

CSSS ET ACCESSIBILITÉ AUX SOINS PRIMAIRES

■ Par Dorice Boudreault, M.D.,
CSSS du Haut-Saint-Laurent
et CSSS du Suroît et

Yves Lambert, M.D., CSSS Champlain ■

« Tous les gens sont égaux mais certains sont plus égaux que d'autres ». Telle est l'analogie que nous avons trouvée pour décrire notre perception de ce qui se passe dans les CSSS de la Montérégie à l'égard de la prise en charge des clientèles vulnérables et des patients orphelins.

Autour de la table du comité de direction du DRMG, tous s'entendent pour dire que la priorité est élevée à l'égard de cette problématique et qu'elle constitue une part importante des discussions dans les réunions des comités locaux.

Les cibles apparaissent assez claires et font consensus: la vision systémique des liens entre une prise en charge efficace de la clientèle de première ligne, particulièrement si elle est vulnérable et orpheline, ainsi que la reconnaissance de l'impact sur les services d'urgences hospitalières.

Les lignes de force issues des liens nécessaires entre les différentes missions des CSSS et les cliniques privées apparaissent évidentes. Mais, c'est à partir de ce point que les perspectives divergent. Pour certains, il y a une lumière au bout du tunnel alors que pour d'autres, il reste un long chemin qu'il faudra parcourir même s'ils se sont déjà mis en route. Pour d'autres encore, il faudra attendre une éclaircie dans le brouillard actuel.

Voici quelques exemples inspirants:

Valleyfield: un recensement de 4 000 patients orphelins a été effectué. Une infirmière a été dégagée par le CSSS pour établir une cote de priorité pour ces patients. La liste des problèmes, la liste des médicaments, les antécédents et les résumés de dossiers sont acheminés aux médecins qui ont la capacité de prendre la clientèle prioritaire. Un premier commentaire ressort de cette expérience: les médecins apprécient grandement d'être capables de prendre en charge ces patients sans repartir à zéro.

CSSS Champlain/hôpital Charles LeMoine: le directeur médical du CSSS et le DSP de l'hôpital prennent la route avec leur bâton de pèlerin pour faire la tournée des équipes médicales du territoire afin d'établir des mécanismes de liaison souples et performants pour favoriser l'accès, entre autres, aux différents plateaux.

Sur l'ensemble du territoire, des médecins cherchent, des médecins trouvent, des établissements s'allient, des cliniques se réseautent... à la sauce montérégienne.

Chose certaine, des médecins se mobilisent et le DRMG devient un lieu où s'échangent des expériences, où se valident des stratégies gagnantes et où se renforce la conviction que les omnipraticiens doivent agir avec leadership dans l'amélioration de l'accessibilité de nos clientèles aux services de première ligne.

L'ACCÈS À UN MÉDECIN DE FAMILLE

une liste d'attente intolérable

■ Par Laurent Marcoux, M.D. M.Sc., chef du Département régional de médecine générale ■



La pénurie d'effectifs en omnipraticiens au niveau du Québec est ressentie dans toutes les régions dont la Montérégie. Nous connaissons tous l'impact négatif qu'a eu le programme d'incitation à la retraite sur les effectifs actuels en première ligne. Les médecins qui se sont prévalus de ce programme étaient majoritairement

impliqués en pratique de prise en charge et de suivi de clientèles. Au même moment, la majoration de la rémunération du travail en établissement (urgence et hospitalisation), l'effet des activités médicales particulières (AMP) en établissement, l'augmentation des frais de bureau, la plus grande difficulté d'accéder aux plateaux ainsi qu'aux consultants et enfin, la recherche d'une meilleure qualité de vie ont fortement incité les omnipraticiens à délaisser la pratique de suivi de clientèles.

La population, étant de plus en plus informée et sensibilisée de la pertinence du dépistage des maladies à caractère génétique ou familial et relié à l'environnement, recherche à bon droit une évaluation périodique préventive auprès d'un médecin généraliste. L'omnipraticien est sollicité par la population en général, mais plus encore par les clientèles ayant des problèmes de santé chronique et les clientèles dites vulnérables. Les approches de soins médicaux en première ligne sont maintenant plus nombreuses et plus complexes (médications spécifiques, interactions médicamenteuses, protocoles basés sur des évidences médicales, etc.), ce qui exige un suivi plus attentif et plus fréquent. Il est réconfortant de constater que l'arrivée progressive de plus grandes cohortes de médecins omnipraticiens à partir de 2007-2008, l'apport de la collaboration de professionnels, notamment des infirmières, et la contribution anticipée des centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui ont une responsabilité populationnelle nous donnent espoir que cette situation s'améliorera.

