

Les super-cliniques : mode d'emploi

Par le Dr Alain Larouche le 7 mai 2014 pour [L'actualité médicale](#)



Blogue à part
par le Dr Alain Larouche

Le Dr Couillard a pris un engagement précis en matière d'accès aux soins : « Le PLQ s'engage à favoriser la création de 50 super-cliniques à travers le Québec, de véritables carrefours de la santé qui seront ouverts 7 jours sur 7. »

D'après la documentation accessible sur le site du Parti libéral, ces super-cliniques auront trois caractéristiques précises : une concentration d'expertises professionnelles, des services de laboratoires et de radiologie et des heures d'ouverture étendues, 7 jours sur 7. Une formule qui ressemblerait donc à celle de cliniques médicales ayant déjà pignon sur rue mais très certainement enrichie, souhaitons-le, de trois principes directeurs : les pratiques professionnelles de l'équipe interdisciplinaire sont soutenues par des outils cliniques de gestion de la santé de la population, l'offre de soins se module en fonction des besoins de chaque patient et l'autofinancement de la formule des super-cliniques sur un horizon de quatre ans est une condition essentielle de démarrage.

Un article récent¹ décrit les 10 composantes d'un système de soins primaires à haute performance, dont quatre sont fondamentales : leadership, amélioration basée sur les données, regroupement patients-soignants et travail en équipe.

Des outils cliniques pour la gestion de la santé de la population

Il est ici nécessaire d'aller au-delà des outils technologiques axés sur le moment de la consultation lui-même en misant sur la continuité de trajectoires de soins et de suivi au long cours, dans le contexte du travail en interdisciplinarité. En effet, ce n'est pas parce qu'on œuvre sous le même toit que le travail d'équipe s'impose de lui-même, que les rôles sont bien définis, que le partage des tâches est clair et que la mesure des résultats se fait d'emblée.

Cette continuité des services et le partage des rôles doivent pouvoir reposer sur une « intelligence clinique » informatisée, qui soutiendra médecins et autres professionnels de la santé dans la prise de décision en fonction des différentes situations cliniques qui se présentent à eux.

La coordination des soins et des services, non seulement au sein même de la clinique, mais entre les soignants et les patients et entre la clinique et les autres partenaires du réseau, dont le CSSS et les pharmacies communautaires, ne peut se faire sans outils solides, taillés sur mesure pour la pratique en première ligne.

Dans ce contexte, l'utilisation de l'intelligence de trajectoires de soins standardisées, permettant le suivi interdisciplinaire de patients porteurs de plusieurs maladies chroniques, et ce, à l'aide de solutions informatiques cliniques déjà en place, est devenue incontournable.

L'offre de soins est axée sur les besoins de chaque patient

Notre système de soins, comme tous ceux qui lui sont comparables, est en mutation profonde, et ce, en raison du fardeau que représentent les maladies chroniques. Je me suis déjà exprimé sur le fait qu'une offre de services de santé qui tente de répondre aux besoins de santé des patients chroniques complexes en fonctionnant par pathologie ou par système peut être dommageable en raison de son morcellement et de son manque de continuité². Le patient se promène d'un point de service à l'autre, l'information qu'il donne reste souvent compartimentée dans des systèmes cloisonnés – la plupart du temps en format papier – et celle qu'il reçoit est fragmentée et parfois contradictoire. Au total, la continuité fait défaut, l'adhésion au suivi recommandé est souvent faible ou ne perdure pas, et les événements indésirables – tels les complications évitables et les erreurs – sont nombreux.

L'idée de rendre accessible des services spécialisés dans les super-cliniques est bonne, mais elle doit être inspirée par les besoins de chaque patient, notamment les patients chroniques complexes : un suivi continu par une équipe interdisciplinaire, un médecin de famille responsable des soins et un médecin spécialiste en appui, le cas échéant. Dans cette perspective, les médecins spécialistes contribuent activement par ce qu'ils font de mieux : émettre des opinions médicales poussées, faire des recommandations sur la conduite à tenir et poser des gestes demandant une expertise particulière.

Et n'oublions pas la cohorte de personnes âgées qui va en augmentant.

L'autofinancement fait partie des conditions de démarrage

Des activités cliniques bien structurées et soutenues par des technologies intelligentes génèrent des gains d'efficacité majeurs, ne serait-ce qu'en hospitalisation et séjour à l'urgence évités. Dans le contexte de restrictions budgétaires majeures auxquelles doivent faire face le réseau de la santé et

les médecins, il est temps de passer graduellement au financement à l'activité axé sur le patient chronique complexe non seulement en établissement, mais aussi en première ligne.

La rémunération des médecins

Dans le contexte du déploiement des super-cliniques, ne serait-il pas intéressant de tester un nouveau mode de rémunération hybride, adapté à une saine gestion de la santé de la population desservie, avec un forfait global de prise en charge d'une population, un forfait pour la continuité des soins, y compris pour les gestes posés par les autres professionnels de l'équipe et une rémunération à l'acte pour les diagnostics et les traitements plus ponctuels ?

La super-clinique serait un excellent laboratoire pour conjuguer financement axé sur le patient et nouvelle rémunération des médecins. En effet, en vertu de l'article 505, alinéa 22 de la LSSS, le gouvernement peut déterminer la rémunération ou autre avantage qui peut être accordé à un médecin en application de l'article 259. Et ce dernier pourrait s'appliquer à une super-clinique.

1. www.annfammed.org/content/12/2/166.full

2. Voir mon billet « Un nouveau type de patient cogne à la porte : le patient chronique complexe », 25 avril 2012.