



Réseau-1 Québec

Réseau de connaissances en services et
soins de santé intégrés de première ligne

Les GMF et les cliniques privées: ce que les usagers et usagères doivent savoir

Yves Couturier, Ph.D.

Directeur scientifique du Réseau de connaissances en services et soins de santé intégrés de première
ligne <http://reseau1quebec.ca/>

Chaire de recherche du Canada sur les pratiques professionnelles d'intégration des services en gérontologie



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Présentation

- **Directeur scientifique du Réseau de connaissances en services et soins de santé intégrés de première ligne**
- **Chaire de recherche du Canada sur les pratiques professionnelles d'intégration des services en gérontologie**
- **Chercheur en travail social**



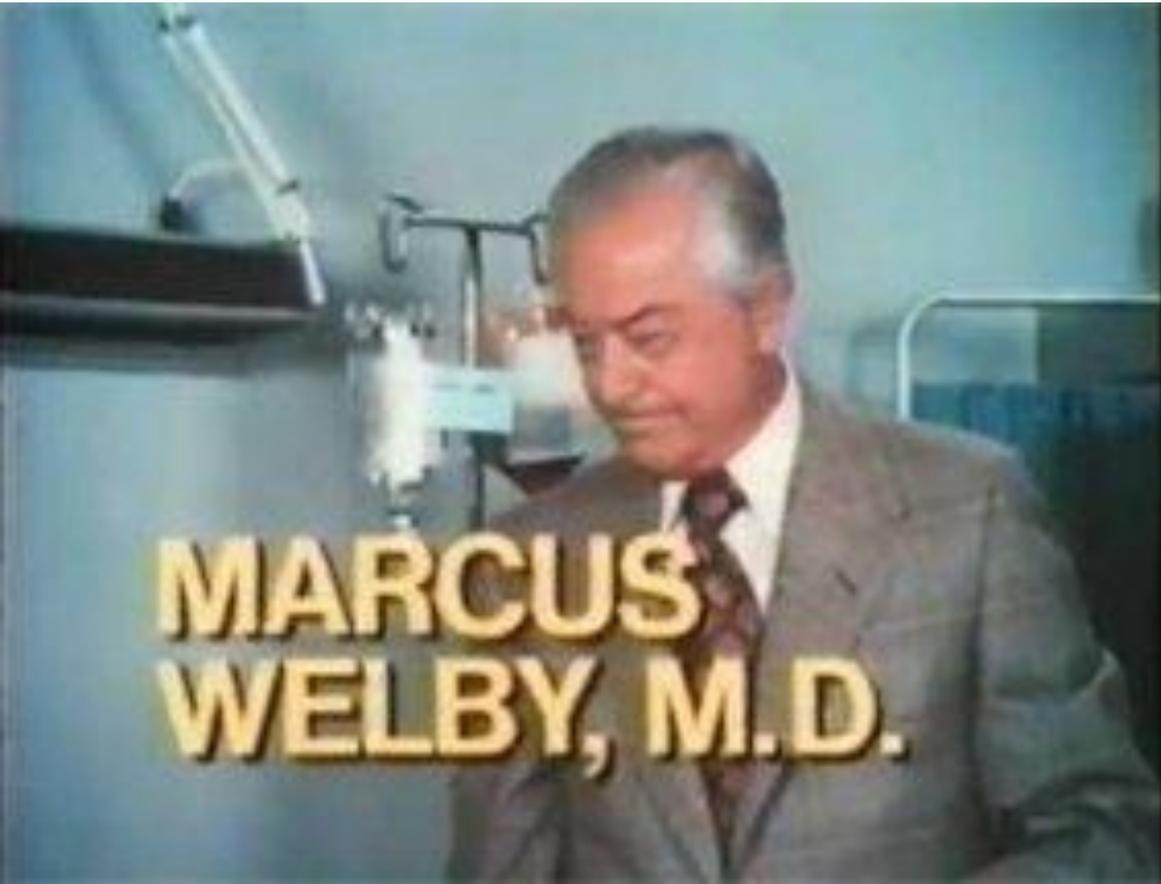
Le plan de la présentation

1. Les raisons de l'évolution
2. Les ressources médicales
3. Les changements en cours



Une évolution fondamentale des services médicaux

Du médecin solo



Au travail en équipe



Des changements très fondamentaux

- **Transition démographique**
 - Le vieillissement
- **Transition épidémiologique**
 - Les besoins de la population ne sont plus les mêmes
 - Chronicité, multi-dimensionnalité, effets fonctionnels
- **Transition conceptuelle :**
continuité, inter, approches globales, domicilo-centrisme, etc.
- **Transition fonctionnelle :**
intégration, coordination, réseaux locaux de services, etc.



Une evolution trop lente?

