de deux catégories : les usagers des services de première ligne et les professionnels qui octroient ces services.

Qualité

La notion de qualité porte sur trois aspects des services de première ligne :

- 1) la *qualité totale*, telle que perçue par les patients et les professionnels;
- 2) la *qualité technique*, qui est liée au degré de conformité aux lignes directrices¹¹;

⁷ Contandriopoulos AP et al., 2000

⁸ Robert Reid, Jeannie Haggerty et Racheal McKendry. *So Misunderstood : Concepts and Measures of Continuity of Health Care*, Rapport de projet final soumis à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, l'Institut canadien d'information sur la santé et le Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur les services de santé, mars 2002.

⁹ Pineault R. et Daveluy C. op. cit.

¹⁰ Organisation mondiale de la santé, Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant, Genève, Suisse, 2000.

¹¹ Virgil, Slee et al., op. cit.

- 3) la *pertinence*, qui tient à la justesse des services rendus.

L'appréciation des effets des modèles repose sur deux sources, soit les données empiriques et les jugements des experts (voir l'annexe 2). Les données empiriques sont tirées de 38 études alors que les jugements des experts reflètent l'appréciation de situations par des personnes reconnues pour leur connaissance du contexte canadien et leur expérience concrète de milieux comparables à ceux étudiés. Les commentaires des treize experts consultés dans le cadre d'une enquête de type *Delphi* ont servi à enrichir et compléter les données empiriques. Quoique les données empiriques restent déterminantes dans l'agrégation finale avec les jugements des experts, les jugements des experts ont un effet modérateur important lorsqu'on tente d'interpréter le lien entre les modèles et les effets observés (voir la figure A2.3 de l'annexe 2). La convergence des données et des jugements des experts permet de confirmer ou d'accentuer les effets identifiés à l'aide des données empiriques. Leur divergence sert à atténuer les effets associés aux modèles ou à apprécier leur potentiel. Elle atténue les effets lorsque ceux observés à l'aide des données empiriques sont supérieurs à ceux révélés par les experts. Elle apprécie leur potentiel lorsque les effets identifiés par les données empiriques sont inférieurs à ceux révélés par les experts. Les jugements des experts servent enfin à différencier les effets associés à des modèles lorsque les données empiriques ne permettent pas de le faire.

4. Stratégies de transformation¹²

Même si l'on convient de la nécessité de transformer l'organisation des services de santé de première ligne au Canada, les procédés aptes à sous-tendre les transformations sont imprécis. L'examen d'une centaine d'articles scientifiques sur les enjeux de transformation fait ressortir trois dimensions dont il faut tenir compte pour mieux comprendre les approches qui appuient la réorganisation des services de première ligne au Canada et dans les provinces, à savoir :

- 1) la nature du changement;
- 2) le rythme du changement;
- 3) la participation des acteurs au changement.

¹² Cette introduction sur l'analyse des transformations des services de santé de première ligne s'inspire et reprend, en partie, la conception du changement et des transformations développée dans une étude intitulée « Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada » (Denis, 2002 – Étude préparée pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada).

Taxonomie des modèles de services de santé de première ligne

La présente section décrit en détail les quatre modèles d'organisation des services de première ligne qui ressortent de la taxonomie. Ces derniers se distinguent par leur vision particulière des services de première ligne. Deux modèles reposent sur une vision dite professionnelle alors que deux autres modèles adoptent une vision dite communautaire.

Les encadrés donnent des exemples concrets de modes d'organisation des services de première ligne qui s'inspirent de chacun des modèles et de réformes engagées pour les développer davantage.

1. Modèles professionnels de services de santé de première ligne

Les Modèles professionnels de services de première ligne visent à fournir des services médicaux aux patients qui se présentent pour obtenir ces services (clients) ou aux personnes qui s'inscrivent librement (adhérents) auprès de l'une ou l'autre des entités responsables des services de première ligne pour recevoir ces services.

Cette responsabilité incombe aux médecins travaillant seuls ou en groupe et qui ne relèvent pas d'une entité régionale ou locale de santé. La population ne joue aucun rôle dans la régie de ces organismes et leur financement est lié à la rémunération des médecins, qui s'effectue principalement sur une base à capitation ou par une mixité de modes, à savoir un montant à capitation, la rémunération à l'acte et le montant forfaitaire. L'équipe soignante regroupe des médecins auxquels peuvent s'associer des infirmières. La gamme des services offerts est restreinte, se limitant aux services médicaux de nature préventive, diagnostique ou curative.

Il existe deux Modèles professionnels de services de santé de première ligne : le Modèle de contact et le Modèle de coordination. Ces derniers se distinguent l'un de l'autre en raison de l'objectif ultime visé par le prestataire des services. Le Modèle de contact favorise la prise de contact des personnes avec le système de soins. Le Modèle de coordination met l'accent sur la coordination des services et le suivi auprès des personnes.

Modèle professionnel de contact

Ce modèle a pour but d'assurer l'accessibilité aux services de première ligne, une responsabilité qui vise davantage les clients que les adhérents. Ce modèle affiche les caractéristiques suivantes :

- les services de première ligne sont offerts principalement aux personnes qui se présentent au cabinet par des médecins de familles pratiquant seuls ou en groupe;
- les médecins sont rarement associés à d'autres professionnels de la santé, notamment les infirmières;
- les médecins qui souscrivent à ce modèle sont plus susceptibles que tous les autres d'être rémunérés à l'acte;
- les technologies de l'information en usage permettent de transmettre l'information à l'intérieur de l'entité responsable des services de première ligne;
- aucun mécanisme formel ne garantit la continuité longitudinale des soins aux personnes, outre la fidélisation du patient envers son médecin;
- aucun mécanisme formel ne garantit l'intégration des services aux autres composantes du système, mis à part certains mécanismes informels qui permettent une certaine forme de coordination comme l'aiguillage des patients vers d'autres sources de soins ou l'affiliation des médecins à plusieurs sources de soins.

Exemples de modes d'organisation et de réformes axés sur le Modèle professionnel de contact

Au Canada : Malgré l'existence d'une multitude de modèles, la forme dominante d'organisation des services de première ligne s'inspire du Modèle professionnel de contact. Le contexte organisationnel de la pratique des médecins de famille est exemplifié par les cabinets privés de médecins et les cliniques médicales sans rendez-vous.

Axe de transformation : Certaines propositions et expériences canadiennes de transformation de l'organisation des services de première ligne visent à améliorer le Modèle professionnel de contact¹³.

Ailleurs dans le monde : L'organisation des services de première ligne aux États-Unis et en Belgique s'inspire aussi de ce modèle.

¹³ Sinclair, Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) de l'Ontario et de la Nouvelle-Écosse

Modèle professionnel de coordination

Ce modèle a pour objet de fournir des services continus, principalement à des adhérents, et affiche les caractéristiques suivantes :

- il est financé à même les revenus versés aux médecins, qui sont principalement rémunérés sur une base à capitation ou selon une mixité de modes;
- l'équipe de soins regroupe des médecins et des infirmières;
- un professionnel, généralement un médecin mais parfois une infirmière, est spécifiquement désigné pour assurer le suivi et la continuité des services offerts à chacun des patients ou adhérents;
- on fait appel aux technologies de l'information pour transmettre l'information clinique à l'échelle du système;
- l'infirmière assure la liaison avec les autres composantes du système et l'intégration clinique des services.

Dans le cadre du Modèle professionnel de coordination, les services de première ligne sont intégrés aux autres composantes du système. Cette façon de faire sert à garantir la continuité et la bonne coordination des services.

Exemples de modes d'organisation et de réformes des services de première ligne axés sur le Modèle professionnel de coordination

Au Canada : Le Modèle professionnel de coordination est peu présent au Canada, tout au moins dans sa forme la plus pure. L'exemple qui s'en rapproche le plus est sans contredit celui de l'Organisation des services de santé (Health Service Organisation) de l'Ontario.

Axe de transformation : Plusieurs propositions sont formulées pour que l'organisation des services de première ligne s'inspire du Modèle professionnel de coordination.

Ailleurs dans le monde : Ce modèle est en vigueur dans divers pays industrialisés. Les médecins de famille d'Angleterre y souscrivent, surtout depuis l'instauration du « Fundholding ». Il est également appliqué au Danemark, aux Pays-Bas et aux États-Unis dans le contexte des organisations de soins de santé intégrés de type HMO (staff model) .

2. Modèles communautaires de services de santé de première ligne

Les Modèles communautaires de services de première ligne visent à améliorer l'état de santé des populations qui habitent dans un territoire donné et à favoriser le développement des collectivités desservies. Leur mandat consiste à répondre aux besoins de santé d'une population et à lui offrir tous les services médicaux, sanitaires, sociaux et communautaires dont elle a besoin.

Ce mandat revient à des centres de services de santé régis par des représentants de la population. Ces centres profitent d'un financement forfaitaire qui leur est versé par une compétence locale ou régionale de santé. Cette autorité veille à l'organisation de tous les services de santé sur son territoire et alloue des ressources aux services de première ligne et aux services d'autres niveaux destinés à leur population.

Les équipes soignantes, qui regroupent des professionnels issus de diverses disciplines, assurent une large gamme de services médicaux, sociaux et communautaires. Entre autres fonctions, elles cherchent à promouvoir la santé et à prévenir les maladies, et assurent une gamme de soins diagnostiques, curatifs et palliatifs, de soins de réadaptation, de soins à domicile et de services de dépistage précoce. Les professionnels qui travaillent dans ces centres, notamment les médecins, sont rémunérés de façon forfaitaire en fonction du temps qu'ils consacrent à leurs activités professionnelles.

Il existe deux Modèles communautaires de services de première ligne : le Modèle communautaire intégré et le Modèle communautaire non intégré. Ces derniers se distinguent l'un de l'autre par leur degré d'intégration aux autres composantes du système de soins. Chacun affiche des caractéristiques propres liées aux ressources, à la structure organisationnelle et aux pratiques.

Modèle communautaire intégré de services de première ligne

Ce modèle possède plusieurs attributs aptes à favoriser l'intégration des services de première ligne aux autres composantes du système de soins, entre autres les suivants :

- le recours aux technologies de l'information pour transmettre l'information clinique et les données de gestion à l'intérieur des centres de santé et aux

¹⁴ Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), Collège des médecins de famille du Canada (CFPC).

autres fournisseurs de services qui desservent la même population (p. ex., les cabinets privés et les centres hospitaliers), une pratique qui favorise la création de réseaux;

- la continuité longitudinale des services relève de l'équipe soignante;
- la disponibilité des services 24 heures par jour, sept jours par semaine, y compris l'intervention directe d'un professionnel auprès des patients, si nécessaire;
- la collaboration avec d'autres entités offrant des services de première ligne (p. ex., des centres de services de santé ou des cabinets privés) ou des services complémentaires, comme les centres hospitaliers, de manière à garantir la disponibilité et la gamme des services.

Par ailleurs, les centres de services de santé possèdent l'autorité et les ressources financières voulues pour conclure des ententes, signer des contrats ou acheter des services auprès d'autres fournisseurs. Le Modèle communautaire intégré de services de première ligne est donc pleinement axé sur la collaboration et l'interaction avec le milieu.

