

Département régional de médecine générale
ASSS – Montérégie
Colloque 2006

LES MÉDECINS DE PREMIÈRE LIGNE:

Partie intégrante du réseau local de services

présenté par
Docteur Jacques Ricard
Directeur général adjoint – directeur des affaires médicales
CSSS HAUT-RICHELIEU—ROUVILLE

5 mai 2006



PLAN DE PRÉSENTATION

- ❑ Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec
- ❑ Évaluation des besoins des partenaires de première ligne
- ❑ Accessibilité au médecin de famille: mythe et réalité
- ❑ Expérience du CSSS Haut-Richelieu—Rouville
- ❑ Impacts sur l'implantation des RLS

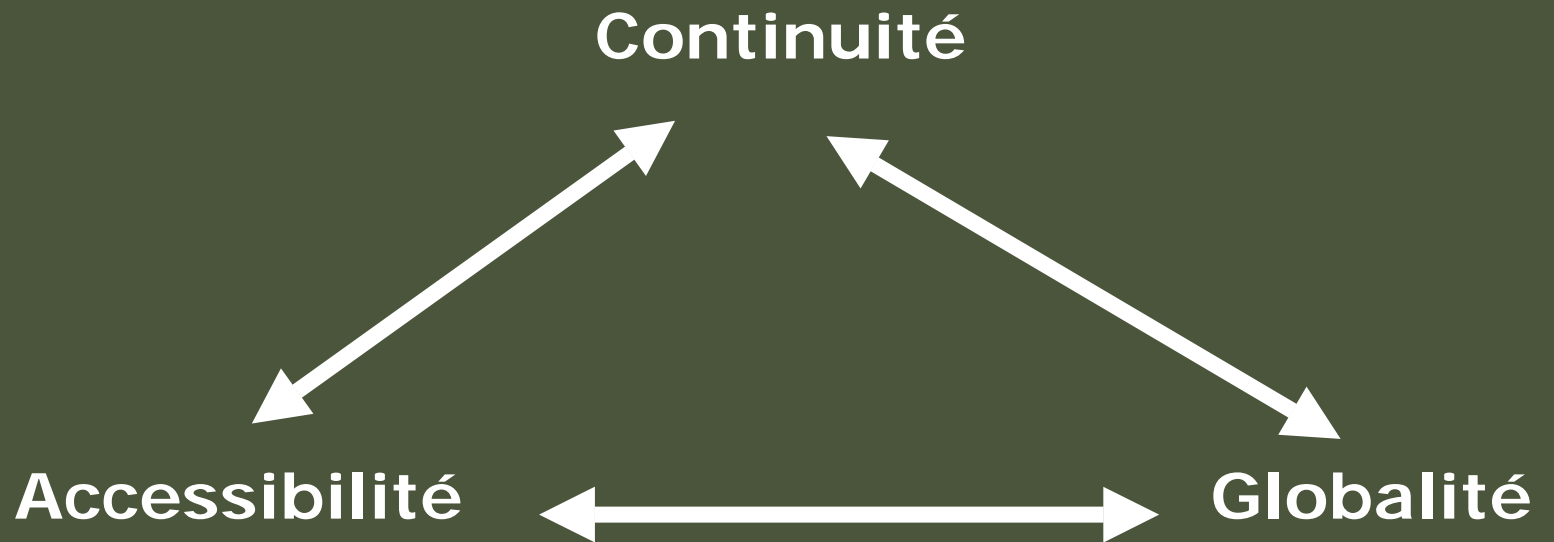


COLLECTIF DE RECHERCHE SUR L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE AU QUÉBEC

[www.greas.ca/publication/pdfrapport/
rapport_detaille_francais.pdf](http://www.greas.ca/publication/pdfrapport/rapport_detaille_francais.pdf)

UTILISATION DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

3 DIMENSIONS



PRINCIPAUX MESSAGES (7)

- La continuité des services apparaît comme centrale dans les effets à rechercher car elle est étroitement associée à la globalité et l'accessibilité (la faible continuité constitue le facteur commun pouvant expliquer à la fois une faible accessibilité et un recours à l'urgence)
- Le modèle d'organisation optimal pour atteindre simultanément la continuité et l'accessibilité semble être celui qui offre de façon équilibrée des services médicaux sur et sans rendez-vous