Cependant, en attendant, le problème est entier et repose non seulement sur les omnipraticiens qui continuent d'offrir des services d'accessibilité et de continuité auprès de clientèles définies, mais aussi sur les responsables de l'organisation des soins: le Collège des médecins du Québec, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux, les agences de santé et de services sociaux,

les CSSS, nos collègues spécialistes et la population elle-même. Tous, nous devons concerner nos efforts de travail et de collaboration pour tenter de diminuer l'attente vis-à-vis un objectif prioritaire, soit celui du droit d'avoir un médecin de famille comme ressource pour notre santé en temps opportun.

Des efforts importants ont été mis de l'avant pour diminuer les listes d'attente en chirurgie et en oncologie; des efforts aussi importants doivent être consentis pour donner accès aux soins médicaux primaires à toute la population.

En même temps que nous interpellons tous les partenaires de la santé au niveau de la responsabilité qui leur est propre, nous devons nous mobiliser pour répondre à ce problème qui nous concerne au premier niveau. Comme nous ne pouvons pas, pour le moment, donner accès à toute la population, nous devons tenter le plus possible de donner accès aux individus les plus vulnérables. Nous sommes près de 1 500 omnipraticiens en Montérégie pour 800 équivalents temps plein (ETP) en première ligne. Certains d'entre nous font des AMP en acceptant de voir de 200 à 400 clients vulnérables par année. Ne serait-il pas pensable que tous et chacun de nous, en cabinet, en GMF ou en CLSC, acceptions de prendre un patient par mois, dans des listes de patients orphelins (vulnérables ou non) qui sont inscrits en attente dans chacun des CSSS de notre territoire? En période de pénurie, nous ne pouvons répondre à tous mais certainement que nous pouvons, devant l'importance de cette liste d'attente inacceptable, tenter de répondre aux clientèles les plus prioritaires.

**NOUS
POUVONS
RÉPONDRE À
LA DEMANDE**

FORMULE GAGNANTE

800 ETP en 1^{re} ligne/1 500 omnipraticiens
en Montérégie

X 1 patient/mois X 12 mois
= 9 600 patients orphelins

pris en charge en Montérégie par année
grâce à un effort collectif énorme basé
sur un effort individuel acceptable.

Menace d'une pandémie d'influenza...

que pouvons-nous faire comme médecins de première ligne?

■ Par Céline Gariépy, médecin-conseil, DSP Montérégie ■

Depuis plusieurs années, les experts craignent la survenue d'une pandémie d'influenza. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) déclarera une pandémie d'influenza lorsqu'un nouveau virus causera des taux exceptionnellement élevés de morbidité et de mortalité chez les humains dans de multiples régions géographiques. C'est une situation qui affectera l'ensemble de la population mondiale dans un court laps de temps et qui pourrait causer un désordre social et économique important.

LA SITUATION EST SUR HAUTE SURVEILLANCE

L'OMS croit que, depuis 2004, nous sommes plus près d'une pandémie que nous ne l'avons été depuis 1968. Les signes précurseurs de cette pandémie sont, entre autres, les grandes éclosions de grippe aviaire dues au virus H5N1 qui déciment des millions de volailles en Asie, en Afrique et dans certains pays d'Europe. Nous savons également que ce virus peut infecter l'humain avec un haut taux de décès. La grande majorité des cas résulterait d'une exposition à de la volaille atteinte de grippe aviaire. Actuellement, le virus ne se propage pas efficacement de personne à personne. La situation est sous haute surveillance.

Au Québec, le plan de lutte contre la pandémie d'influenza a été déposé le 9 mars dernier. Le plan régional de la Montérégie le sera à la fin mai 2006.

Que pouvons-nous faire comme médecins de première ligne, dès maintenant, pour lutter contre la pandémie d'influenza ?

APPLIQUER les mesures de prévention et de contrôle des infections respiratoires incluant l'étiquette respiratoire pour tout patient ayant de la fièvre et de la toux en milieu de soins (clinique privée, GMF, CLSC, centre hospitalier). Lors d'une pandémie, ces mesures s'appliqueront et contribueront à diminuer la propagation de l'infection en milieu de soins. À l'automne 2005, la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence a fourni à chaque médecin de la région du matériel de promotion, en français et en anglais (affiche, dépliant), afin de favoriser l'application de l'étiquette respiratoire. Au besoin, ce matériel est toujours disponible. Contacter la DSP au 450 928-6777, poste 3106 ou par télécopie au 450 928-3021.