Modèle communautaire non intégré de services de première ligne

Le Modèle communautaire non intégré se distingue du Modèle communautaire intégré en ce qu'il n'incorpore aucun mécanisme d'intégration propre et affiche les caractéristiques suivantes :

- il n'utilise aucune technologie d'information ou aucun mécanisme permettant d'intégrer ses services à ceux offerts par d'autres composantes du système de soins;
- les services ne sont pas assurés 24 heures par jour, sept jours par semaine;
- aucun mécanisme formel ne permet d'assurer la continuité longitudinale des services aux personnes.

Cela dit, le Modèle communautaire non intégré propose à la population une gamme de services aussi large que celle du Modèle communautaire intégré. Ces services sont toutefois offerts directement par les centres de santé, sans collaboration avec d'autres composantes du système de soins. Par conséquent, le Modèle communautaire non intégré peut être perçu comme un système fermé qui procure des soins et des services à la population sans interaction significative avec les autres composantes du milieu.

Exemples de modes d'organisation et de réformes des services de première ligne axés sur les Modèles communautaires

Au Canada : L'organisation des services de première ligne s'inspire aussi des Modèles communautaires. Plus de 250 centres de services de santé ont été recensés¹⁵, quoique leur présence varie grandement d'une province à l'autre. L'exemple le plus frappant est celui des CLSC (Centres locaux de santé communautaire) au Québec. Toutefois, la différenciation des CLSC selon le niveau d'intégration aux autres composantes du système de soins n'est pas claire. Des informateurs clés laissent entendre que la description du CLSC comme Modèle communautaire intégré s'applique

mieux aux contextes ruraux. En milieu urbain, les CLSC qui se rapprochent davantage du Modèle communautaire non intégré semblent constituer la norme.

Axe de transformation : Des propositions ont été formulées en vue de consolider la présence du Modèle communautaire de services de première ligne¹⁶. D'autres visent à faciliter la transition du modèle non intégré au modèle intégré¹⁷.

Ailleurs dans le monde : Sur le plan international, les centres de santé des pays scandinaves et les *Primary Care Trusts* au Royaume-Uni constituent des Modèles communautaires intégrés.

¹⁵ Church et Lawrence, 1999

¹⁶ Forum national sur la santé, « Rapport de synthèse du Groupe de travail sur l'atteinte d'un équilibre », *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1997

¹⁷ Rapport Clair.

Effets associés aux modèles

Il importe avant tout d'établir des liens entre les divers modèles d'organisation des services de santé de première ligne et leurs effets sur la collectivité. Le tableau 1 ci-dessous ordonne les quatre modèles en fonction de leur degré d'atteinte de chacun des effets étudiés. Le modèle occupant le premier rang obtient les meilleurs résultats alors que celui occupant le quatrième rang obtient les résultats les plus faibles. Cet ordonnancement se fonde sur les observations empiriques et les jugements des experts. Les résultats détaillés de la présente analyse figurent à l'annexe 2.

1. Résultats par rapport aux effets

Efficacité

Au chapitre de l'*efficacité*, ce sont les Modèles communautaires qui obtiennent globalement les meilleurs résultats empiriques. Les jugements des experts confirment la supériorité du Modèle communautaire intégré sur les autres et classent le Modèle professionnel de coordination au deuxième rang, suivi du Modèle communautaire non intégré, qui occupe la dernière place avec le Modèle professionnel de contact. Les experts établissent une démarcation claire entre les deux Modèles communautaires. Il se peut que les résultats empiriques observés en ce qui concerne les deux Modèles communautaires soient davantage attribuables au Modèle communautaire intégré qu'au Modèle communautaire non intégré.

Pleins feux sur l'efficacité

Le **Modèle communautaire intégré** s'avère le plus performant sur le plan de l'efficacité, suivi du Modèle communautaire non intégré, puis du Modèle professionnel de coordination et enfin, du Modèle professionnel de contact.

(intégration des deux sources de données)

Productivité

La productivité a été analysée sous deux angles : les coûts et l'utilisation.

Coûts : Sur la base des données empiriques, on note peu de différences importantes sur le plan des coûts, sauf dans le cas des Modèles communautaires qui affichent des coûts totaux moindres liés à des coûts inférieurs pour les services spécialisés. Même si les jugements des experts ne permettent pas d'établir des distinctions entre les deux Modèles communautaires, ils confirment leur aptitude à réduire l'ensemble des coûts. Dans le cas du Modèle professionnel de coordination, les coûts sont identiques à ceux du Modèle professionnel de contact selon les données empiriques, alors que les jugements des experts envisagent un effet de transfert des coûts des services des autres niveaux de soins vers les services de première ligne.

Tableau 1 : Ordonnancement des quatre modèles selon les effets

Modèles/Effets	Modèle professionnel de contact	Modèle professionnel de coordination	Modèle communautaire non intégré	Modèle communautaire intégré
Efficacité	4	3	2	1
Productivité				
Coûts	3	3	1	1
Utilisation	4	1	3	2
Continuité	3	4	2	1
Accessibilité	1	1	4	3
Équité d'accès	3	3	2	1
Réactivité	1	1	3	3
Qualité	3	3	2	1

Utilisation : Comme pour les coûts, on observe un effet de substitution des autres niveaux de soins par les services de première ligne dans le cas du Modèle professionnel de coordination et, à un degré moindre, dans ceux des deux Modèles communautaires. Selon les données empiriques, cet effet s'apparente surtout au Modèle professionnel de coordination. Selon les jugements des experts, il est davantage lié au Modèle communautaire intégré.

Pleins feux sur la productivité

Sur le plan des coûts : Ce sont les deux Modèles communautaires qui s'avèrent les plus productifs, en raison de leur capacité accrue de contrôler les coûts et de réaliser un effet de substitution des autres niveaux de services, comme les services spécialisés et ultra spécialisés, par les services de première ligne.

Sur le plan de l'utilisation : C'est le Modèle professionnel de coordination qui s'avère le plus performant, suivi du Modèle communautaire intégré, puis du Modèle communautaire non intégré et finalement, du Modèle professionnel de contact. Ceci tient à la capacité accrue de certains modèles d'effectuer une substitution des services des autres niveaux de soins susmentionnés par les services de première ligne.

Productivité globale : C'est le Modèle professionnel de coordination et le Modèle communautaire intégré qui ressortent lorsqu'on interprète ensemble les résultats des coûts et de l'utilisation. On peut espérer de légers gains de productivité au niveau des coûts globaux et de l'utilisation totale, ainsi que des gains plus importants au niveau de l'effet de substitution et du transfert des services spécialisés vers les services de première ligne.

(intégration des deux sources de données)

Continuité

Les données empiriques témoignent de la supériorité des Modèles communautaires par rapport aux Modèles professionnels. Mais parmi les Modèles professionnels, le Modèle de contact surpasse le Modèle de coordination au plan de la continuité relationnelle (lien entre le fournisseur et le patient). En outre, les jugements des experts font ressortir des distinctions entre les deux Modèles communautaires et confirment la supériorité du Modèle intégré par rapport au Modèle non intégré quant au potentiel attendu. De même, le Modèle professionnel de coordination est perçu comme ayant un plus grand

potentiel que le Modèle professionnel de contact, contrairement à ce que les résultats empiriques révèlent. Le Modèle communautaire intégré et le Modèle professionnel de coordination affichent un plus grand potentiel que ce que les données empiriques portent à croire.

Pleins feux sur la continuité

Le rendement des deux Modèles communautaires s'avère supérieur à celui des deux Modèles professionnels sur le plan de la continuité. Le Modèle communautaire intégré arrive au premier rang suivi, dans l'ordre, du Modèle communautaire non intégré, du Modèle professionnel de contact et, tout près mais en bout de ligne, du Modèle professionnel de coordination, qui présente néanmoins un bon potentiel.

(intégration des deux sources de données)

Accessibilité

Les données empiriques indiquent que c'est le Modèle professionnel de contact qui offre la plus grande accessibilité, quoique le Modèle professionnel de coordination garantisse lui aussi l'accès aux services de première ligne. On constate une moins bonne accessibilité dans le cas des deux Modèles communautaires. Selon les jugements des experts, les deux Modèles professionnels et le Modèle communautaire intégré s'avèrent comparables en regard de l'accessibilité. L'accessibilité est moins bonne dans le cas du Modèle communautaire non intégré. En outre, le Modèle communautaire intégré et le Modèle professionnel de coordination affichent un plus grand potentiel que ce que les données empiriques suggèrent.

Pleins feux sur l'accessibilité

Les Modèles professionnels offrent une plus grande accessibilité que les modèles communautaires, particulièrement aux services de première ligne. En second lieu vient le Modèle communautaire intégré suivi, en dernier, du Modèle communautaire non intégré.

(intégration des deux sources de données)

Équité d'accès

La notion d'équité, qui constitue une dimension particulière de l'accessibilité aux services, a fait l'objet d'une analyse distincte qui s'appuie exclusivement sur des données empiriques.

Pleins feux sur l'équité

L'analyse des données empiriques révèle que ce sont les deux Modèles communautaires qui offrent l'accès le plus équitable aux services et que, parmi ces deux modèles, le Modèle communautaire intégré s'avère plus équitable que le Modèle non intégré. Pour leur part, les Modèles professionnels semblent moins équitables, mais se situent tous deux au même niveau.

(source unique de données)

Qualité

Les données empiriques indiquent clairement que les Modèles communautaires offrent des services de qualité supérieure à ceux des Modèles professionnels. En ce sens, les deux Modèles professionnels affichent des résultats comparables. Les jugements des experts concordent avec les données empiriques et confirment la supériorité des Modèles communautaires, tout en reconnaissant le potentiel accru du Modèle communautaire intégré par rapport au Modèle communautaire non intégré. Par ailleurs, le potentiel du Modèle professionnel de coordination est égal à celui du Modèle communautaire non intégré mais supérieur à celui du Modèle professionnel de contact.

Pleins feux sur la qualité

En ce qui touche la qualité des services offerts, le Modèle communautaire intégré se classe au premier rang, suivi du Modèle communautaire non intégré. Le Modèle professionnel de coordination et le Modèle professionnel de contact arrivent tous deux au dernier rang, sur un pied d'égalité.

(intégration des deux sources de données)

Réactivité

Les données empiriques révèlent que la réactivité envers les patients desservis est plus élevée dans le cas des Modèles professionnels que dans celui des Modèles communautaires. Les données des jugements des experts ne font ressortir aucune variance appréciable entre les divers modèles.

Pleins feux sur la réactivité

Selon les données empiriques, la réactivité envers les patients desservis par les Modèles professionnels est plus grande que celle envers les personnes qui ont recours aux Modèles communautaires, une distinction que les jugements des experts ne semblent pas corroborer.

(intégration des deux sources de données)

2. Résultats par rapport aux modèles

Modèle professionnel de contact

Compte tenu de la similarité entre le Modèle professionnel de contact et le modèle canadien professionnel de contact et le modèle canadien prédominant, c'est ce dernier qui a servi de point de référence dans le cadre de la présente analyse.