PRINCIPAUX MESSAGES (suite)

- **L'introduction de mécanismes organisationnels, comme les réseaux intégrés de services, la collaboration interprofessionnelle et les nouvelles technologies d'information et de communication ne semble pas réduire les coûts totaux des services mais contribue plutôt à déplacer les coûts des services institutionnels vers ceux des services communautaires.**



PRINCIPAUX MESSAGES (suite)

- Dans l'implantation de ces changements, les stratégies visant à agir sur les pratiques professionnelles plutôt que sur les structures sont plus prometteuses. La création des CSSS au Québec aura une portée limitée si elle ne s'appuie pas principalement sur la transformation des pratiques professionnelles de première ligne.

PRINCIPAUX MESSAGES (suite)

- Il faudra envisager la possibilité de modifier les modes de rémunération des médecins et de paiement des hôpitaux pour créer des incitatifs favorables pour que les GMF et les CSSS puissent assumer leur responsabilité à l'égard de la population
- Dans la réorganisation des services de première ligne, il n'existe pas de modèle unique à implanter.

PRINCIPAUX MESSAGES (suite)

- **Deux conditions indispensables à la réussite des projets d'implantation:**
 - La participation des médecins qui ne font pas partie du réseau public institutionnel
 - Le développement de relations de confiance entre les acteurs concernés

Une attention particulière devrait être apportée à ces deux conditions et aux **mesures incitatives** qui peuvent en faciliter la réalisation

STRATÉGIES PRIVILÉGIÉES POUR FAVORISER LA COLLABORATION

- **Professionnel: coordination des soins et services (intervenant pivot, gestionnaire de cas, infirmière de liaison)**
- **Outils communs: protocoles de soins cliniques**
- **Création de lieux d'échanges**
- **Élaboration d'accords inter-établissements**
- **Service réponse 24/7 (guichet unique)**
- **Corridors privilégiés entre les lignes de service**



ÉVALUATION DES BESOINS DES PARTENAIRES DE LA PREMIÈRE LIGNE (Sud-Lanaudière)

□ **Méthodologie:**

- 150 questionnaires (taux de réponse de 45%)
- Profil de pratique
- Appartenance aux établissements
- Habitudes de consultation
- Critères qui motivent leur choix

RÉPONSE À LA QUESTION 7

7. Quelle importance relative (1 à 6) accordez-vous aux facteurs suivants dans votre décision de référer un patient qui requiert des soins spécialisés, à l'un ou l'autre centre hospitalier (CH).

(entourez le chiffre correspondant à votre réponse)

	1 très peu d'importance	2	3	4	5	6 énormément d'importance
A. Votre appartenance au CMDP du CH	42 %	8 %	6 %	16 %	12 %	16 %
B. Votre connaissance des services offerts au CH	0 %	4 %	4 %	2 %	42 %	48 %
C. La compétence du(des) spécialiste(s) consulté(s)	0 %	2 %	6 %	2 %	23 %	67 %
D. La possibilité d'obtenir un rendez-vous dans un court délai	0 %	2 %	0 %	8 %	40 %	50 %
E. La simplicité de la technique de prise de rendez-vous	4 %	2 %	15 %	15 %	23 %	40 %
F. L'accès facile au CH pour le patient	4 %	2 %	15 %	35 %	19 %	25 %
G. Le rapport du consultant obtenu rapidement et systématiquement	0 %	8 %	6 %	31 %	31 %	25 %

RÉPONSE À LA QUESTION 8

8. Toujours dans le contexte de consultation et de prise en charge d'une condition subaiguë; comment, selon vous, l'accès à un rendez-vous avec le spécialiste concerné en moins de 72 heures :

(entourez le chiffre correspondant à votre réponse)

	1 très peu d'importance	2	3	4	5	6 énormément d'importance
A. Faciliterait votre pratique de première ligne	2 %	0 %	0 %	4 %	17 %	77 %
B. Améliorerait la qualité des soins au patient	0 %	2 %	0 %	2 %	12 %	85 %
C. Éviterait la consultation à l'urgence	2 %	0 %	0 %	2 %	14 %	83 %
D. Diminuerait le recours à un examen diagnostic supplémentaire	0 %	4 %	8 %	17 %	23 %	48 %
E. Diminuerait la fréquence de « re-consultation » avec vous ou un collègue	2 %	0 %	8 %	10 %	35 %	45 %

RÉPONSE À LA QUESTION 9

9. Si, en tant que médecin partenaire de première ligne, vous aviez un accès privilégié à une consultation spécialisée rapide (par ex : en moins de 72 heures), seriez-vous prêt à assurer le suivi du patient référé par la suite à votre cabinet?