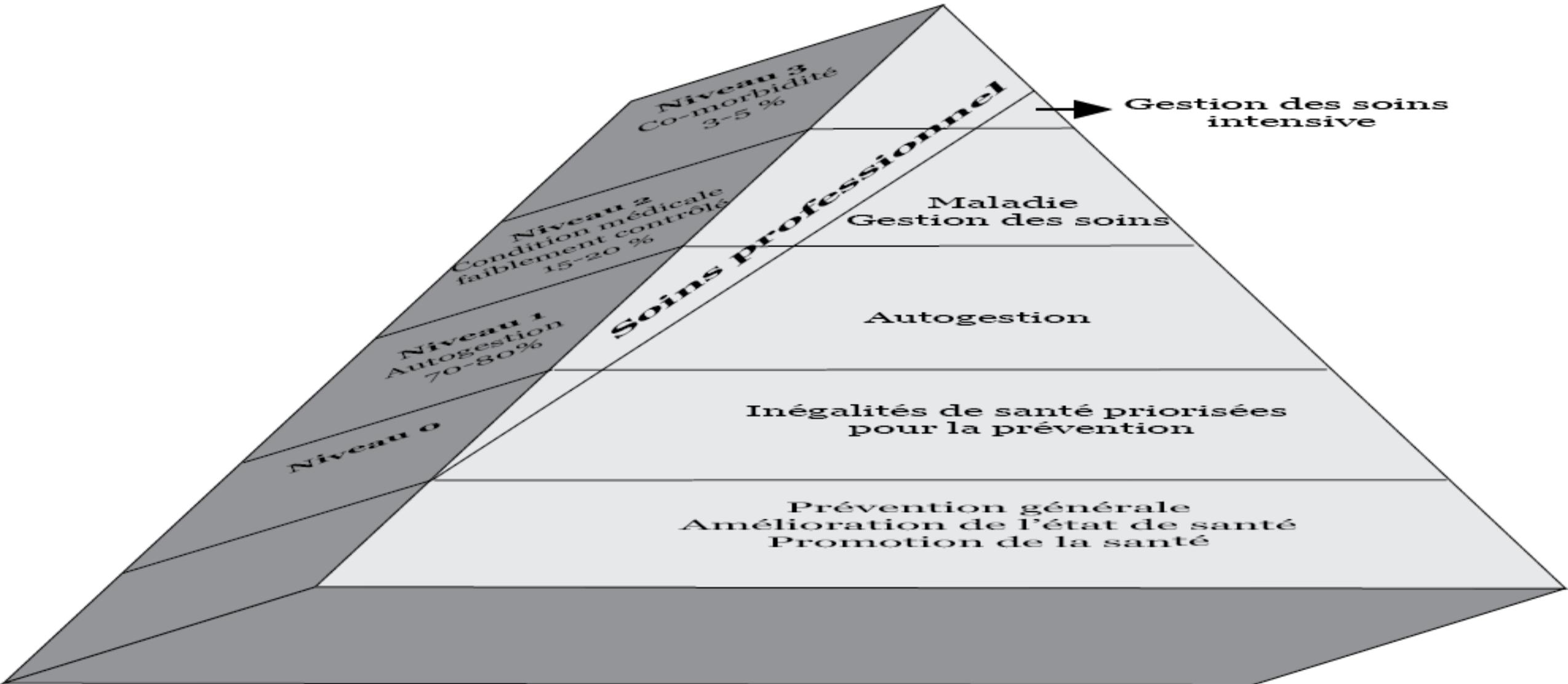


Pourtant, la direction à prendre est connue



Continuum des clientèles avec maladies chroniques