VACCINER contre l'influenza les personnes pour lesquelles la vaccination est recommandée.

VACCINER contre le pneumocoque les personnes à risque et celles âgées de 65 ans ou plus. Lors d'une pandémie, la vaccination contre le pneumocoque pourrait diminuer les complications chez les personnes atteintes. En 2003-2004, en Montérégie, seulement 41 % des personnes âgées de 65 ans ou plus étaient vaccinées contre le pneumocoque.

SURVEILLER les cas de maladies respiratoires sévères hospitalisés, tel que l'a recommandé la DSP lors de son envoi daté du 1^{er} février 2006 (Vigie de l'influenza aviaire).

SIGNALER les cas à la DSP.

DIRE à la population qu'il n'y a pas de grippe aviaire en sol québécois actuellement et que nous ne sommes pas en pandémie à l'échelle mondiale.

PROMOUVOIR le lavage des mains auprès de la clientèle et du personnel comme mesure de prévention des infections. Cette mesure est efficace pour la prévention des infections respiratoires telles que l'influenza. Il est temps de travailler à acquérir de bonnes habitudes d'hygiène des mains (lavage des mains ou utilisation d'un rince-mains antiseptique) avant qu'une pandémie ne soit déclarée.

RECOMMANDER aux voyageurs se rendant dans un pays touché par la grippe aviaire d'éviter tout contact non nécessaire avec de la volaille domestique et des oiseaux sauvages, de veiller à ce que toute la volaille ainsi que les œufs préparés pour la consommation soient très bien cuits et de se faire vacciner annuellement contre la grippe. Les voyageurs qui prévoient des contacts importants avec de la volaille (exemple : les travailleurs sur des fermes ou des abattoirs) devraient discuter avec leur médecin ou le médecin de la clinique santé-voyage de l'utilité des antiviraux. La liste des pays touchés par la grippe aviaire se trouve sur le site Internet de l'Agence, dans l'onglet de la Direction de santé publique à l'adresse suivante :

<http://www.rrss16.gouv.qc.ca/santepublique/protection/maladietransmissibles/mrs/paysgrippeaviaire.pdf>

SUIVRE la parution d'informations en provenance de l'ASSS de la Montérégie. Le ministère de la Santé et des Services sociaux travaille présentement à l'élaboration d'un document d'orientation sur l'organisation des soins de première ligne, en cas de pandémie. L'Agence fera connaître ces orientations dès qu'elles seront disponibles.



Les patients « orphelins » : une clientèle à desservir

■ Par Michel Camirand, M.D., président du Comité sur l'organisation des services médicaux de 1^{re} ligne ■

La problématique des patients sans médecin de famille attire de plus en plus l'attention des médias, des professionnels et gestionnaires du monde de la santé et des acteurs sur la scène politique. Cette situation est ressentie à différents niveaux d'intensité par les médecins placés sur la « ligne de feu » : la première ligne médicale.

Les données recueillies à la fin de l'année 2004 démontraient que le nombre de patients par médecin de famille en Montérégie était légèrement supérieur à la moyenne nationale. Sur le territoire même de la Montérégie, des différences notables selon les territoires de CLSC montraient un ratio pouvant varier de 1/1 200 à 1/3 300. D'autres données indiquent que le ratio de médecins ETP/population en première ligne semble diminuer. Ces données démontrent que, de façon générale, mais particulièrement dans les régions en grande pénurie, l'ajout de ressources médicales demeure un incontournable.

Devons-nous demeurer inactifs pour autant dans la recherche de solutions ? Y-a-t-il des marges de manœuvre dans l'organisation des soins qui nous permettent à la fois d'accroître l'accessibilité à la clientèle tout en ne taxant pas la ressource médicale ?

La hiérarchisation des soins est une des réponses : cette organisation fait le pari que le médecin de première ligne accepte son rôle de « prise en charge des patients », mais qu'il est appuyé efficacement par la deuxième ligne accessible. Cette étape est incontournable.

Nos comités locaux doivent encourager toute organisation des soins qui favorise la prise en charge. En collaboration avec les CSSS qui ont désormais une responsabilité populationnelle, ils doivent aussi voir à ce que les médecins et groupes de médecins qui font de la prise en charge soient bien outillés : qu'ils aient d'abord les ressources de première ligne (infirmières, informatique, personnel administratif), mais aussi qu'ils aient un accès efficace au plateau technique de la deuxième ligne.