Oui à 98 %

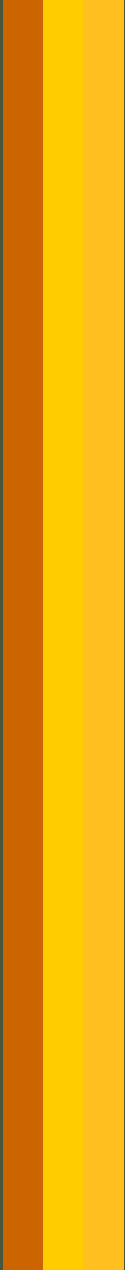
Non

RÉPONSE À LA QUESTION 10

10. Quelle importance accorderiez-vous aux mesures suivantes pour accroître l'accessibilité au plateau diagnostique du *CH* (radiologie, médecine nucléaire, radiologie, etc.) aux médecins partenaires de première ligne?

(entourez le chiffre correspondant à votre réponse)

	1 très peu d'importance	2	3	4	5	6 énormément d'importance
A. Accès à une ligne téléphonique dédiée, réservée aux médecins pour la prise de rendez-vous	0 %	2 %	2 %	12 %	24 %	61 %
B. Accès à un spécialiste diagnostique (radiologie, médecine nucléaire, etc.) de garde pour consultation immédiate	0 %	0 %	4 %	15 %	35 %	46 %
C. Retour du rapport en < 24 heures par lien informatique à votre cabinet.	2 %	2 %	2 %	19 %	27 %	48 %
D. Disponibilité des examens en soirée et les fins de semaine	0 %	2 %	13 %	31 %	21 %	33 %
E. L'accès à un guide de pratique du <i>CH</i> pour l'investigation des conditions les plus fréquentes (ex : hématurie microscopique)	4 %	0 %	12 %	21 %	35 %	29 %



ÉTUDE DU GRIS: les alternatives au recours à l'urgence hospitalière dans le sud de Lanaudière

Recherche réalisée par :

- Nicole Leduc, Ph.D.
- Jacques Ricard, M.D., M.Sc.
- Lambert Farand, M.D., Ph.D.
- Danièle Roberge, Ph.D.
- Aziz Abdoul Gbaya, M.D., M.Sc.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