- **Points forts :** Ce modèle vient au premier rang en ce qui touche l'accessibilité et la réactivité envers les patients.
- **Points faibles :** Ce modèle arrive au dernier rang en ce qui touche l'efficacité, la productivité, l'équité d'accès et la qualité.

Modèle professionnel de coordination

Même si ce modèle semble avantageux à certains égards, il affiche plusieurs faiblesses.

- **Points forts :** Ce modèle assure un bon accès aux services, surtout ceux de première ligne, et la réactivité est bonne. En ce qui concerne l'efficacité-services, il se classe au deuxième rang. Il est très performant relativement à la substitution par les services de première ligne de ceux des autres niveaux, comme les services spécialisés et ultra spécialisés.
- **Points faibles :** Ce modèle affiche des faiblesses sur le plan de l'efficacité-santé, de la continuité (quoique les jugements des experts reconnaissent son grand potentiel en ce sens), de l'équité, des coûts, et de la qualité.

Modèle communautaire non intégré

Il est souvent difficile d'établir toutes les distinctions qui s'imposent entre les deux Modèles communautaires, surtout en rapport avec certains effets. En ce sens, une partie des résultats favorables liés à ce modèle pourrait bien être attribuable, dans les faits, au Modèle communautaire intégré. Il s'agit d'un point que confirment les jugements des experts selon lesquels ce modèle présente un potentiel nettement inférieur à ceux du Modèle communautaire intégré et du Modèle professionnel de coordination, notamment en ce qui a trait à l'efficacité.

- **Points forts :** Ce modèle montre une bonne performance par rapport à plusieurs effets : coûts, équité d'accès, qualité, efficacité et continuité.
- **Points faibles :** Ce modèle ne semble pas avoir un grand potentiel en ce qui a trait à l'accessibilité aux services de première ligne, la réactivité, et la substitution dans l'utilisation des services.

Modèle communautaire intégré

Ce modèle ressort comme étant le plus avantageux à plusieurs égards. Si l'on tient compte du potentiel identifié par les experts, le Modèle communautaire intégré apparaît comme celui qui maximise l'atteinte du plus grand nombre d'effets.

- **Points forts :** Ce modèle affiche une grande efficacité en matière de santé et de services, une excellente performance sur le plan de la continuité, de la qualité technique, de la pertinence, du contrôle des coûts, de l'équité d'accès et des effets de transfert vers la première ligne et des services des autres niveaux. Les jugements des experts confirment les résultats positifs observés et atténuent les résultats négatifs découlant des données empiriques, comme ceux liés à l'accessibilité.
- **Points faibles :** Ce modèle produit des résultats moins intéressants en ce qui touche l'accessibilité, notamment l'accès aux services de première ligne. De plus, la réactivité envers les patients laisse à désirer.

3. Sélection de modèles

À première vue, c'est le Modèle communautaire intégré qui présente le plus d'avantages, tant sur la base des données empiriques que du potentiel identifié par les experts. Il semble incorporer les avantages du Modèle communautaire non intégré mais non ses inconvénients (surtout ceux qui ressortent des jugements des experts). Dans une certaine mesure, il incarne également les avantages des modèles professionnels.

Il affiche néanmoins certaines lacunes inquiétantes, comme le révèlent les données empiriques, soit un

accès plus limité aux services de première ligne, à l'instar de l'autre Modèle communautaire. À cet égard, les deux Modèles professionnels s'avèrent supérieurs. De plus, la réactivité envers les patients est également plus faible dans les deux Modèles communautaires que dans les deux Modèles professionnels, ce qui laisse entrevoir des lacunes possibles dans la relation entre le patient et le médecin. Ces lacunes pourraient être associées aux caractéristiques propres aux organisations ayant fait l'objet des études analysées.

Il est plausible que les Modèles communautaires soient davantage centrés sur les relations patient-organisation, alors que les Modèles professionnels favorisent une relation plus personnalisée entre le patient et le médecin. Cette explication, qui vaut autant pour l'accessibilité aux services de première ligne que pour la réactivité envers les patients, mérite une exploration plus poussée au fil des futures recherches.

Il est à noter que les jugements des experts tracent un tableau nettement plus favorable du Modèle communautaire intégré, qu'ils situent au premier rang par rapport à tous les effets sauf l'accessibilité. Cette lacune potentielle au chapitre de l'accessibilité, qui ressort des deux sources de données, s'avère néanmoins fort préoccupante.

Enfin, il ne faut pas espérer de gains importants sur le plan des coûts totaux. Bien que les deux Modèles communautaires et, dans une certaine mesure, le Modèle professionnel de coordination, favorisent un meilleur contrôle des coûts, c'est surtout parce qu'ils misent sur la substitution par la première ligne des services offerts par les autres niveaux de soins qu'ils présentent un certain intérêt dans le cadre des transformations de la première ligne.

Existe-t-il un modèle optimal capable de produire tous les effets escomptés des services de première ligne?

Il est clair qu'aucun des quatre modèles analysés ne saurait maximiser, à lui seul, l'atteinte de tous les effets escomptés d'un réseau de services de santé de première ligne. Au départ, il faut donc conserver les acquis des Modèles professionnels, en raison de leur capacité et de leur aptitude à garantir l'accessibilité des services et la réactivité face à la clientèle. Par contre, ces modèles ne respectent pas les conditions sous-jacentes à l'efficacité, à la continuité, à l'équité et à la qualité. Ce sont les deux Modèles communautaires qui semblent répondre le mieux aux conditions requises en vue d'accroître la productivité, d'autant plus qu'ils permettent aussi de garantir la bonne qualité et l'utilisation pertinente des services. Le Modèle communautaire intégré est celui qui est associé à l'atteinte du plus grand nombre d'effets alors que le Modèle communautaire non intégré les atteint à un degré moindre. C'est probablement ce qui explique les jugements relativement sévères que lui ont réservés les experts.

4. Combinaison optimale de modèles

La surface délimitée par la ligne pointillée de la figure 2 ci-dessous illustre les effets hypothétiquement associés à un modèle idéal. À l'intérieur de cet espace, on réintroduit chacun des quatre modèles selon le degré d'atteinte de chacun des effets en intégrant les données empiriques et les jugements des experts.

La figure révèle que c'est le Modèle communautaire intégré qui occupe le plus d'espace. Si l'organisation des services de première ligne doit reposer sur un seul modèle, il importe de lui accorder la préférence. Le Modèle communautaire non intégré, pour sa part, est contenu dans l'espace du Modèle communautaire intégré et son introduction à la suite du Modèle communautaire intégré n'ajoute rien au système.

Le Modèle professionnel de coordination couvre également une grande partie de cet espace. Si une vision professionnelle de l'organisation des services de première ligne est privilégiée, la préférence doit aller à ce modèle. La superposition du Modèle professionnel de contact n'ajoute rien, sauf sur le plan de la continuité, où l'ajout reste minime. De plus, on a déjà noté le potentiel du Modèle professionnel de coordination, jugé très grand par les experts en rapport avec cet effet.

Si l'objectif visé est la production simultanée de tous ces effets, alors c'est une combinaison de modèles qui doit être privilégiée. Le modèle qui comble le mieux

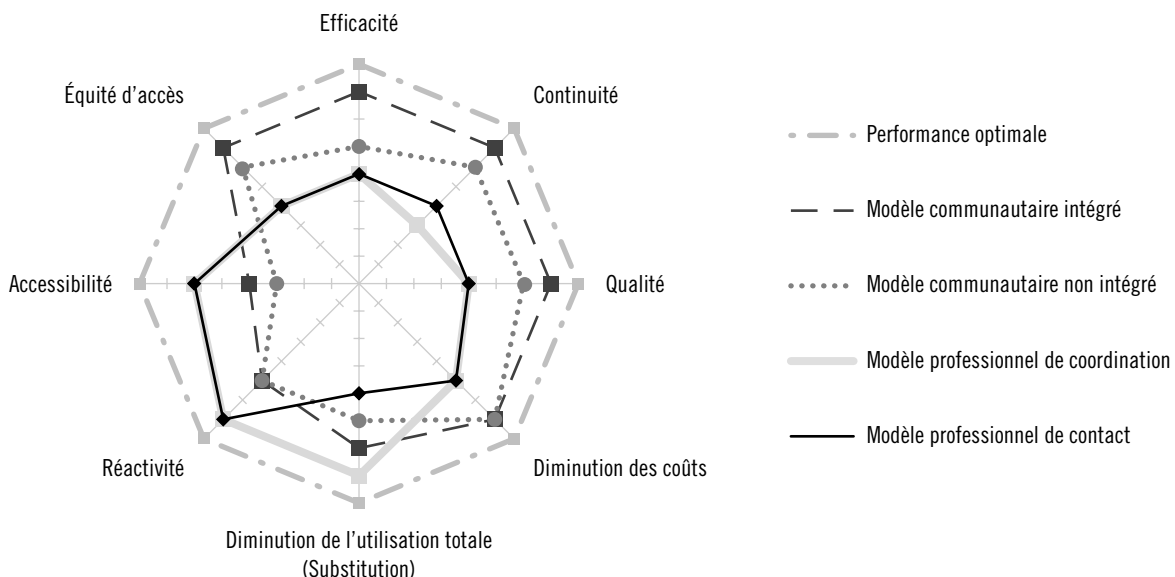
les lacunes du Modèle communautaire intégré tout en réduisant les dédoublements et en maximisant la complémentarité est le Modèle professionnel de contact. Par conséquent, la combinaison Modèle communautaire intégré / Modèle professionnel de contact semble s'avérer optimale.

5. Conclusion

Cette analyse démontre clairement que peu importe le modèle retenu, il reste toujours des zones résiduelles plus ou moins grandes à combler. Dans tous les cas, l'atteinte d'un objectif d'accessibilité optimal demeure problématique et exige une solution. Enfin, un choix semble s'imposer entre deux modèles : le Modèle communautaire intégré et le Modèle professionnel de coordination, qui relèvent de deux logiques différentes. Bien que le premier affiche un plus grand potentiel, il demeure incomplet et son implantation devra être complétée par l'ajout d'éléments empruntés au Modèle professionnel de contact.

L'adoption d'un modèle prédominant ne relève pas entièrement de l'analyse présentée. Cette décision se fonde, entre autres, sur la vision qui sous-tend le système de soins de santé et sur la cohérence du système en rapport avec les autres institutions qui définissent la société. La présente analyse met en lumière les conséquences des choix posés sur les effets escomptés des services de première ligne.

Figure 2 : Position des quatre modèles, selon les effets par rapport à un modèle optimal hypothétique



Stratégies de transformation

L'analyse de la littérature axée sur le changement organisationnel et les expériences novatrices en santé fait ressortir certaines pistes à suivre pour mieux apprécier les procédés de transformation des services de première ligne.

1. Dimensions du changement

Dans le cadre des efforts déployés pour analyser et concevoir des scénarios de transformation des modèles d'organisation des services de première ligne, on a tenu compte des trois dimensions suivantes, soit la nature du changement, le rythme du changement et la participation des acteurs au changement. Ces dimensions sont décrites ci-après.