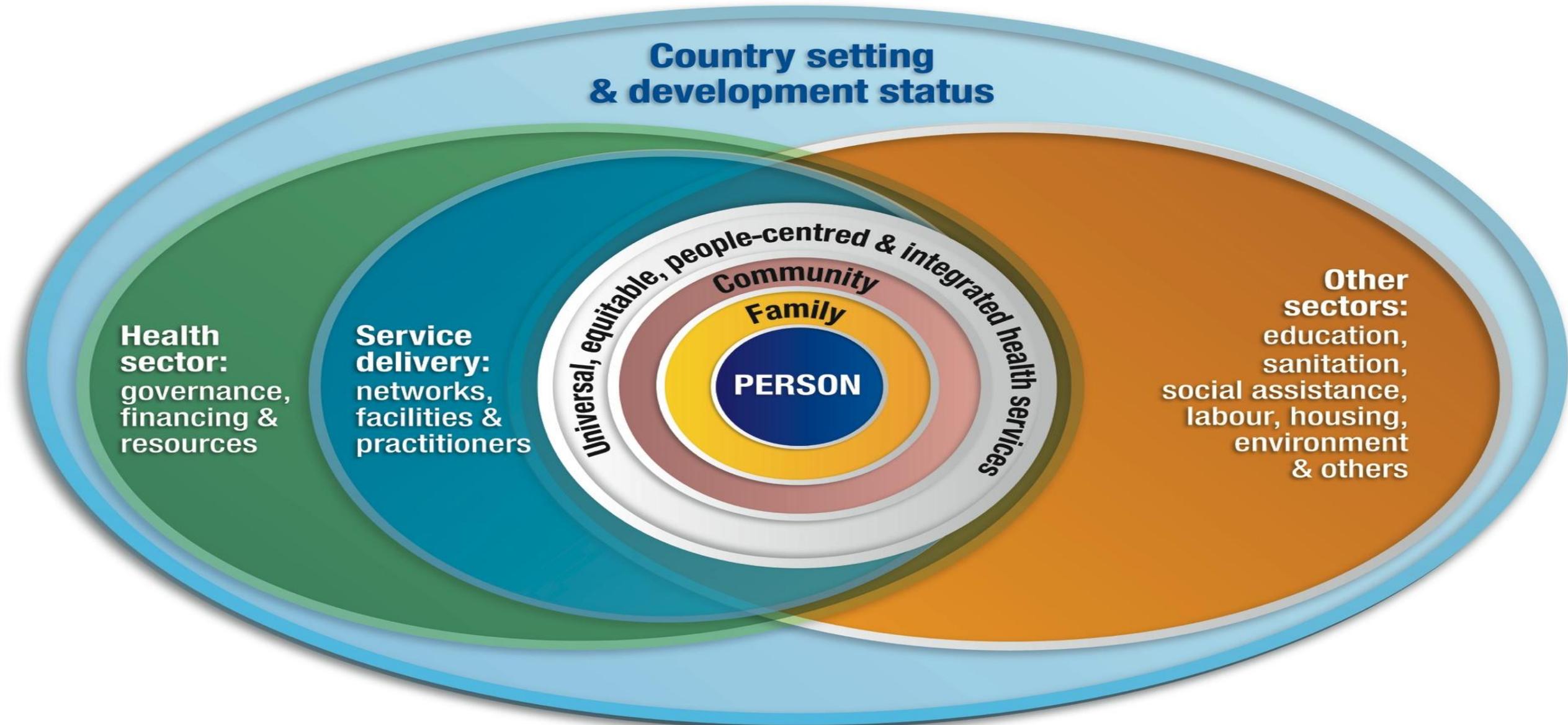
Pyramide de Kaiser



Le financement actuel : la raison fondamentale des difficultés



Une vision intégrée des services (OMS, 2015)