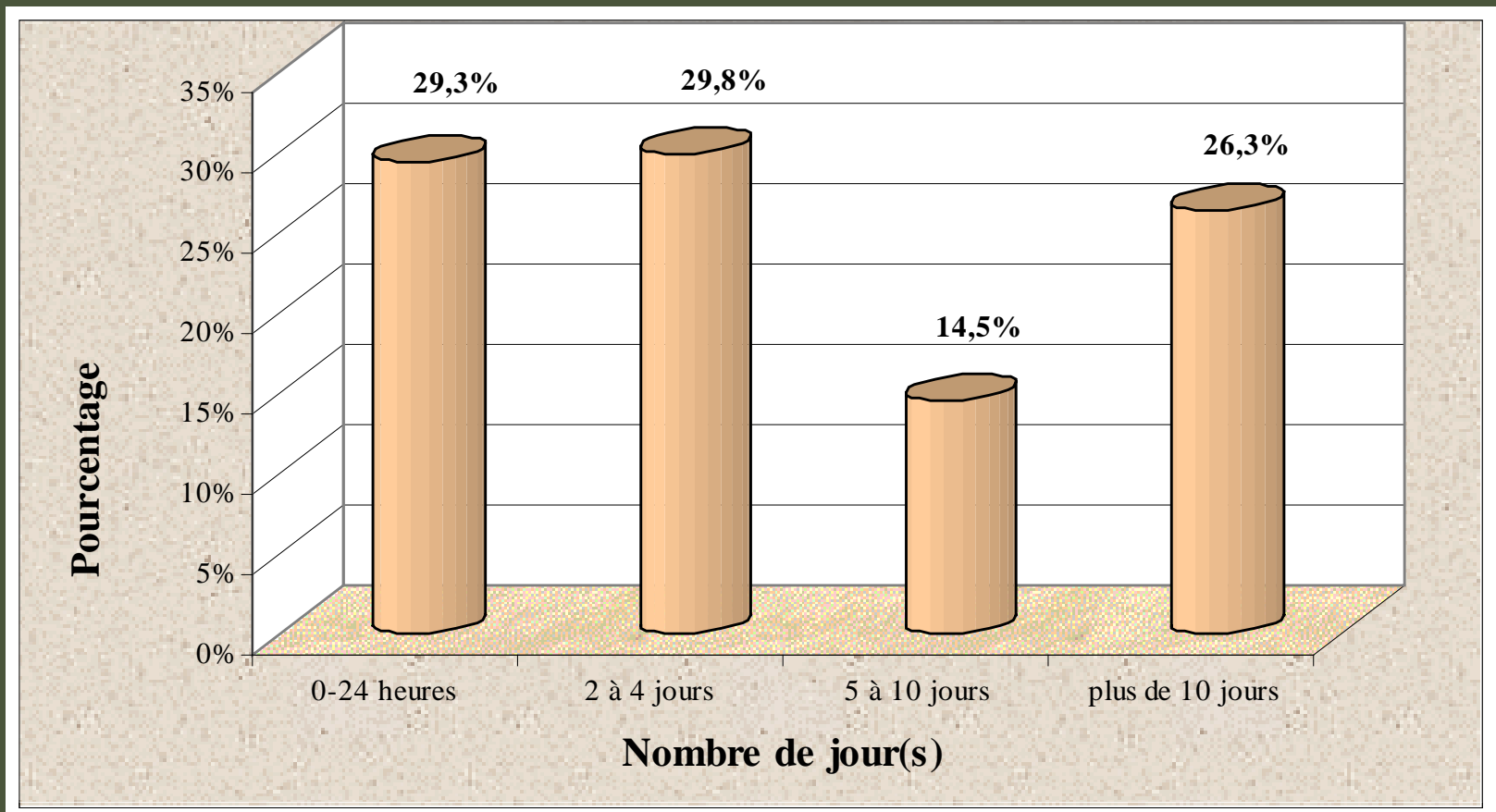
- Examiner les trajectoires suivies par les patients avant leur recours à l'urgence hospitalière
 - Documentation du processus décisionnel menant au choix de l'urgence plutôt qu'à un autre service
- Identifier les services de santé considérés acceptables comme alternatives à l'urgence hospitalière selon les perspectives des patients
 - Connaissance des attentes des usagers à l'égard des services de santé de leur sous-région

MÉTHODES: population et échantillon

- Patients ayant reconnu la présence d'un problème de santé qu'ils perçoivent suffisamment grave pour nécessiter une attention médicale, se présentant à l'urgence du CH Pierre-Le Gardeur et recevant le code 4 ou 5.
- Exclusion des patients psychiatriques
- Nombre (n) = 399 patients (taux de refus de 14,2%)
- Âge moyen: 41.4

RÉSULTATS (suite)

Figure 1. Durée du problème de santé



RÉSULTATS (suite)

Tableau 15. Disponibilité d'une source habituelle de soins

		Nombre de répondants	Pourcentage
Avez-vous un médecin de famille ou un médecin traitant?			
(n = 399)	Oui	279	69,9%
	Non	120	30,1%
Pour quelle raison n'avez-vous pas de médecin de famille?			
(n = 120)	Il n'y en a pas près de chez moi	7	5,8%
	Je n'en connais pas	42	35,0%
	Je n'en ai pas besoin	35	29,2%
	Autre	36	30,0%
Avez-vous déjà essayé d'avoir un médecin de famille?			
(n = 120)	Oui	47	39,2%
	Non	73	60,8%

RÉSULTATS (suite)

Tableau 16. Accessibilité téléphonique au médecin de famille

		Nombre de répondants	Pourcentage
Accessibilité par téléphone au médecin de famille en absence de RDV			
(n = 279)*	oui	141	50,5%
	non	67	24,0%
	je ne sais pas	71	25,5%
Délai d'accessibilité par téléphone au médecin de famille			
(n = 141)	le même jour	101	71,6%
	le jour suivant	18	12,8%
	en 2 à 3 jours	9	6,4%
	en 4 à 5 jours	1	0,7%
	en plus de 5 jours	0	0,0%
	je ne sais pas	12	8,5%
Acceptabilité du délai			
(n = 129)	oui	118	91,5%
	non	11	8,5%