La nature du changement

Le changement peut être de nature convergente ou radicale, selon qu'il préconise une adaptation ou une rupture par rapport au modèle existant.

Le rythme du changement

Le temps constitue un ingrédient essentiel des transformations. Le changement peut être lent ou rapide, selon les circonstances. La modulation du rythme des changements en fonction des défis qui se posent aux acteurs et aux organisations ne doit pas faire perdre de vue l'importance d'opérer des transformations qui sont vraiment significatives.

La participation au changement

Dans le domaine de la santé, plusieurs projets de réforme s'apparentent à des changements décrétés, planifiés et proposés par des instances supérieures, puisque c'est une autorité politique ou bureaucratique qui impose un changement par décret ou de façon relativement autoritaire. Par contre, les nombreuses réformes du système de santé ont suscité un regain d'intérêt face à un changement plus participatif et reculé du sommet de l'appareil bureaucratique ou politique.

Les stratégies de transformation mises au point s'appuient sur une combinaison des trois descripteurs du changement. On a formulé l'hypothèse que l'implantation des stratégies de transformation des services de première ligne passera par la mobilisation de ressources critiques à la production du changement, à savoir les ressources matérielles et humaines;

la présence d'un leadership fort; la capacité d'établir de nouvelles formes de coopération; et une vision cohérente des transformations à réaliser.

2. Analyse des transformations

L'analyse des quatre modèles d'organisation des services de première ligne met en évidence deux visions distinctes et fondamentales dans le développement des services, soit la vision professionnelle et la vision communautaire. Dans le contexte caractérisé par une prédominance d'organisations de services de première ligne qui s'apparentent aux Modèles professionnels de contact et de coordination, le passage à des Modèles communautaires représenterait des changements particulièrement importants et exigeants à réaliser.

Par ailleurs, comme il a été souligné dans l'analyse des effets, il est nécessaire de sauvegarder certains acquis du Modèle professionnel de contact, surtout en matière d'accessibilité et de réactivité, dans un passage à un Modèle professionnel de coordination ou à des Modèles communautaires. La gestion des transformations des services de première ligne devrait donc porter une attention particulière au maintien de tels acquis.

L'analyse des transformations suggère que la réorganisation des services de première ligne constitue toujours un processus de changement important. De toute évidence, la nature radicale ou convergente des transformations est tributaire du modèle choisi et du point de départ établi. Même quand les changements semblent convergents, comme dans le cas du passage du Modèle professionnel de contact au Modèle professionnel de coordination, ou du passage du Modèle communautaire non intégré au Modèle communautaire intégré, les transitions posent des défis importants en matière de changement.

Il est particulièrement intéressant d'analyser le passage d'un Modèle professionnel de contact à un Modèle professionnel de coordination. De fait, ce dernier maintient la dominance professionnelle tout en exigeant une telle recomposition de la représentation des rôles professionnels que l'on peut associer les changements à une position mitoyenne entre le convergent et le radical. De

même, la création d'un système intégré de services (qui constitue une version particulière du Modèle communautaire intégré) doit s'inscrire dans une logique corporative qui impose d'importants impératifs à l'autonomie professionnelle, même si elle s'appuie sur une logique professionnelle forte. Ce modèle intégré menace aussi l'autonomie des organisations puisqu'il implique une interdépendance entre les organisations qui le composent. En ce sens, la mise en œuvre du Modèle communautaire intégré constitue un changement plutôt radical.

Une réorganisation des services de première ligne en faveur d'un Modèle communautaire intégré qui saurait maintenir les bénéfices d'une logique professionnelle forte et bien valorisée constitue un changement radical prometteur dans plusieurs contextes. Reste à savoir quel type d'intégration il faut privilégier : un *système intégré de services* développé à partir d'une intégration formelle des ressources ou une *alliance communautaire* développée à partir d'une intégration virtuelle.

Quels efforts doit-on déployer pour amorcer les transformations?

Les jugements des experts ont permis d'établir un ordre croissant d'effort : Modèle professionnel de contact, Modèle professionnel de coordination, Modèle communautaire non intégré et Modèle communautaire intégré. Par ailleurs, il n'est pas acquis que les changements qui s'opèrent à l'intérieur d'une même logique (professionnelle ou communautaire) soient plus faciles à réaliser que les changements entre des modèles issus de deux logiques différentes. Dans un sens, il est probablement plus facile d'implanter un Modèle communautaire intégré en coexistence avec un Modèle professionnel de contact, parce qu'il s'agit de modèles extrêmes, complémentaires et non concurrents. À l'inverse, il peut s'avérer plus difficile de juxtaposer un Modèle professionnel de coordination à un Modèle professionnel de contact, compte tenu de leur chevauchement et de leur nature concurrentielle.

3. Conclusion

L'examen de la nature et du rythme des changements en cause dans la réorganisation des services de première ligne mène aux conclusions suivantes :

- le passage d'un modèle à un autre est toujours exigeant, puisqu'il oblige à repenser la logique professionnelle (p. ex., une plus grande responsabilisation) ou à valoriser des logiques

d'organisation (développer et formaliser l'organisation des services de première ligne) et de coopération entre les acteurs (p. ex., la multidisciplinarité) et les organismes (p. ex., la création des réseaux);

- s'il n'existe aucun modèle optimal qui convient à tous les contextes, la mise en œuvre efficace de modèles n'en repose pas moins sur une responsabilité professionnelle et populationnelle forte et axée sur une meilleure intégration des ressources;
- le processus de réorganisation des services de première ligne s'inscrit dans le temps, accommode l'expérimentation et permet aux acteurs et aux organismes de maîtriser les éléments essentiels qui sous-tendent les réorganisations;
- toute politique de réorganisation des services de première ligne doit s'appuyer sur une orientation claire et inciter les acteurs à s'engager sans tarder dans les transformations, tout en leur laissant le temps de travailler à l'émergence de modèles appropriés à leur contexte (le type de compétences et la disponibilité des ressources, le contexte dans lequel les réorganisations prennent forme, etc.).

Bien qu'une orientation claire des instances gouvernementales s'avère nécessaire pour opérer des changements significatifs et qu'elle indique une préférence, donc la prédominance d'un modèle, l'opérationnalisation de la politique doit laisser aux acteurs régionaux et locaux une marge de manœuvre suffisante pour élaborer un réseau de services de première ligne adapté à leur réalité.

Si l'on admet l'importance de la logique professionnelle dans le développement des organisations de santé, il importe d'adapter une stratégie de changement qui permette aux opérateurs (professionnels et autres) de participer à la conception et à la mise en œuvre des transformations. L'évolution naturelle des modèles d'organisation des services de première ligne s'est avérée décevante à plusieurs égards. Puisqu'un changement induit exclusivement par des dynamiques locales ne suffit pas, un dosage de changement imposé et de changement émergent apparaît nécessaire.

Scénarios de transformation des services de santé de première ligne

La mise en place de tout nouveau modèle d'organisation des services de première ligne peut être perçue comme un processus de changement susceptible d'ébranler les pratiques, la perception qu'ont les acteurs de leurs rôles et actions, y compris les valeurs auxquelles ils souscrivent, les frontières des organisations, et l'identification des décideurs à l'échelle du système et des organisations.

Plus le changement est exigeant, plus les risques sont grands et moins l'évolution est certaine. Par contre, moins le changement est exigeant, moins il semble possible de produire des effets qui iront dans la direction souhaitée. Partant d'un tel constat, on peut envisager trois grands scénarios de changement.

Scénario 1 : Le changement de type convergent

Le passage d'un modèle proximal à l'autre (du Modèle professionnel de contact au Modèle professionnel de coordination ou du Modèle communautaire non intégré au Modèle communautaire intégré) constitue un changement convergent qui prend forme de façon progressive. La réalisation d'un tel changement repose sur :

- des facteurs favorables au changement sur la scène locale, comme le leadership, les compétences pratiques et cognitives, les ressources qui sous-tendent le changement;
- des facteurs favorables au changement à l'échelle systémique, comme la capacité des autorités politiques et technocratiques d'engager des initiatives qui appuient ces transitions (p. ex., des changements dans l'incitation et les codes des professions, dans la transition entre le Modèle professionnel de contact et le Modèle professionnel de coordination, et dans les politiques de santé s'il s'agit d'une transition entre le Modèle communautaire non intégré et le Modèle communautaire intégré).

L'analyse des effets des différents modèles porte à conclure que le changement convergent ne suffit pas à mettre en place une organisation des services de première ligne qui profite à la fois de l'autonomie professionnelle et d'une plus grande intégration des soins et services.

Scénario 2 : Le changement de type radical

Ce type de changement s'applique au passage d'un Modèle professionnel de contact ou de coordination à un Modèle communautaire. Ces modèles sont ancrés dans des traditions différentes. Au Québec et en Ontario, la volonté d'attirer les professionnels de la santé dans un tel environnement a été perçue comme une remise en cause fondamentale de l'identité, du rôle et du pouvoir de la profession médicale. Mais les conditions propices à un tel changement ne semblent pas présentes. Si, dans certains cas, des professionnels sont associés à de tels centres, c'est probablement qu'ils souscrivent à une idéologie communautaire et ont évolué par choix au sein de tels organismes, ou parce que le système de services de santé a conclu, à la base, un pacte avec la profession médicale qui donne une certaine légitimité à ce mode d'organisation des services de première ligne. Ailleurs, on assiste à une coexistence parallèle de Modèles professionnels et de Modèles communautaires ou à une intégration marginale de la profession médicale dans un Modèle communautaire non intégré.

Dans une autre incarnation du changement, on reconnaît non seulement la nécessité des transformations importantes, donc radicales, mais aussi celle d'instaurer ces changements progressivement pour accommoder les ajustements et les expérimentations. Dans ce contexte, le changement est à la fois émergent et décrété. Il se réalise parce que des pressions s'exercent sur les professionnels et les organismes pour que les transformations s'opèrent. Les appareils politique et technocratique jouent un rôle clé dans ce genre de réforme. On admet toutefois que les transformations n'auront lieu que dans la mesure où les acteurs locaux arrivent à les repenser, à se les approprier et à acquérir les compétences nécessaires pour garantir leur mise en œuvre.

Scénario 3 : Le changement de type radical progressif

Lorsqu'on vise un changement radical progressif axé sur la transformation des modes d'organisation des services de première ligne, on opte pour une stratégie d'évolution par étape qui, partant d'un modèle existant, permet une amélioration continue dans le temps du mode d'organisation des services de première ligne. En ce sens, le Modèle professionnel de contact est jugé utile mais insuffisant. Il doit s'inscrire dans des modèles organisationnels qui permettent d'améliorer la coordination et l'intégration des services. Dans le cadre d'une telle démarche, les soins et services cliniques s'inscrivent dans une approche populationnelle fondée sur une responsabilisation claire et une vision élargie des rôles professionnels.