L'ajout de ressources en première ligne est tout aussi essentiel. Le modèle GMF permet justement d'ajouter du personnel administratif et surtout nursing. Nos GMF qui ont maintenant près de trois ans d'existence continuent d'inscrire de la clientèle et le couple « médecin-infirmière » semble réellement permettre l'accroissement de l'accessibilité au médecin de famille.

Outiller la première ligne peut aussi se faire à d'autres niveaux. Au GMF Sutton-Cowansville, un partenariat public-privé a permis d'ajouter deux jours/semaine de temps infirmière. La clinique a défrayé les coûts de construction et le CSSS La Pommeraié loue des espaces, tout en payant le salaire de l'infirmière qui fait les prélèvements sanguins, la vaccination, les soins de plaie. Bref, une clinique privée (qui était aussi GMF) est donc devenue un point de chute de CLSC avec tous ses services.

Ces éléments non négligeables permettent de libérer le médecin de tâches cliniques pour qu'il se consacre à une plus grande prise en charge. L'infirmière, de son côté, travaille dans une équipe dont la gouvernance clinique est claire.

L'offre de service à la population est accrue et bien dirigée.

MIEUX OBJECTIVER LA NATURE DES DEMANDES

Dans la région de Valleyfield, une infirmière provenant du CSSS fait l'analyse de dossiers de patients vulnérables, les place en priorité et achemine leurs dossiers complets aux médecins qui désirent les prendre en charge. Les médecins qui acceptent ces clientèles ont donc, à la première visite du patient, un dossier complet et une évaluation nursing. Plusieurs GMF et aussi certains CLSC en Montérégie se sont donné des objectifs clairs de prise en charge de la clientèle en établissant des listes de priorités. Ces listes permettent de mieux objectiver la nature des demandes et la pression suscitée par certaines demandes.

Dans tous ces projets, il y a une volonté claire : pour favoriser la prise en charge de la clientèle, il faut outiller le médecin de famille qui, en retour, accepte de jouer pleinement son rôle. La prise en charge représente en quelque sorte un paradoxe et un défi dans un contexte où la demande est nettement supérieure à l'offre. Cependant, malgré tous les problèmes que nous vivons, nous avons une marge de manœuvre pour devenir les acteurs essentiels que nous devons être en première ligne. Nos comités locaux du DRMG auront à jouer des rôles de plus en plus grands dans l'organisation des soins de première ligne et nos CSSS ne devront pas rater le virage essentiel qui est de soutenir réellement cette première ligne médicale.

CABINETS PRIVÉS : une place dans les CSSS ?

■ Par Louise Quesnel, M.D.,
CSSS Champlain, secteur Saint-Hubert ■

Depuis quelques années, la nature même de la prise en charge en cabinet privé s'est considérablement transformée. Jusqu'à ces dernières années, les médecins pratiquant en bureau privé ont pu fournir à la demande. Plusieurs études antérieures confirmaient le fait que 80 % de la clientèle était suivie par le milieu des cliniques privées.

Actuellement, nous devons reconnaître que durant cette dure période de pénurie de main-d'œuvre médicale et l'alourdissement de la clientèle entraînant un nombre croissant de patients orphelins, il est déjà de plus en plus évident que nous ne fournissons plus à la tâche.

Depuis, nous avons été témoins de différentes mesures et planifications stratégiques dont la principale action est sûrement la mise sur pied de GMF. Dans les milieux urbains cependant, cette pratique est loin de faire l'unanimité. Les omnipraticiens de ces milieux semblent peu motivés à s'impliquer dans ce mode de pratique.

Pour le moment il semble bien évident que la volonté ministérielle de soutien à la première ligne pour faire face à cette demande grandissante de soins se concrétise presque uniquement au niveau des GMF. Qu'en est-il du soutien aux cliniques privées hors-GMF ?

L'amélioration au soutien des cliniques privées n'a pas suivi l'accroissement constant de la tâche des médecins omnipraticiens.

C'est probablement une des raisons pour lesquelles les jeunes médecins semblent si peu intéressés par cette forme de pratique.

S'il est clair que les instances politiques désirent augmenter l'accessibilité et la prise en charge, il est aussi évident, jusqu'à maintenant, qu'il y a peu de mesures incitatives et de soutien concret pour améliorer le sort des cliniques hors-GMF.

Cependant, des pistes de solutions semblent se préciser davantage. En effet, les perspectives d'ententes de partenariat avec les CSSS sont très intéressantes et stimulantes.