RÉSULTATS (suite)

Tableau 17. Accessibilité en personne au médecin de famille

		Nombre de répondants	Pourcentage
Accessibilité en personne au médecin de famille en absence de RDV			
(n = 279)*	oui	162	58,1%
	non	71	25,4%
	je ne sais pas	46	16,5%
Délai d'accessibilité en personne au médecin de famille			
(n = 162)	le même jour	77	47,5%
	le jour suivant	16	9,9%
	en 2 à 3 jours	37	22,8%
	en 4 à 5 jours	12	7,4%
	en plus de 5 jours	11	6,8%
	je ne sais pas	9	5,6%
Acceptabilité du délai			
(n = 153)	oui	126	82,4%
	non	27	17,6%

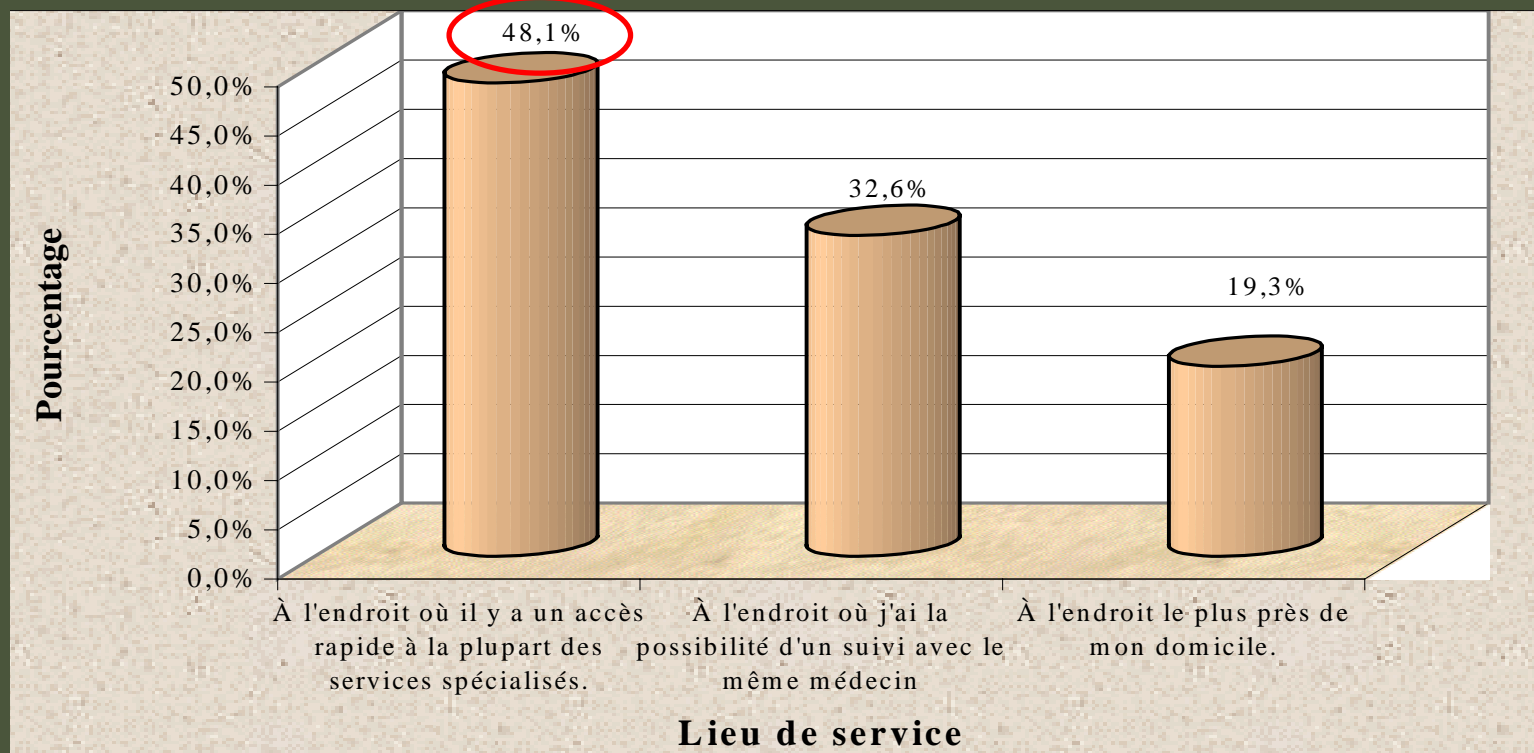
RÉSULTATS (suite)