Selon ce scénario, l'implantation d'un Modèle professionnel de coordination constitue une amélioration par rapport au Modèle professionnel de contact. Mais il s'agit uniquement d'une transition vers une forme plus intégrée d'organisation telle le Modèle communautaire intégré. Même si la lourdeur des mécanismes d'intégration utilisés peut varier, il faut évoluer vers un changement radical. On remet en cause l'autonomie des organismes et le mode de valorisation de l'autonomie professionnelle pour établir de nouvelles formes de coopération aptes à sous-tendre des services globaux de première ligne. Le montage de tels systèmes ne peut être entièrement émergent ou décrété. Pour que les mutations se concrétisent, il faut miser sur des ressources locales compétentes axées sur le modèle de l'entrepreneur social, de même que sur un leadership politique fort et articulé.

Recommandations

La présente synthèse révèle qu'aucun modèle d'organisation des services de santé de première ligne n'arrive à produire tous les effets escomptés. Si les responsables et les gestionnaires des systèmes de soins de santé du Canada veulent vraiment atteindre tous les résultats mis en lumière dans le cadre de la présente synthèse, ils doivent nécessairement opter pour une combinaison de modèles d'organisation des services de première ligne.

La formulation des recommandations suivantes vise à maximiser les effets escomptés des services de première ligne, à savoir l'efficacité, la productivité, l'accessibilité, la continuité, la qualité et la réactivités, en vue d'offrir à la population canadienne les meilleurs services de santé de première ligne qui soient, compte tenu du contexte actuel.

1. Modèles d'organisation privilégiés

Les recherches menées dans le cadre de la présente synthèse des politiques font ressortir ce qui suit :

- le Modèle communautaire intégré maximise l'atteinte du plus grand nombre d'effets et ressort comme le plus avantageux à plusieurs égards : efficacité de santé et de service, qualité technique et pertinence des services, contrôle des coûts, continuité et équité d'accès;
- les résultats associés aux Modèles professionnels de contact et de coordination sont plus positifs que ceux du Modèle communautaire intégré sur le plan de l'accessibilité, notamment de l'accessibilité aux services de première ligne, et de la réactivité;
- l'organisation des services de première ligne qui domine actuellement au Canada s'inspire du Modèle professionnel de contact.

La combinaison qui maximise l'atteinte simultanée de tous ces effets est celle du Modèle communautaire intégré et du Modèle professionnel de coordination. Mais cette combinaison est vraisemblablement associée à un certain degré d'inefficacité au niveau du système puisqu'elle suppose le double emploi de ressources pour produire des effets relativement semblables.

La combinaison qui optimise l'atteinte simultanée du plus grand nombre de ces effets tout en minimisant leur dédoublement est celle du Modèle communautaire intégré et du Modèle professionnel de contact. Cette combinaison paraît aussi avantageuse sur le plan des stratégies de transformation. Elle met en présence deux modèles extrêmes d'organisation des services de première ligne qui sont susceptibles d'être complémentaires et non concurrents. Elle permet de concentrer les efforts de la transformation sur le Modèle communautaire intégré, puisque le modèle professionnel de contact correspond au modèle actuellement dominant au Canada.

IL EST RECOMMANDÉ :

- que le **Modèle communautaire intégré** soit proposé comme modèle de référence pour la transformation des services de première ligne à travers le Canada;
- qu'une attention particulière soit portée à ses lacunes, particulièrement aux chapitres de l'accessibilité et la réactivité;
- que des mesures concrètes soient engagées en vue de combler ces lacunes.

Cependant, si en raison du contexte, de préférences ou de problèmes de mise en œuvre, c'est la vision professionnelle des services de première ligne qui est retenue, il importe que les dirigeants et les responsables du système de soins de santé privilégient en second lieu le Modèle professionnel de coordination, puisque ce modèle présente plusieurs avantages au niveau de l'accessibilité (surtout aux services de première ligne), de la substitution entre les services de première ligne et ceux des autres niveaux (comme les services spécialisés et ultra spécialisés), et de la réactivité face aux patients. Notons que ce modèle s'avère moins performant que le Modèle communautaire intégré sur le plan des effets majeurs escomptés des services de première ligne, soit l'efficacité, les coûts, la continuité, l'équité d'accès et la qualité.

IL EST RECOMMANDÉ :

- que l'on privilégie la mise en place du **Modèle professionnel de coordination** dans les cas où c'est la vision professionnelle des services de première ligne qui est adoptée.

2. Mise en œuvre des modèles d'organisation

Il existe une fenêtre d'opportunité qui favorise la transformation organisationnelle des services de première ligne préconisée dans cette synthèse des politiques. Il s'agit des 800 millions de dollars du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) affectés aux coûts transitoires de mise en œuvre de projets majeurs de renouvellement des services de première ligne. Dans ce contexte, on s'attend à ce que le gouvernement fédéral et plusieurs provinces et territoires consacrent d'ici peu des sommes additionnelles aux services de santé en général, et aux services de première ligne en particulier.

IL EST RECOMMANDÉ :

- que les sommes versées dans le cadre du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires ainsi que les nouveaux fonds que le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux consacreront aux services de première ligne servent, en priorité, à financer des projets d'organisation des services de première ligne inspirés, en premier lieu, du Modèle communautaire intégré et, en deuxième lieu, du Modèle professionnel de coordination.

Pour que le Modèle communautaire intégré et le Modèle professionnel de coordination produisent les effets qui leur sont associés, leurs caractéristiques propres doivent pouvoir s'intégrer aux systèmes de santé canadiens. Plusieurs de ces caractéristiques diffèrent de celles du modèle dominant au Canada, soit le Modèle professionnel de contact. Quatre d'entre elles peuvent présenter des difficultés particulières : le financement des services; la rémunération des médecins; le travail en équipe multidisciplinaire; le soutien technologique (technologies diagnostiques, thérapeutiques et d'information).

Financement des services de santé de première ligne

La mise en place de ces deux modèles repose, dans une large mesure, sur des incitatifs financiers puissants qui tiennent compte des éléments suivants :

- les *responsabilités* face aux adhérents (dans le cas du Modèle professionnel de coordination); et face à la population d'un territoire donné (dans le cas du Modèle communautaire intégré);

- les *besoins* globaux des adhérents et des populations desservies en matière de services;
- la *coordination des services* avec ceux offerts par les autres instances oeuvrant à l'échelle des systèmes de services de santé en place.

Pour que le Modèle professionnel de coordination et le Modèle communautaire intégré puissent être mis en place dans le contexte canadien, le financement des services de première ligne doit pouvoir s'effectuer sur une base à capitation par adhérent dans le cas du premier modèle et, peut-être, sur une base à capitation par membre de la population dans le cas du deuxième.

Les services ainsi financés doivent dépasser les frontières traditionnelles des services médicaux de première ligne pour englober, entre autres, les services de première ligne autres que médicaux, les services médicaux et hospitaliers spécialisés, les médicaments, les services diagnostiques et thérapeutiques, les services à domicile et palliatifs, etc. Dans le cadre des expériences analysées, on constate que l'intégration de ce financement s'effectue de deux façons, soit au niveau local ou au niveau régional.

Ce mode de financement peut toutefois influencer négativement les décisions cliniques des professionnels oeuvrant dans le cadre de ces modèles d'organisation de services de première ligne. Il peut les inciter à considérer les risques financiers liés à la gravité ou à la complexité des problèmes de santé des personnes dans la sélection de leur clientèle ou dans la prestation de leurs services. Pour minimiser ce risque, il importe :

- d'établir des liens étroits entre le montant versé à capitation et les coûts anticipés des soins aux personnes et populations desservies;
- d'instaurer un système de partage des risques pour éviter qu'un problème de santé non prévisible, très grave et très coûteux chez une ou quelques personnes ne vienne hypothéquer la capacité financière de ces modèles de services de première ligne.

IL EST RECOMMANDÉ QUE LES PROVINCES SOIENT ENCOURAGÉES À :

- financer les modèles de services de première ligne selon une formule à capitation par adhérent ou selon une formule à capitation par membre d'une population, selon que l'organisation des services relève du Modèle professionnel de coordination ou du Modèle communautaire intégré;

- intégrer dans leur financement l'ensemble des services offerts aux populations ou aux adhérents desservis;
- lier étroitement l'ampleur des montants à capitation aux coûts anticipés des soins aux populations ou aux adhérents desservis;
- instaurer des mécanismes de partage des risques entre les organisations des services de première ligne financées sur la base à capitation.

Rémunération des médecins

L'instauration d'une organisation des services de première ligne inspirée du Modèle professionnel de coordination ou du Modèle communautaire intégré dépend également de la capacité de rémunérer les médecins qui assurent les services de première ligne d'une autre manière qu'à l'acte. La rémunération des médecins évoluant au sein du Modèle communautaire intégré est forfaitaire et se fonde principalement sur le temps investi à s'acquitter de leurs obligations professionnelles (cliniques, administratives, d'enseignement ou de recherche). Celle des médecins évoluant au sein du Modèle professionnel de coordination est fondée sur un *per capita* par adhérent ou est mixte combinant un *per capita* par adhérent, un montant forfaitaire et/ou une rémunération à l'acte. L'importance relative de chacun de ces modes peut varier selon les contextes.

Dans une organisation des services de première ligne inspirée du Modèle professionnel de coordination, le financement des services et la rémunération des médecins peuvent se superposer. Il en est ainsi lorsque la prestation des services est financée à même la rémunération des médecins, sur une base de *per capita* par adhérent. Cette superposition du financement et de la rémunération peut éventuellement poser un dilemme aux médecins pris entre leurs responsabilités cliniques envers les adhérents et leur imputabilité financière.

Deux choix s'offrent pour concilier ces exigences contradictoires :

- Établir, tel que mentionné antérieurement, des liens étroits entre l'ampleur du *per capita* et les coûts anticipés des soins aux personnes inscrites et jumeler le *per capita* par adhérent à un système de partage des risques; ou
- Dissocier le mode de financement des services de première ligne et la rémunération des médecins. Le financement se fondera alors sur la base d'un *per capita* par adhérent et la rémunération des

médecins s'effectuera sous forme d'un versement forfaitaire qui tient compte de l'ampleur et de la complexité de leurs obligations professionnelles.

IL EST RECOMMANDÉ :

- que les provinces permettent et même favorisent le recours aux modes de rémunération des médecins de type forfaitaire, *per capita* par adhérent, et mixte afin de faciliter le développement du Modèle communautaire intégré et du Modèle professionnel de coordination au Canada.

Travail en équipe multidisciplinaire

Les pratiques observées dans le cadre des deux modèles d'organisation des services de première ligne recommandés reposent, à divers degrés, sur le travail qui s'effectue au sein d'équipes multidisciplinaires. Cette collaboration professionnelle tient à plusieurs conditions, soit une vision commune, la confiance et le respect mutuels des professionnels, ainsi que la reconnaissance des champs d'action spécifiques.

L'acquisition de ces attitudes et comportements passe par de longs apprentissages qui débutent avec la formation et se prolongent dans les milieux de pratique. Ceux liés à la formation se perdent rapidement si les diplômés ne trouvent pas un lieu d'accueil où exprimer leurs valeurs et faire valoir leurs attitudes et leurs comportements. Il faut également fournir des efforts pour réduire les obstacles structureaux qui nuisent à la collaboration interprofessionnelle.