Des expériences dans d'autres régions du Québec montrent qu'il est possible d'améliorer le modèle de dispensation des soins afin d'alléger la tâche du médecin tout en respectant l'objectif principal qui est de fournir des soins accessibles et continus à la population.

Nous aurons aussi, dans un futur rapproché, à évaluer s'il est possible de mobiliser les médecins dans le but de réduire la clientèle orpheline, surtout la clientèle vulnérable.

Nous devons nous pencher sur l'organisation de cette éventuelle prise en charge des patients orphelins. Nous aurons à imaginer et à négocier certaines ententes pouvant faciliter une prise en charge plus efficace et plus complète principalement des clientèles vulnérables au niveau des cabinets privés. Cependant, beaucoup de travail reste à faire.

**NOUS DEVONS
RESTER POSITIFS
ET DAVANTAGE
PROACTIFS AFIN
DE SERVIR
NOTRE CLIENTÈLE
EN PREMIÈRE
LIGNE MÉDICALE.**

Des nouvelles du Comité sur les effectifs médicaux

■ Par Claude Rivard, M.D., président du Comité sur les effectifs médicaux ■

Chaque année, à la fin de novembre, les DRMG de tout le Québec reçoivent l'information du ministre de la Santé et des Services sociaux concernant le nombre de médecins attribué pour chacune des régions. Le nombre de places disponibles s'établit selon le nombre de finissants en médecine, les déplacements des médecins entre les régions du Québec et la recherche d'une équité entre les régions.

L'an dernier, le DRMG de la Montérégie pouvait attribuer 24 postes à des nouveaux finissants et 22 postes à des médecins provenant d'une autre région. Les 24 postes ont été comblés mais seulement 11 médecins d'autres régions du Québec sont venus s'établir en Montérégie. Par contre, la Montérégie a connu 23 départs de médecins et 4 décès.

Pour l'année 2006, le ministre Philippe Couillard a permis l'ajout de 49 médecins en Montérégie, soit 26 postes réservés pour des nouveaux facturants et 23 postes pour des médecins provenant d'autres régions. Le DRMG était responsable de la répartition des postes entre les divers territoires de la Montérégie en tenant compte des limites du PREM et des disparités de pénuries des différents territoires. Ces priorités de recrutement ont été affichées sur le site de l'Agence et distribuées à tous les médecins ayant exprimé un désir de s'établir en Montérégie. Comme nous devons offrir un choix et non pas être restrictifs dans l'établissement des nouveaux facturants, nous avons proposé 32 possibilités de priorités de recrutement pour les 26 postes disponibles.

Par la suite, nous avons convoqué en entrevue chacun des nouveaux facturants ayant exprimé le désir de venir s'établir en Montérégie. Ce fut un changement majeur dans la manière de répartir les postes. Comme nous n'avions que 26 postes à offrir, les membres du DRMG ont rencontré 71 candidats en novembre 2005 pour une courte entrevue au cours de laquelle différents critères étaient notamment évalués :

- les intérêts professionnels,
- le futur lieu d'installation,
- les activités qu'ils comptaient effectuer, les démarches entreprises auprès des établissements de la région (AMP),
- les intentions des candidats pour combler les priorités concernant le lieu où ils s'établissent dans notre région,
- enfin, le degré d'intention des candidats d'oeuvrer en première ligne et les démarches entreprises en ce sens.

Tous les candidats avaient été informés des priorités des établissements et des critères de sélection avant les entrevues.

**FACILITER
LA
RÉPARTITION
ENTRE LES
TERRITOIRES**

Comme nous voulions faciliter la répartition entre tous les territoires, nous devons donner au CSSS Vaudreuil-Soulanges, qui n'a pas d'établissement hospitalier, la permission d'avoir des AMP pour la prise en charge et le suivi des clientèles en première ligne. Le cadre d'établissement de ces nouvelles AMP est reconnu par le DRMG et approuvé par le comité paritaire MSSS-FMOQ.

Par ailleurs, pour régler certains problèmes de pénurie chronique, nous avons aussi fait approuver des forfaits d'accessibilité de 20 000 \$ pour les secteurs de Sorel-Tracy, Haut-Saint-Laurent et Acton Vale selon les disponibilités prévues dans la lettre d'entente particulière N° 170. Nous croyons que ces mesures ont pu



faciliter la répartition des médecins.