Tableau 22. Décision probable si le problème de santé se représentait

	Nombre de répondants		Pourcentage	
		(n=399)		
Je consulterais mon médecin de famille s'il était disponible sans RDV le jour, le soir et la fin de semaine	Tiès peu probable	51	12,80%	
	Peu probable	25	6,30%	
	Assez probable	81	20,30%	80%
	Tiès probable	242	60,60%	
Je consulterais mon médecin de famille sachant qu'il a accès à des services spécialisés d'investigation et à des médecins spécialistes en moins de 3 jours	Tiès peu probable	26	6,50%	
	Peu probable	28	7,00%	
	Assez probable	93	23,30%	86,5%
	Tiès probable	252	63,20%	
Je consulterais mon médecin de famille si j'étais certain que le temps d'attente y était beaucoup plus court qu'à l'urgence.	Tiès peu probable	45	11,3	
	Peu probable	21	5,3	
	Assez probable	72	18,00%	83,4%
	Tiès probable	261	65,40%	

RÉSULTATS (suite)

Figure 4. Si le temps d'attente était le même partout, le premier endroit où les patients se présenteraient serait...



GRANDES CONCLUSIONS DE L'ÉTUDE

- ❑ Proportion importante de patients référés à l'urgence hospitalière par un professionnel de la santé
 - Analyse des attitudes et des préférences des patients
 - Préférence pour le médecin de famille plutôt que l'urgence si:
 - ❑ temps d'attente plus court
 - ❑ possibilité de consultations spécialisées
 - ❑ accès sans rendez-vous jour, soir et fin de semaine
 - ❑ temps d'attente est un attribut important:
 - ❑ à temps d'attente équivalent, l'urgence est le premier choix
 - ❑ médecins de famille et CLSC acceptables si temps d'attente est moindre



EXPÉRIENCE DU CSSS HAUT-RICHELIEU—ROUVILLE

- **Visites des cabinets privés:**
 - 12 visites (entre juillet et novembre 2005)
 - 68 médecins rencontrés (sur 99)

- **Points discutés aux réunions:**
 - CSSS HHR: leadership dans le RLS
 - Projet de clinique ambulatoire HHR pour cas sub-aigus
 - Projet clinique
 - GMF – cliniques réseaux
 - Accès en santé mentale

EXPÉRIENCE DU CSSSHRR (suite)

- **DRMG local:**
 - Leadership dans l'organisation des réunions (2)
 - Identification des leaders locaux et représentants des cliniques
 - Invités possédant une expérience de GMF
 - Invité de la FMOQ

EXPÉRIENCE DU CSSSHRR (suite)

- **Clinique ambulatoire**
 - Accessibilité privilégiée pour cas sub-aigus
 - Infirmière de liaison: coordination, investigation et suivi avec les médecins
 - Diminution de la référence à l'urgence
 - Grande satisfaction des médecins de première ligne
 - Moyenne de 12 patients / jour

- **Guichet en santé mentale**



IMPACTS SUR L'IMPLANTATION RLS

- **Tournée des cabinets privés / DRMVG:**
 - Développer des relations de confiance
 - Susciter la participation des médecins au RLS
 - Créer un lieu d'échanges
- **Démystifier le concept GMF / clinique réseau**



IMPACTS SUR L'IMPLANTATION DU RLS

- **Clinique ambulatoire:**
 - Améliorer la continuité des soins et services du médecin de famille en diminuant le recours à l'urgence
 - Faciliter l'accessibilité aux services:
 - meilleure coordination avec l'infirmière de liaison
 - corridors privilégiés entre lignes de services



LES MÉDECINS ET L'IMPLANTATION DES RÉSEAUX LOCAUX

Où allons-nous?

- Améliorer la continuité:
 - Développer des outils communs: protocoles cliniques
 - Renforcer des lieux d'échanges: projet clinique, communautés de pratique
 - Mettre en place les technologies d'information (Dossier Santé Électronique)