IL EST RECOMMANDÉ :

- qu'on prévoie un financement approprié des projets de formation interdisciplinaire (comme des programmes, des stages, etc.) et des expériences axées sur la pratique multidisciplinaire, de manière à favoriser et à renforcer sa pérennité;
- que les obstacles (soit les lois régissant les pratiques professionnelles et les conventions collectives) au travail en équipe multidisciplinaire soient identifiés et éliminés.

Soutien technologique

Le recours au soutien technologique est plus marqué dans le Modèle professionnel de coordination et le Modèle communautaire intégré que dans les autres modèles. L'une des contraintes majeures à la mise en place de ces modèles d'organisation des services de première ligne dans les différents contextes canadiens pourrait tenir à l'absence ou au sous-développement

de technologies appropriées au niveau de l'information, du diagnostic et du traitement au sein même des organisations des services de première ligne.

IL EST RECOMMANDÉ :

- qu'on favorise et finance la mise en place de systèmes intégrés d'information capables d'accommoder les données cliniques complètes et pouvant servir aux divers groupes de professionnels qui assurent la prestation de services;
- qu'on favorise et finance l'utilisation de tels systèmes à des fins de gestion et de planification, tout en engageant les mesures nécessaires pour garantir l'anonymat et la confidentialité des parties en cause;
- qu'on favorise et finance la mise au point de technologies diagnostiques et thérapeutiques au sein des organismes qui assurent les services de première ligne.

3. Stratégies de transformation

L'analyse des stratégies de transformation révèle que le passage d'un modèle d'organisation des services de première ligne à un autre est toujours exigeant, puisqu'il faut repenser la logique professionnelle, améliorer les logiques organisationnelles et accroître la coopération entre les professionnels et les organisations. De tels changements s'effectuent au fil du temps. Un changement imposé ou subit ne permet pas aux professionnels et organismes d'engager les transformations nécessaires sur le plan des pratiques. Un changement modulé en fonction des défis qui se posent aux acteurs et aux organismes ne doit pas masquer l'importance des transformations significatives.

Toute stratégie de transformation de l'organisation des services de première ligne suppose :

- 1) qu'on adopte une orientation claire quant à la direction visée;
- 2) qu'on alloue du temps pour permettre l'émergence de modèles appropriés aux différents contextes et pour initier les professionnels et les organisations aux nouvelles façons de faire qui sous-tendent les transformations.

IL EST RECOMMANDÉ :

- que les responsables des systèmes de services de santé fassent clairement et rapidement connaître le modèle d'organisation des services de première ligne qu'ils privilégient.

Par ailleurs, chacun des modèles affiche des caractéristiques propres dont la cohérence doit être préservée pour arriver à produire les effets observés ou escomptés.

IL EST RECOMMANDÉ :

- qu'au moment d'élaborer des services de première ligne inspirés du Modèle professionnel de coordination ou du Modèle communautaire intégré, on tienne compte, au minimum, des caractéristiques distinctives décrites dans le présent rapport;
- que le rythme des transformations suffise à permettre aux acteurs et aux organismes d'examiner de nouvelles façons de faire et d'obtenir la formation requise.

4. Priorités de recherche

La présente synthèse des politiques permet d'identifier des priorités de recherche axées sur les méthodologies de recherche liées à l'évaluation des systèmes de santé, ainsi que sur la mise en oeuvre des modèles.

Observations relatives aux méthodes de recherche :

- il importe de mener des études comparatives systémiques fondées sur des méthodes qualitatives et quantitatives;
- malgré la pénurie de données canadiennes, les systèmes de santé du Canada intègrent des modes d'organisation des services de première ligne fondés sur différents modèles compris dans la taxonomie, un terrain d'observation qui demeure sous-exploité;
- on note l'absence de données sur certains indicateurs et certaines mesures de résultats importants aux systèmes de soins de première ligne, notamment en ce qui touche l'accessibilité, l'équité et la réactivité;
- on note une pénurie de données permettant de suivre l'implantation des réformes.

Observations relatives aux modèles :

- les modèles davantage axés sur la prestation des soins dans un cadre organisationnel plus formalisé (les Modèles communautaires) éprouvent des difficultés à préserver la relation individuelle entre l'utilisateur-patient et le professionnel responsable de la majorité de ces services;

- cette situation engendre une réactivité plus faible et limite l'accès, un résultat qui soulève des préoccupations;
- les transformations peuvent exiger un certain degré de développement organisationnel susceptible d'entraver cette relation.

Pour maximiser les effets escomptés des services de première ligne, on recommande la mise en place d'une combinaison de modèles. Il y a lieu d'examiner de près la coexistence de modèles issus de deux logiques différentes (communautaire et professionnelle) et d'analyser les conditions qui facilitent ou empêchent la création de liens interorganisationnels entre ces derniers. Dans le cadre de la présente synthèse des politiques, les effets ont été mesurés modèle par modèle, en postulant que les modèles étaient relativement purs. Mais dans les faits, divers modèles cohabitent avec le modèle dominant dans tous les systèmes de santé. Il importe d'élaborer des recherches à l'échelle des populations qui permettent d'évaluer les résultats de différentes configurations de modèles.

Partant du constat qu'il n'existe aucun modèle optimal (c'est-à-dire supérieur aux autres par rapport à l'ensemble des effets escomptés des services de première ligne), il y aurait lieu d'établir, en consultation avec divers groupes d'intervenants des services de première ligne, s'il est possible de définir une hiérarchie des effets. Une telle hiérarchisation permettrait de mieux saisir les points de résistance et les possibilités de changement, de même que les stratégies à concevoir pour améliorer les qualité des services de première ligne au Canada.

IL EST RECOMMANDÉ :

- que les organismes qui subventionnent la recherche accordent une importance prioritaire aux activités de recherche suivantes :
 1. Réaliser des études comparatives portant sur différents modèles d'organisation des services de première ligne en adoptant des perspectives populationnelles et en s'appuyant sur des méthodes quantitatives et qualitatives pour tenir compte de la complexité des systèmes étudiés.
 2. Développer des indicateurs de processus et de résultats plus appropriés pour suivre les transformations de première ligne sous l'angle de l'accessibilité, de la réactivité et de l'équité.
 3. Établir comment appuyer l'intégration des logiques professionnelles et des logiques organisationnelles à l'intérieur des modèles plus structurés comme le Modèle professionnel de coordination et les deux Modèles communautaires.
 4. Cerner l'importance relative que les groupes d'acteurs visés par les services de première ligne accordent aux effets escomptés de tels services.
 5. Évaluer les possibilités de coexistence de modèles fondés sur la logique communautaire et professionnelle à l'intérieur d'un même système de santé, notamment les facteurs qui favorisent ou limitent les interactions entre ces deux modèles, compte tenu des résultats observés auprès de populations.

Aperçu général des trois annexes

Le rapport principal s'accompagne de trois annexes qui décrivent en détail les démarches de recherche engagées par l'équipe de chercheurs dans la production du rapport. Ces annexes sont disponibles séparément, sur demande, en communiquant avec la *Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé* au numéro suivant : (613) 728-2238.

Annexe 1 : Taxonomie des modèles d'organisation des services de première ligne

L'annexe 1 examine les trois paramètres qui ont servi à classer les divers modes d'organisation des services de première ligne. Elle décrit les méthodes en quatre étapes utilisées pour dresser la taxonomie, soit la sélection, la description, la synthèse et le regroupement des cas. Enfin, on y analyse en profondeur, exemples à l'appui, les quatre modèles d'organisation des services de première ligne communautaires et professionnels existants et leur application au contexte canadien.

Annexe 2 : Analyse des effets associés aux modèles d'organisation des services de première ligne

L'annexe 2 aborde les effets associés aux modèles d'organisation des services de première ligne. Après avoir établi les six types d'effets recherchés, ces derniers sont évalués en fonction de deux principaux outils de mesure : les données empiriques et les jugements des experts. On y dresse aussi, selon les approches et la force des données, la synthèse des effets associés aux modèles. Finalement, les données empiriques et les jugements des experts sont intégrés, puis on livre les résultats en fonction de l'efficacité, de la productivité, de la continuité, de l'accessibilité et de la qualité. Finalement, on fait état des résultats en fonction des modèles pris individuellement et en combinaison.

Annexe 3 : Processus de transformation des services de première ligne

L'annexe 3 porte sur le processus de transformation des services de première ligne, y compris les problèmes ainsi engendrés. On y examine dans le détail les grands principes qui sous-tendent cette transformation et les trois types de représentations envisagées. Il est ensuite question de la méthodologie utilisée et de l'analyse en profondeur des divers processus de transformation. Plusieurs hypothèses sont également avancées en matière de transformation de l'organisation des services de première ligne, compte tenu des trois dimensions qui caractérisent la nature même du changement. Il en résulte trois scénarios qui font état des résultats éventuels liés à la transformation envisagée.

À la poursuite de la première ligne

Réactions au rapport soumis par Paul Lamarche *et al.*

Avis personnel
par Yvon Brunelle

Direction générale des affaires médicales et universitaires
Ministère de la Santé et des Services Sociaux

Novembre 2003

1 Introduction

Un thème est récurrent dans les documents politiques récents, produits partout au Canada, c'est celui de la nécessité d'instaurer une première ligne capable d'orienter ou de canaliser la demande. Le rapport produit par Paul Lamarche *et al.* et intitulé *Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*, arrive au bon moment. Il est en continuité avec divers efforts internationaux faits en ce sens. En outre, le rapport fournit des apports précieux, dont certains sont spécifiques aux contextes canadien ou simplement québécois.

Certains sujets traités apparaissent purement descriptifs. Mais ils permettent de contraster la situation des provinces canadiennes, par rapport à celles d'autres sociétés dotées d'une première ligne effective. Nous ne sommes plus face à une nouvelle quête du « Graal 1^{ère} ligne ». Le caractère commodément utopique de cette quête tend à disparaître, entraînant avec lui ce qui justifiait *de facto*, pour les appareils politico-administratifs, de ne pas l'atteindre.

De plus, possiblement sous l'influence du principal chercheur, le rapport conduit à des résultats exprimés sous des formes ayant un fort potentiel polémique. C'est que les auteurs poussent l'analyse en départageant les modèles gagnants des perdants, du moins selon les principaux effets officiellement recherchés par les systèmes publics de soins.

2 Caractéristiques de la taxonomie

Les chercheurs ont élaboré une taxonomie polarisée sur deux axes, l'un allant de communautaire à professionnel et l'autre de non intégré à intégré. Il en résulte 4 modèles d'organisation appelés : le « professionnel de contact », le « communautaire non intégré », le « professionnel de coordination » et le « communautaire intégré ». Toute personne, familière avec les systèmes de soins comparés, peut assez facilement classer l'axe dominant de chaque système national. Ceci donne une validité empirique à la taxonomie. À coup sûr, cette section demeurera une référence.

Un premier enseignement en découle : les provinces canadiennes sont toutes axées principalement sur le modèle « professionnel de contact ». Il est non intégré. Le modèle « communautaire non intégré » correspond à la grande majorité des CLSC québécois.