Une fois les entrevues réalisées, les candidats étaient évalués sur 10 points. Une note élevée indiquait que le candidat démontrait un intérêt marqué pour s'établir dans notre région selon les priorités connues en plus d'un désir de faire de la prise en charge en première ligne. Les renseignements recueillis lors des entrevues ont ensuite été validés auprès des responsables du recrutement des établissements et des cabinets privés concernés. Toutes les candidatures qui recevaient un appui

des établissements et cabinets ont été confirmées avant d'établir les notes finales pour chacun des candidats.

Une fois l'évaluation terminée, des lettres d'offres d'avis de conformité ont été envoyées aux 26 candidats ayant obtenu les meilleures notes. Ainsi, 18 candidats ont accepté l'offre d'avis de conformité au premier tour. Les 8 postes encore disponibles par le désistement des candidats choisis ont par la suite été offerts aux autres candidats ayant les meilleures notes dans la liste établie.

**26
POSTES DE
FACTURANTS
SERONT
COMBLÉS**

Nous pouvons vous annoncer que 26 postes disponibles pour les nouveaux facturants en Montérégie seront comblés. Malheureusement, certains territoires n'ont pas été capables de répondre à toutes

leurs priorités de recrutement parce que nous avions une offre plus grande que le nombre de candidats permis. Nous évaluons présentement la possibilité de maintenir la même méthode de fonctionnement pour le PREM 2007.

En ce qui concerne les transferts entre les régions, nous avons 23 postes disponibles. Comme nous n'avions pas été capables de remplir tous ces postes l'an dernier, le Comité sur les effectifs médicaux a décidé d'offrir une répartition égale entre tous les territoires, sauf en ce qui concerne les hôpitaux Kateri-Memorial et Charles LeMoyné qui ont droit à un médecin chacun. Considérant le faible nombre de médecins obtenus l'an dernier, il nous apparaît difficile de limiter l'accès à la pratique dans les CSSS de la Montérégie, surtout pour un médecin qui a déjà une pratique active et qui exprime le désir de venir s'établir dans notre région. Les règles de répartition des médecins en mobilité régionale seront donc souples; nous ne refuserons pas à un CSSS d'avoir un médecin qui s'ajoute à ses effectifs s'il a déjà atteint son quota de trois médecins si les 23 postes ne sont pas comblés pour la Montérégie.

Comme il a déjà été discuté dans le dernier numéro de l'édition DRMG de la Presse de l'Agence en juillet dernier, il se peut que les règles d'attribution des PEM soient modifiées pour l'année 2007. Il est cependant souhaitable que la modalité d'attribution des postes, avec entrevue de tous les candidats voulant s'établir en Montérégie, demeure en place. Nous voulons absolument travailler en partenariat avec les médecins responsables du recrutement dans les différents CSSS et, le cas échéant, ceux des cliniques privées pour pouvoir combler les besoins de prise en charge de notre région.

Les membres du comité de direction de votre DRMG demeurent disponibles pour répondre à toute interrogation concernant la répartition des effectifs médicaux en Montérégie.

GMF, CR, RLS : OÙ EN SOMMES-NOUS ?

■ Par Sylvie Gatien, T.R., MAP, coordonnatrice des affaires médicales par intérim, ASSS de la Montérégie ■

Les groupes de médecine de famille (GMF) ont plus de trois ans. Bien sûr, le modèle a subi quelques ajustements depuis sa création à la suite des premières implantations. Avec maintenant 108 GMF au Québec, nous pouvons dire que le modèle d'organisation est là pour rester. Un ajustement majeur a été fait en janvier 2005 avec l'adoption de l'annexe III qui vient moduler l'aide technique et financière en fonction du nombre d'inscriptions. Toutefois, deux éléments de pondération dans le calcul des inscriptions sont venus s'ajouter en octobre dernier.

Cette pondération, qui vient ajuster le niveau des inscriptions, s'applique aux suivis en obstétrique et aux patients qui sont inscrits au service à domicile (SAD) du CLSC et qui sont suivis par les médecins du GMF. Ainsi, 200 patientes qui sont suivies en obstétrique par le GMF équivalent à 1 500 inscriptions et 200 patients enregistrés au SAD qui sont suivis par les médecins du GMF équivalent à 1 300 inscriptions.

Nous avons maintenant 19 groupes de médecine de famille accrédités en Montérégie et quelques groupes de médecins sont en réflexion à la suite d'une rencontre d'information. Les directeurs généraux des CSSS sont de plus en plus conscients à la valeur ajoutée que ce type d'organisation peut apporter à la population du territoire du réseau local de services (RLS). Mais les GMF ne peuvent faire cavalier seul; ils prennent toute leur force et leur valeur lorsqu'ils sont bien arrimés à leur CSSS ou leur hôpital d'appartenance. Ainsi, une accessibilité accrue aux plateaux techniques et aux consultations en spécialité est demandée aux CSSS pour les GMF de leur territoire.

