

Un rendez-vous à ne pas rater

Par le Dr Alain Larouche le 19 juillet 2013 pour [L'actualité médicale](#)

Le MSSS révisé actuellement le cadre de gestion des GMF. Ceci fait suite à une déclaration du ministre de la Santé sur la nécessité d'améliorer l'accessibilité en GMF, déclaration qui s'appuie sur un rapport stipulant que 43 % des GMF n'atteignent pas leur cible d'inscriptions et que 40 % d'entre eux ne respectent pas les heures d'ouverture le soir et les fins de semaine. Bien que certaines conclusions soient nuancées par la FMOQ, celle-ci convenait aussi qu'il était temps de revoir les modalités, 10 ans après l'implantation des premiers GMF.

Trois modalités contractuelles sont actuellement regardées à la loupe : le nombre d'inscriptions, le nombre d'heures d'ouverture en fonction du nombre de médecins et le taux d'assiduité de la clientèle inscrite¹.

Certains GMF ayant un volume suffisant d'inscriptions pourraient également être dotés de professionnels de la santé en ajout à l'effectif déjà en place. Le type de professionnel recruté serait au choix des médecins.

Les résultats de santé

À mon sens, l'accès à un médecin de famille a pour objectif principal... la santé : prévenir les maladies, diagnostiquer les problèmes de santé et les traiter, promouvoir de saines habitudes de vie, etc. Pourquoi ne pas profiter de cet exercice de révision pour fixer des résultats de santé à atteindre pour la clientèle inscrite, et par le fait même, récompenser les bonnes performances en la matière ? Les meilleurs systèmes de santé au monde fonctionnent sur la base d'objectifs, d'actions, de résultats et de mesures d'amélioration.

Quelques médecins pourraient utiliser leur DMÉ pour inscrire des cibles convenues et mesurer l'atteinte de celles-ci, par exemple, pour connaître exactement le nombre de patients diabétiques, hypertendus, dyslipidémiques inscrits à leur nom. Pour mieux saisir la lourdeur de leur clientèle, par exemple, le nombre de patients qui sont à la fois diabétiques, hypertendus et dyslipidémiques.

La complexité et le travail en collaboration

On le sait, et j'en ai parlé plusieurs fois dans cette chronique, l'état de santé des patients se complexifie. Le travail en collaboration des médecins et des professionnels de la santé n'est plus un questionnement, mais bien une nécessité. Mais travailler en interdisciplinarité n'est pas une habileté innée ni une science infuse, tout particulièrement lorsqu'il s'agit de la première ligne.

S'il n'y a pas de résultats de santé fixés pour une clientèle donnée, sur quels objectifs peut bien s'orienter le travail d'une équipe interdisciplinaire ?

Au cours de mes activités de consultation, j'ai eu l'occasion de rencontrer plusieurs responsables de GMF. Une préoccupation commune revient de manière récurrente : « Y a-t-il des normes pour déterminer la durée d'une première entrevue ou d'une entrevue de relance d'une infirmière avec un patient diabétique ? Quand la porte du bureau de l'infirmière se referme, je ne sais pas ce qui se passe entre elle et le patient. » En effet, comment peut-on imaginer un instant que les impacts des interventions des professionnels de la santé puissent être de qualité égale d'un milieu à l'autre, voire d'un professionnel à l'autre, si les processus cliniques ne sont pas standardisés, si les connaissances ne sont pas mises à niveau et si les résultats ne sont pas mesurés ?

L'organisation du travail

Il faut se promener d'une clinique médicale à une autre pour observer la grande variation dans les modalités d'organisation du travail, tout particulièrement celui des infirmières en GMF. Bien que le gouvernement investisse des sommes considérables pour rémunérer les infirmières en GMF – faites le calcul, il y a plus de 250 GMF – peu de CSSS, s'il y en a, ont une idée précise de l'activité clinique de leur personnel en GMF. On y voit toute une gamme d'activités allant de celles qui requièrent une compétence d'infirmière clinicienne à

d'autres qui relèvent d'un niveau de compétence – et de pertinence – bien moindre. Ne serait pas une bonne occasion de proposer aux GMF un « mode d'emploi » plus rigoureux des professionnels à haute valeur ajoutée qui leur sont confiés ?

Le taux d'assiduité et le mode de rémunération

On devine que le taux d'assiduité vise à faire en sorte que les personnes aient un accès continu à leur médecin ou l'un de ses collègues au sein d'une même clinique. La continuité est certes une des meilleures façons d'améliorer les résultats de santé et la satisfaction des patients. Mais si le taux d'assiduité est si important aux yeux du MSSS, pourquoi alors ne pas profiter de l'occasion pour mettre l'accent sur des modalités de rémunération spécifiques pour atteindre cet objectif ?

Par ailleurs, je me demande si, en mettant trop d'énergie sur l'atteinte de cet indicateur, cela n'aura pas comme conséquence de... diminuer l'accès pour les personnes qui ne sont pas inscrites à un médecin de GMF, par exemple, au sans rendez-vous.

Une invitation

En terminant, je réitère ma conviction profonde qu'une réorganisation de la première ligne est inévitable si nous voulons que les Québécois puissent continuer à compter sur un système de santé public et universel offrant des services accessibles, continus et de qualité. Pourquoi ne pas profiter de l'occasion présente pour poser un jalon important de cette réforme ?

J'invite donc mes collègues intéressées par les sujets que j'aborde, tout particulièrement la réorganisation de la première ligne et la gestion des maladies chroniques, à communiquer avec moi pour me faire part de leurs idées (alarouche@groupeconcerto.com). Ce pourrait être l'occasion de créer un forum de discussions, voire un réseau d'expertise dont pourraient bénéficier l'ensemble de nos collègues et des professionnels de la santé.

1. Le taux d'assiduité est le pourcentage du nombre de visites au GMF de la clientèle inscrite sur le nombre total de visites en première ligne de cette même clientèle.