À la rigueur, et par défaut, on peut soutenir que le modèle communautaire intégré se retrouve dans certains territoires ruraux desservis par des centres de santé ou coopératives de santé (ex. Saskatchewan) et quelques CLSC québécois. Finalement, le modèle « professionnel de coordination » émerge, à l'heure actuelle, mais timidement sous les diverses variantes provinciales de groupes de médecine de famille (GMF).

Présentées comme typiques de l'un ou l'autre modèle, des caractéristiques servent à les départager. Par exemple, on parlera du mode de rémunération et de la vision. Si le mode de rémunération déchaîne facilement les passions, il est rare que la vision en fasse autant. Dans le rapport de Lamarche *et al.*, on y réussit. C'est l'importance de la cohérence entre la vision ET les caractéristiques requises, par un modèle donné plutôt qu'un autre, qui fait apparaître les vrais enjeux d'une vision. Il devient alors évident que de grandiloquents discours ont été, depuis des « lunes », en porte à faux par rapport aux caractéristiques qui auraient été requises pour les concrétiser.

Certains effets classiques (ex. accessibilité, équité), recherchés par les systèmes publics de soins, sont avancés par les auteurs. La liste ne soulève pas en elle-même de grosses difficultés. Ils sont tous éminemment souhaitables. À ma connaissance, en soi, jamais personne n'a sérieusement prétendu être contre la qualité. C'est d'ailleurs ce qui incite à l'invoquer régulièrement avec d'autres thèmes « sûrs », mais souvent sous forme de mantra. À long terme, le tout porte malheureusement à la somnolence. C'est un piège dont se sont bien gardés nos auteurs, ce dont nous pouvons leur être reconnaissants.

3 Vers des polémiques

Le premier niveau de polémique réside dans le croisement fait entre les 4 modèles de la taxonomie et leur potentiel respectif à plus ou moins atteindre certains des effets recherchés (ex. efficacité, productivité). Il en résulte un classement. Deux modèles ressortent comme « gagnants » et deux « perdants ». Puisque ce classement est établi à partir des enseignements retenus de la littérature choisie, cette polémique sera dans un premier temps de nature méthodologique, donc plutôt réservée aux experts qu'aux profanes.

Deuxièmement, même si les auteurs escamotent la réalité du rationnement, ils montrent que divers effets peuvent être recherchés par un système de soins, mais que des choix doivent être faits. Un remarquable diagramme en forme de toile d'araignée l'illustre. En continuité avec le spectaculaire rapport 2000 de l'OMS, on retient que des gains sur certains effets, par exemple l'accessibilité et la réactivité, tendent à être « payés » par des performances moindres à d'autres chapitres. Si ces constats ne heurtent par l'univers méthodologique des experts, ils créent un second niveau de polémique interpellant cette fois les appareils politico-administratifs.

4 Modèles « gagnants » et « perdants »

Les provinces canadiennes apparaissent comme principalement centrées sur le modèle « professionnel de contact », ceci ne surprendra personne. Le choc survient lorsqu'il transparait que c'est, des 4 modèles, le grand perdant. Le Québec se distingue un peu par ses CLSC, correspondant surtout au modèle « communautaire non intégré ». Il affiche donc les deux modèles perdants!

Les modèles gagnants n'ont qu'un rôle marginal dans le présent contexte canadien. Ce qui rend possiblement compte de la difficulté à instaurer une « vraie » première ligne. Et dire qu'il n'y a pas si longtemps encore, on annonait volontiers que « *Nous avons le meilleur système de soins au monde n'ayant besoin que de changements à la marge* ». Après le classement de l'OMS (Canada : 30^e), voici un autre dur coup pour les croyants.

La mise en lumière des caractéristiques (ex. responsabilité clinique et financière) de chaque modèle amplifie le choc. Car on doit alors reconnaître que, malgré plus de 15 ans de multiples réformes, toutes les provinces restent centrées sur un ensemble inamovible de caractéristiques aussi déterminantes, qu'inadéquates pour concrétiser l'atteinte d'une première ligne, autre que mythique. Il est vrai que certaines dimensions structurelles furent modifiées, et à souhait (ex. régionalisation, fusions). Hélas, elles ne font pas partie des caractéristiques présentées comme vitales. « Aurait-on loupé le train? » devient une troublante question au fur et à mesure qu'on progresse dans la lecture / compréhension du rapport.

5 Une des sources de la domination d'un modèle perdant

Il est un peu regrettable que les auteurs ne fassent pas un lien entre la domination du modèle perdant et les cinq principes de la loi canadienne. Ces derniers (ex. transférabilité) tendent à sculpter un système canadien, en démarquant d'une façon particulière les systèmes de soins des provinces canadiennes des autres systèmes publics. Nous avons le seul système occidental où prévalent, **simultanément** :

- Une mobilité « instantanée » pour les usagers, en principe capables de consulter tout médecin (divers spécialistes inclus) et de recourir à tout centre hospitalier (centres universitaires inclus).
- Une absence de toute forme de participation directe aux coûts, tickets orienteurs inclus. Du moins pour les deux piliers que sont le médecin et l'hôpital.
- Une grande liberté pour le médecin qui peut s'établir où il veut, à tout le moins à titre privé, ce qui est usuel. Mais ce qui est beaucoup moins usuel est le droit de facturer ipso facto au système public, à l'exception du Nouveau Brunswick, principalement sur une base de rémunération à l'acte et sans beaucoup de contraintes.

Puisque tout système de soins rationne, la forme de rationnement induite par le système canadien s'exerce par un étranglement particulièrement sévère de l'offre publique (ex. ratio médecin, type de professionnels assurés, exclusion de soins primaires : vision, médicaments, etc.). L'absence d'un accès hiérarchisé orientant (ticket) et canalisant (inscription) la demande fait que cette dernière est alors davantage hachée (silos), bloquée (attentes) ou niée (non-assurance de soins primaires). Cette situation contraste avec celle de divers systèmes de soins nordiques qui, eux, correspondent au modèle « communautaire intégré », LE modèle gagnant de Lamarche *et al.*

En fait, les deux modèles gagnants requièrent des caractéristiques qui ne peuvent que difficilement coexister avec l'ensemble des cinq principes, du moins tels que compris et appliqués à ce jour. C'est le modèle « professionnel de contact » qui apparaît y répondre le mieux. Il domine d'ailleurs. Aussi, le rapport de Lamarche *et al.* me semble constituer une remise en cause directe du système canadien, malgré les efforts faits en dernière partie du rapport pour « limiter les dégâts ».

6 Deux obstacles ou même récifs

Les auteurs ont poussé loin le caractère controversé de leur recherche. L'attribution, pour chacun des effets recherchés, de rangs à chacun des 4 modèles, allant de 1 (le bon élève) à 4 (le cancre), accentue les écarts perçus entre les vertus respectives des modèles. Notre modèle « professionnel de contact » en sort très amoché.

Or, les auteurs ont recouru à un nombre restreint de recherches, car divers critères ont amené une mise à l'écart de plusieurs. De plus, une faible proportion d'experts a participé jusqu'au bout à un exercice parallèle de validation pour le contexte canadien. Ces facteurs auraient dû amener une démarche prudente, plus axée sur un pôle « pédagogique » que « prescriptif ». Un classement par rang n'était peut-être pas le plus indiqué pour ce faire. À un autre extrême, il est vrai qu'on aurait pu tomber dans un piège. Par exemple, en recourant abusivement à la facilité d'un classement découlant d'un approximatif score subjectif pondéré, le tout baignant dans de rassurants intervalles de confiance, (ex. 8.1-8.7/10, 7.8-8.3/10, etc.). Mais nos auteurs ont choisi de foncer.

Les résultats spécifiques de la taxonomie secouent. Le rang obtenu par le modèle « professionnel de contact » sur certains effets, en particulier la qualité, ne peut que susciter tollé et vertes indignations professionnelles ou ... méthodologiques. Ceci a souvent pour conséquence regrettable d'absoudre les appareils politico-administratifs de l'obligation de s'interroger sur la situation prévalente. Présenté en lien avec le recours à une capitation, comme mode de paiement ou de rémunération, l'ensemble fera office de chiffon rouge pour plusieurs. D'autant plus que les auteurs mettent de l'avant la composante la plus provocante d'une capitation, soit le *per capita* et non les liens spécifiques ou la responsabilité clinique.

7 Certains silences

La saturation du potentiel de polémique du rapport explique peut-être des silences, mais deux omissions me semblent particulièrement regrettables.

Tout d'abord, les auteurs ne discutent pas des implications d'une éventuelle adaptation des modèles gagnants, surtout pour les usagers. La mobilité « instantanée » des usagers, prévalant actuellement, serait mise en cause par l'adaptation de l'un ou l'autre des deux modèles gagnants. Présentement, cette mobilité « instantanée » conduit à une responsabilité clinique qui tend à n'être que « sporadique », limitée à un épisode de soins ou une visite. Or, c'est une responsabilité clinique et financière continue qui sous-tend les modèles gagnants proposés. Elle requiert une forme de lien précis / spécifique / unique / permanent (relativement), caractéristique numéro 1 d'un système de capitation. Leur indéniable connaissance de la littérature et des systèmes de soins de référence, principalement des pays nordiques, ne peut pas avoir permis aux auteurs d'ignorer ce fait.

D'autre part, le silence entourant la question du rationnement permet aux auteurs de formuler, en conclusion, une étonnante proposition dont le bénéfice immédiat le plus évident est de sauver la chèvre et le chou. Le rapport montre que le modèle « professionnel de contact » domine actuellement au Canada et affiche, à tout le moins en principe, de bons scores sur l'accessibilité et la réactivité. Mais, globalement, c'est LE perdant. En revanche, le grand gagnant, soit le modèle « communautaire intégré », domine sur les autres effets (ex. qualité). Mais fait piètre figure en termes d'accessibilité et de réactivité. En conséquence, Lamarche *et al.* proposent de les combiner, eureka! Dès lors, plus besoin d'étaler les conséquences de choisir un des 4 modèles. Le principal calvaire de tout appareil politico-administratif est évité, rendons leur grâce. De plus, bénéfice marginal non négligeable, d'autres recherches sont requises. Car les auteurs reconnaissent que cette combinaison n'existe en nul endroit pour le moment, du moins

comme axe principal d'un système. Et, il n'y a aucune « évidence » à l'effet que ce soit par hasard ou par paresse intellectuelle. D'autres recherches pourront certes le préciser, mais les inévitables mécanismes de raisonnement de l'un et de l'autre modèle ne sont pas les mêmes. Encore faut-il accepter de les reconnaître et d'en discuter.

8 CONCLUSION

Souvent, les appareils politico-administratifs reprocheront aux chercheurs le caractère éthéré, alambiqué, ambigu ou équivoque de leurs travaux s'exprimant dans des « briques » indigestes pour « initiés », survenant au mauvais moment. De plus, quasi toutes les recherches se terminent sur l'heureuse conclusion, un brin corporatiste, que d'autres recherches sont requises! À l'exception de ce dernier reproche, ces remarques ne s'appliquent pas dans le cas présent.