Répartition du nombre des GMF en Montérégie par territoire de CSSS, avril 2006

Territoire	GMF
CSSS du Suroît	2
CSSS Vaudreuil-Soulanges	4
CSSS du Haut-Saint-Laurent	1
CSSS Jardins-Roussillon	0
CSSS Haut-Richelieu/Rouville	0
CSSS La Pommeraiie	4
CSSS de la Haute-Yamaska	5
CSSS Champlain	0
CSSS Richelieu-Yamaska	1
CSSS Pierre-Boucher	1
CSSS de Sorel-Tracy	1
Total	19

Le modèle des groupes de médecine de famille privilégie la prise en charge de la clientèle. Les GMF qui ont atteint leur vitesse de croisière peuvent, à coup sûr, compter sur des infirmières expérimentées pour un suivi rigoureux des patients inscrits et voir ainsi une amélioration de la condition des patients. Les médecins qui oeuvrent en GMF sont unanimes : le travail en collaboration avec les infirmières des GMF a amélioré leur pratique et la clientèle est mieux suivie. Par conséquent, avec une meilleure prise en charge, nous pouvons constater que dans les territoires où il y a plusieurs GMF, les patients inscrits ont moins recours à l'urgence et lorsqu'ils doivent être hospitalisés, la durée moyenne de séjour a même diminué.

Quant aux cliniques-réseau (CR) dont on a beaucoup entendu parler au cours de la dernière année, c'est un mode d'organisation qui met

plutôt l'accent sur l'accessibilité à des heures étendues. Le Comité d'organisation des services médicaux de 1^{re} ligne a mis en circulation dans les comités locaux du DRMG un document de travail intitulé *Cadre de référence pour l'implantation des cliniques-réseau en Montérégie* à des fins de consultation. La région de la Montérégie n'étant pas celle de Montréal, nous avons adapté le modèle. Dès que le cadre de référence sera adopté par le comité de direction du DRMG, il sera disponible pour les médecins qui seraient intéressés par le concept. L'Agence de la Montérégie vient tout juste d'accréditer sa première clinique-réseau, soit la Clinique médicale Pierre-Boucher.

Bien que ces deux modèles d'organisation des services médicaux soient complémentaires, il y a une différence fondamentale : le GMF est subventionné par le MSSS pour une aide technique et financière qui peut aller jusqu'à 250 000 \$ pour un GMF moyen d'environ 15 000 patients inscrits. La clinique-réseau, quant à elle, ne reçoit aucune subvention du Ministère ou de l'Agence et doit être appuyée par le CSSS ou l'hôpital de première instance de son territoire. Par contre, des forfaits pour les heures défavorables sont accordés pour les médecins travaillant en clinique-réseau.

Cette année, nous travaillerons à l'élaboration du plan d'organisation des services médicaux généraux. Il est évident que les GMF et les CR en feront partie. Mais qui sait? Peut-être y aura-t-il un autre mode d'organisation qui émergera du tandem CSSS - médecins de 1^{re} ligne comme un autre levier à l'organisation des soins et services à la population. Toutefois, une certitude se dégage : chaque médecin omnipraticien, peu importe son lieu de pratique, ne doit plus se sentir isolé. Il fait maintenant partie de son RLS.



AMP et clientèle orpheline : Une amorce de solution?

■ Par Jérôme Caron, M.D., président du Comité des activités médicales particulières du DRMG de la Montérégie ■

Comme vous pouvez le constater dans cette édition de la Presse de l'Agence, la problématique des clientèles orphelines est omniprésente et sera un enjeu majeur du DRMG dans la prochaine année. La demande de prise en charge, principalement des clientèles vulnérables, atteint un seuil critique et nous sommes tous sollicités par cette situation. Les CSSS, si ce n'est déjà fait, devront dans les mois à venir prendre le leadership pour trouver des solutions rapides et efficaces en agissant idéalement comme guichet unique pour l'acheminement des demandes de prise en charge. Les comités locaux seront donc sollicités pour appuyer et harmoniser ces démarches selon les particularités locales.