Modèle d'organisation des services pour les maladies chroniques



Quelques principes guidant le changement

- La santé et le bien-être forment un tout complexe
 - Les besoins sont **inter-reliés**
 - Les solutions sont **interdépendantes**
- Il est plus intéressant de travailler sur la santé que sur la maladie
- L'usager et ses proches sont les plus grands «producteurs» de santé et de bien-être
- La chronicité appelle de mettre en priorité les approches préventives, mais aussi fonctionnelles compensatrices ou restauratrices
- Agir sur toute la population, pas seulement sur les demandeurs



Priorités du changement

- Soins primaires
- Collaboration interprofessionnelle
- Orienter les ressources sur les priorités publiques



Hiérarchisation des soins

- Services de première ligne (ou soins primaires)
 - Services généraux de proximité
 - Services de santé physique, santé mentale et psychosociale
- Services de santé de deuxième ligne
 - Services spécialisés
 - Centres hospitaliers (urgence)
 - Centres de réadaptation, d'hébergement, jeunesse
- Services de santé de troisième ligne :
 - Services surspécialisés
 - Centres hospitaliers universitaires

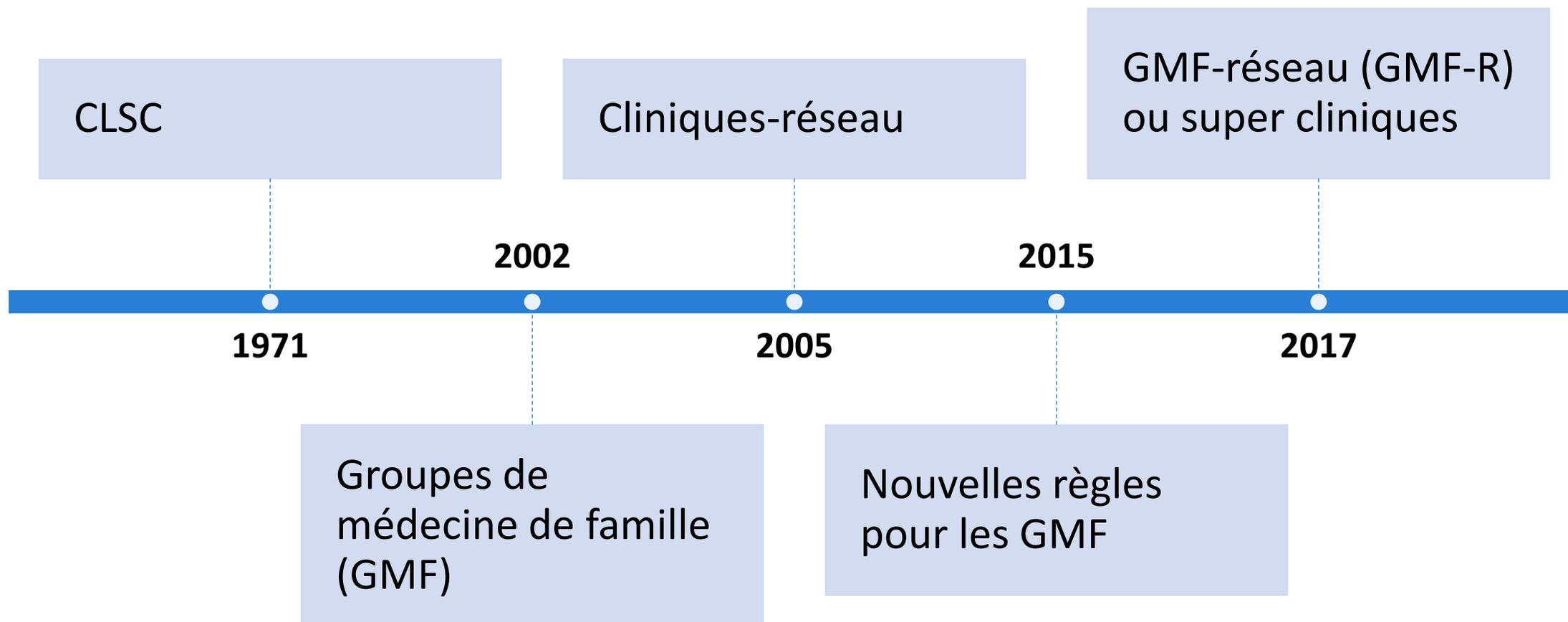
Soins primaires

Services de premier contact

- 1. Accessibles**
- 2. Continus**
- 3. Globaux**
- 4. Coordonnés**

«The first level of care and usually the first point of contact that people have with the health-care system. PHC supports individuals and families to make the best decisions for their health. It includes advice on illness and injury prevention, health promotion, individual health assessments, diagnosis and treatment of episodic and chronic conditions, and supportive rehabilitative care. Services are coordinated, accessible to all consumers and are provided by the health-care professionals with the right skills to meet the needs of individuals and the communities being served». (Health Council of Canada, 2005, p. 24)

Historique des modèles de première ligne



Dans les CISSS: les CLSC

- Découpage territoriale du Québec : 287 CLSC