Il reste, il est vrai, les toujours plaisantes querelles méthodologiques d'experts. Ce peut être un commode refuge pour les appareils politico-administratifs que de se camper dans la paisible attente de conclusions finales consensuelles, d'autant plus qu'elles ne viendront pas. Mais il est aussi possible que les qualités du rapport de Lamarche *et al.* permettent de surmonter cette inertie. En effet, il se révèle peu verbeux, facile à lire et remarquablement synthétique (38 pages), ce qui

augmente le nombre de lecteurs potentiels. Il produit souvent un « effet de sens » (*face validity*), parfois contestable il est vrai mais suscitant dès lors discussions et interrogations. Finalement, il est d'actualité, clairement lié à la prise de décision et peut être appuyé par la capacité reconnue de communication de plusieurs des auteurs.

En résumé, le rapport de Lamarche *et al.* me semble de ces très rares documents questionnant la prise de décision, provoquant la réflexion, suscitant la discussion et auxquels on réfère encore 10 ans plus tard. Il reste à espérer que ce ne soit pas aussi à titre d'occasion manquée.

NOTE : je remercie Michel Clavet et Marie Demers pour leurs précieux commentaires.

Fort d'une formation pluridisciplinaire — en sciences politiques, sociologie, administration et épidémiologie — Yvon Brunelle travaille actuellement comme chercheur au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, à la Direction des affaires médicales. Ses champs d'expertise recouvrent les systèmes de soins comparés, l'approche « macro » de la qualité dans les systèmes de soins et les dimensions organisationnelles des systèmes de soins. À ce jour, il compte quelque 80 publications et 300 présentations à son actif.

Commentaire sur le rapport intitulé : *Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de première ligne au Canada*

Kathy Eagar

***Directrice, Centre for Health Service Development
Université de Wollongong, Australie***

Observations préliminaires

L'équipe de recherche mérite des félicitations pour la qualité de sa synthèse. Le rapport est bien écrit, avec une structure et une logique claires, et devrait apporter beaucoup à l'élaboration des politiques. Par souci de concision, ce commentaire ne traitera pas en détail des points forts du rapport, mais soulèvera plutôt les points problématiques et les possibilités d'orientation future.

Méthode

La force de cette synthèse est d'avoir réuni les principales caractéristiques des soins primaires et établi une taxonomie utile avec quatre modèles seulement, chacun de ces modèles possédant certaines dimensions (vision, structure organisationnelle, etc.). Elle présente ainsi sept effets souhaitables et évalue chaque modèle en regard de ceux-ci.

Cette méthode mène inévitablement à une série de recommandations pour adopter un ou plusieurs de ces modèles dans son entier. Elle suppose implicitement que tous les attributs du modèle sont essentiels et également souhaitables.

Les données probantes à l'appui de chaque attribut

Tout en constituant la principale force de la synthèse, la méthode employée est aussi sa faiblesse. Comme chaque modèle comporte plusieurs attributs, les principales données présentées à l'appui de chacun de ces attributs ne sont pas toujours claires ni fortes.

La meilleure façon d'évaluer les données d'un attribut (comme les points forts et les points faibles relatifs de divers modes de paiement) est d'examiner chaque attribut en particulier. Cependant, comme la synthèse des politiques le souligne avec raison, ces attributs ne sont pas des éléments isolés et leurs effets sont interactifs.

Financement et modes de paiement

Les données concernant ces deux points manquent de force. Le financement et le mode de paiement sont deux questions séparées tout en étant reliées, or elles sont confondues dans les modèles. Les recommandations sur le financement ont d'importantes répercussions qui dépassent de loin les services de santé de première ligne. Compte tenu de la portée de la synthèse, il était impossible d'évaluer l'impact général au niveau du système et quand on ne fait pas cela, malheureusement, les données sur le financement manquent.

Il existe une documentation de plus en plus riche sur la conception des systèmes de financement et de paiement (y compris les leviers et les incitatifs financiers) qui dépasse largement le cadre des services de santé de première ligne. Les données allant au-delà des services de santé première ligne devraient en principe renforcer les arguments en faveur de la capitation. Mais cela débordait du cadre de l'analyse. Les données probantes pourraient aussi renforcer le dossier du financement, bien que cela soit improbable parce que l'examen des effets au niveau du système débordait le cadre de la synthèse.

Données probantes sur la nature complémentaire du modèle communautaire intégré et du modèle professionnel de coordination

Les données sur ce point aussi manquent de force. Les chercheurs déclarent qu'il n'est pas possible de réaliser les sept effets de façon optimale, ce qui est une conclusion raisonnable soutenue par de solides données. Cependant, ces données ne vont pas jusqu'à appuyer une conclusion selon laquelle la mise en œuvre de deux modèles obtiendrait le meilleur des deux mondes.

De la synthèse des politiques au débat d'orientation

Ce rapport montre les points forts mais aussi les limites de l'utilisation exclusive des données probantes pour établir une politique. Les politiques ne sont pas uniquement appuyées sur des données probantes, mais aussi sur des valeurs et des réalités. Cette synthèse des politiques constitue une importante plate-forme pour aller plus loin et diriger l'effort vers un débat d'orientation dans lequel les valeurs et les réalités seraient également reconnues. La synthèse et le débat contribueraient alors ensemble à amener des changements dans les politiques.

La synthèse des politiques adopte une approche à plusieurs variables. L'étape suivante se déroulerait mieux sur le mode progressif avec pour but d'élaborer des priorités politiques plutôt qu'un modèle qui tenterait de bien tout faire. Voici des questions/approches clés à examiner :

- Sachant qu'il est impossible de réaliser les sept effets de façon optimale, quels sont alors les grands objectifs que le Canada désire atteindre?
- Il serait utile de commencer par refondre les sept effets en les divisant en deux catégories. Dans l'une, il y aurait les effets visant principalement à

maintenir et à améliorer la santé des collectivités (efficacité, productivité, équité et qualité), tandis que dans l'autre, se situeraient les effets visant l'entretien et l'amélioration de la santé des personnes (accessibilité, continuité et réceptivité). Cela permettrait de reposer la question de sorte à décider si la priorité est d'améliorer la santé des collectivités ou celle des personnes au niveau individuel.

- Les données probantes présentées laissent entendre que les modèles communautaires sont généralement plus indiqués pour réaliser des effets communautaires. Les modèles professionnels, quant à eux, sont meilleurs pour réaliser la plupart des effets à l'échelle individuelle. D'un point de vue personnel, la tâche principale est d'améliorer la santé de collectivités entières et non seulement de présenter ou d'enrôler des personnes; je m'appliquerais alors en priorité à réaliser l'efficacité, la productivité, l'équité et la qualité avant la disponibilité, la continuité et la satisfaction à l'échelle du patient. Mais d'autres auront peut-être un autre point de vue.
- À titre indicatif, cependant, imaginons qu'il soit possible de conclure un accord selon lequel les effets communautaires aient préséance sur les effets individuels. La prochaine étape serait alors d'évaluer la faisabilité et l'utilité d'adopter une approche communautaire intégrée dans le contexte canadien. Cette démarche exigerait une analyse débordant largement les services de santé de première ligne, parce qu'il est impossible d'avoir un modèle communautaire intégré à moins que d'autres paliers du système de santé ne soient, eux aussi, mieux intégrés. Cela exigerait aussi une définition plus précise des types et des niveaux d'intégration, montrant les différences entre intégration formelle et informelle, intégration virtuelle, intégration et coordination, etc. Les points clés comprennent notamment (mais sans s'y limiter) la planification et le financement axés sur les besoins de la population, les zones de responsabilité, les mesures d'incitation et les possibilités de substitution (substitution de service et non seulement substitution généraliste-spécialiste), la taille optimale d'un service ou d'un système intégré, la propriété du capital et de la production, et la gestion des risques.
- Ayant décidé du type et du niveau d'intégration du souhaitable (valeurs) et du possible (réalités), la prochaine question est d'examiner comment on peut pallier les faiblesses du nouveau modèle. Cela peut comprendre des faiblesses dans la disponibilité, la continuité et la satisfaction du côté du patient.

- Ayant convenu du type de système qui répondra le mieux aux besoins futurs du Canada, la prochaine étape serait de déterminer la meilleure façon de financer ces organismes. D'après ma connaissance de la documentation internationale et ma propre expérience, la réponse à cette question serait probablement une sorte de financement basé sur les besoins de la population, mais ce point ne peut être déterminé avant que les questions susmentionnées n'aient été réglées.
- Le dernier point est de déterminer comment les fournisseurs travaillant dans le domaine, l'organisation ou la représentation des services de santé de première ligne (ou d'un secteur plus vaste ou d'une autorité régionale de la santé dans un modèle formellement intégré) seraient payés. Les possibilités ici ne sont pas limitées au choix binaire : rémunération à capitation ou rémunération à l'acte. Elles comprennent un mélange des deux, plus d'éventuelles mesures incitatives financières pour produire les résultats et/ou les extrants voulus (comprenant potentiellement la disponibilité, la continuité et la satisfaction du côté du patient).

Conclusion

Cette synthèse contribue beaucoup à l'établissement d'un cadre politique cohérent. Cependant, une synthèse des politiques ne constitue qu'une partie du processus, les valeurs et les réalités ayant aussi un rôle légitime et essentiel à y jouer. Il est rare que les données probantes dans une synthèse des politiques soient assez fortes pour soutenir à eux seuls la réorganisation intégrale des services de santé et cette synthèse ne fait pas exception à la règle. Comme celle-ci l'indique très élégamment d'ailleurs, la réalisation d'un changement de culture et de structure réussi est une chose difficile. À elles seules, les données probantes, qu'elles soient fortes ou faibles, ne suffisent pas pour atteindre ce but.

La professeure Kathy Eagar est directrice du Centre for Health Service Development (CHSD) à l'Université de Wollongong, en Australie. Elle possède plus de vingt-cinq ans d'expérience dans les systèmes de santé australiens. Pendant ce quart de siècle, elle a partagé son temps entre ses fonctions de clinicienne, un poste de haute direction et des tâches universitaires dans le domaine de la santé. Elle a écrit plus de 200 articles, documents et rapports sur la gestion, la qualité, les résultats, les systèmes d'information et le financement des systèmes de santé australien et néo-zélandais. En outre, elle a acquis une grande expérience dans la recherche sur les soins de santé primaires.

Ce document est disponible sur le site web de la
Fondation canadienne de la recherche sur les services
de santé (www.fcrss.ca).

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la
Fondation canadienne de la recherche sur les services
de santé, communiquez avec la Fondation :
1565, avenue Carling, bureau 700
Ottawa (Ontario) K1Z 8R1
Courriel : communications@fcrss.ca
Téléphone : (613) 728-2238
Télécopieur : (613) 728-3527

This document is available on the Canadian Health
Services Research Foundation Web site
(www.chrsf.ca).

For more information on the Canadian Health
Services Research Foundation, contact the
Foundation at:
1565 Carling Avenue, Suite 700
Ottawa, Ontario K1Z 8R1
E-mail: communications@chrsf.ca
Telephone: (613) 728-2238
Fax: (613) 728-3527