

## Alliance GMF-CSSS

Par le Dr Alain Larouche le 28 mars 2012 pour [L'actualité médicale](#)

---

Si j'étais responsable d'un GMF et que je voulais recruter de jeunes médecins ou améliorer l'environnement pour les patients et les collègues, voici ce que je ferais. J'irais voir le DSP du CSSS ou le directeur des affaires médicales de l'Agence de santé et je lui proposerais ceci :

- « Mes collègues et moi-même suivons des patients qui sont régulièrement admis à l'urgence ou hospitalisés;
- Donnez-moi les moyens de m'occuper de ces grands utilisateurs et des personnes à risque de complications;
- En contrepartie, bénéficiez de gains d'efficacité substantiels et contrôlez mieux la courbe de croissance des dépenses du CSSS;
- Améliorez l'accès et la continuité des services dans la communauté, et constatez de meilleurs résultats de santé pour les patients pris en charge. »

Vous êtes perplexes ? Sachez que les gains d'efficacité associés à la meilleure prise en charge d'une clientèle vulnérable en GMF peuvent compenser les salaires d'une équipe interdisciplinaire complète déployée autour des médecins de famille dans leur clinique médicale. Ici, au Québec, un patient hospitalisé trois fois ou plus sur une période de trois ans occasionne des débours moyens de 10 300 \$\* (coûts directs seulement pour le séjour à l'urgence et à l'hospitalisation).

Chaque GMF compte quelques centaines de ces patients. Il suffit d'éviter 50 % de leur recours à l'urgence ou à l'hospitalisation pour financer les coûts de l'équipe interdisciplinaire et s'occuper de l'ensemble des besoins en prévention, dépistage et suivi des maladies chroniques pour la population inscrite au GMF.

Mais il faut qu'un accord de ce genre avec le CSSS ou l'Agence repose sur des conditions propices au déploiement d'une approche intégrée, tant au CSSS que dans le GMF. Le défi, surtout pour les malades chroniques complexes, réside dans la coordination des services et la capacité de travailler en interdisciplinarité avec des trajectoires de soins structurées et informatisées.

J'ai l'occasion de rencontrer des médecins qui souhaitent se construire une nouvelle clinique ou veulent tout simplement mieux s'organiser : leur inquiétude première à l'idée d'aller dans la direction que je préconise est... de ne pas avoir la capacité physique de passer à l'action (locaux, infrastructure informatique, communications, etc.). Pour leur part, les gestionnaires du réseau de la santé se questionnent sur les modalités de délocaliser les activités de leur personnel dans les cliniques médicales et de gérer et d'intégrer ces activités dans ces circonstances. En fait, médecins et gestionnaires n'expriment aucun doute sur le fait que la réponse adaptée aux besoins de santé des malades chroniques passe par une première ligne médicale bien organisée, solidement appuyée par les services de deuxième ligne. Le problème, c'est comment effectuer les changements requis et par où commencer. Les conditions de succès de ce déploiement sont passablement connues. Je préconise leur mise en place en fonction de six angles complémentaires : les personnes, les processus, les outils – informatiques et autres –, la capacité de changement, la structure et l'environnement. J'aborderai ces questions dans mes prochaines chroniques.

---

---

\* Selon une méthode de calcul utilisée dans un projet-vitrine, dans la région de Lanaudière.

---

Mots clés : CSSS, GMF