J'entends déjà les critiques : les médecins ne sont pas responsables des pénuries d'effectifs et des effets pervers de certaines ententes incluant les AMP et de la distribution des effectifs! Les médecins de première ligne sont débordés!!! Il est vrai que les dernières années n'ont pas favorisé le développement d'une première ligne de prise en charge forte et organisée. Mais le DRMG, par l'approche professionnelle des ententes et l'appui au développement des GMF, a montré sa détermination à appuyer toutes les avenues contribuant

à augmenter cette prise en charge qui est à la base de la médecine de première ligne.

Il est évident que nous ne pourrions trouver une solution globale et attribuer un médecin de famille à toute la population de la Montérégie. Ceci demeure pour l'instant une mission impossible malgré toute notre bonne volonté. Mais nous avons la « responsabilité », du moins, de prendre en charge de façon prioritaire les clientèles vulnérables dont la condition nécessite un suivi médical.

Les AMP, sans l'appui des omnipraticiens, ne peuvent apporter l'entière solution à cette problématique. Sur le plan pratique, nous croyons que les comités locaux du DRMG, appuyés par les CSSS, devraient être les maîtres d'œuvre des processus à venir et suivre une démarche de concertation basée sur la responsabilisation et surtout l'équité qui pourrait être définie comme suit :

- Disponibilité de ressources suffisantes par le CSSS pour établir une liste de clientèles prioritaires.
- Proposition d'un modèle d'identification des clientèles vulnérables par les CSSS au comité local du DRMG et validation. Idéalement un guichet unique.
- Identification des priorités et du volume d'activités par le comité local du DRMG.
- Identification des ressources disponibles (selon la progression suggérée suivante) :
 - les omnipraticiens ayant demandé des AMP en clientèles vulnérables et n'ayant pas atteint les objectifs (renseignement disponible auprès du président du comité local);
 - tous les omnipraticiens ayant demandé des AMP en clientèles vulnérables incluant ceux qui ont 20 ans et plus de pratique et n'ayant pas atteint leur objectif (l'entente sur les AMP inclut tous les omnipraticiens, peu importe les années de pratique. Il est prévu que le DRMG peut imposer le respect des engagements des médecins si la situation devient critique);
 - tous les omnipraticiens du territoire selon un partage équitable à déterminer par le comité local du DRMG si les besoins ne sont pas comblés.

- Validation par les membres du comité local du processus de distribution des patients identifiés et du transfert des renseignements consignés par les ressources du CSSS.
- Suivi continu du processus et corrections au besoin par la table du comité local du DRMG.

La problématique des clientèles orphelines dites vulnérables nécessitant un suivi médical nous concerne tous dans notre mandat de médecin et nous avons le devoir de trouver des solutions sur le plan local. La situation actuelle a atteint un niveau critique et nous devons utiliser tous les moyens disponibles pour pallier de façon rapide à cette situation potentiellement dangereuse pour les patients.

Le renouvellement de vos AMP... automatique?

Il n'est pas nécessaire de compléter une nouvelle demande d'adhésion lors du renouvellement de votre engagement concernant les AMP. En effet, l'entente sur les AMP prévoit que votre engagement se renouvelle automatiquement après deux ans, soit le trimestre suivant la date de confirmation de votre adhésion (article 4.6 de l'entente sur les activités médicales particulières).

Par ailleurs, l'article 4.6 de l'entente sur les AMP précise deux situations qui peuvent annuler ou modifier le renouvellement automatique :

Le médecin et le DRMG sont d'accord pour procéder à une révision de l'engagement (le DRMG a convenu d'un processus spécifique de modification à cet égard et la documentation est disponible en communiquant avec le DRMG).

Le DRMG considère que les effectifs médicaux sont particulièrement déficients (rupture de services appréhendée) dans l'un des secteurs i) à iv) énumérés au paragraphe 4.1 de l'entente sur les AMP. Cette révision n'est applicable que si l'engagement du médecin comprend des activités dans les secteurs v) et vi) dudit paragraphe de l'entente.

LA PRESSE DE L'AGENCE

Éditeur : Direction des services administratifs et des communications.

Rédactrice en chef : Hélène Boyer

Collaborateurs : Dorice Boudreault, Michel Camirand, Jérôme Caron, Céline Gariépy, Sylvie Gatien, Yves Lambert, Laurent Marcoux, Louise Quesnel, Claude Rivard

Corrections : Hélène Giroux et Raymonde Simard

Corrections : Hélène Giroux

Graphisme : René Larivière

La Presse de l'Agence est un bulletin d'information de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Pour information : (450) 928-6777, poste 4212

ISSN 1710 - 6230