- Offre des services de santé et des services sociaux courants à la population du territoire
- Services de nature préventive et curative
- Services de réadaptation ou réinsertion (ex: ergothérapie)
- Activités de santé publique
- Santé scolaire
- Aide à domicile
- 5 CLSC à Laval : Marigot, Ste Rose, Ruisseau-Papineau, Mille-îles, Ouest-de-l'île



Les cliniques privées

- Médecins travaillant seuls ou en petit groupe
- Possibilité d'embaucher une infirmière ou autre professionnel de santé à même leur rémunération
- Grande autonomie à l'égard des CISSS, donc des priorités publiques



Groupes de médecine de famille (2002)

- Description :
 - 6-12 médecins équivalent temps plein (ETP), travaillant en étroite collaboration avec des infirmières et autres professionnels de la santé
 - 1000-2000 patients inscrits par médecin ETP
- Objectif :
 - améliorer l'accès et la continuité des soins de santé primaires
 - mieux répondre aux priorités publiques
 - s'adapter aux changements dans la pratique des médecins

Cliniques-réseau (2005)

- Description :
 - Équipe multidisciplinaire
 - Accès à une gamme complète de services, consultations sur et sans rendez-vous, ouverture 365 jours/an
- Objectifs :
 - Assurer une meilleure intégration des services avec le CSSS
 - Améliorer l'accessibilité, et l'accès aux plateaux techniques
 - Mieux répondre aux priorités publiques
 - Désengorger les hôpitaux des cas légers

Groupes de médecine de famille (2017)

- Minimum de 6000 patients inscrits par GMF
- Soutien financier au démarrage et à l'aménagement du GMF
- Soutien financier au fonctionnement du GMF
- Soutien professionnel : personnel infirmier, travailleurs sociaux, autres professionnels
- Ouverture minimum : 68h / semaine
- Taux d'assiduité min de 80% :
 - Nombre de visites au GMF de la clientèle inscrite / Nombre de visites dans les services de 1^e ligne

Groupes de médecine de famille-universitaire (2017)

- Anciennement UMF
- Les GMF-U sont des GMF
- Trois missions
 - Donner des services médicaux
 - Recherche
 - Formation pratique (résidents et stagiaires)

GMF-Réseau ou super clinique

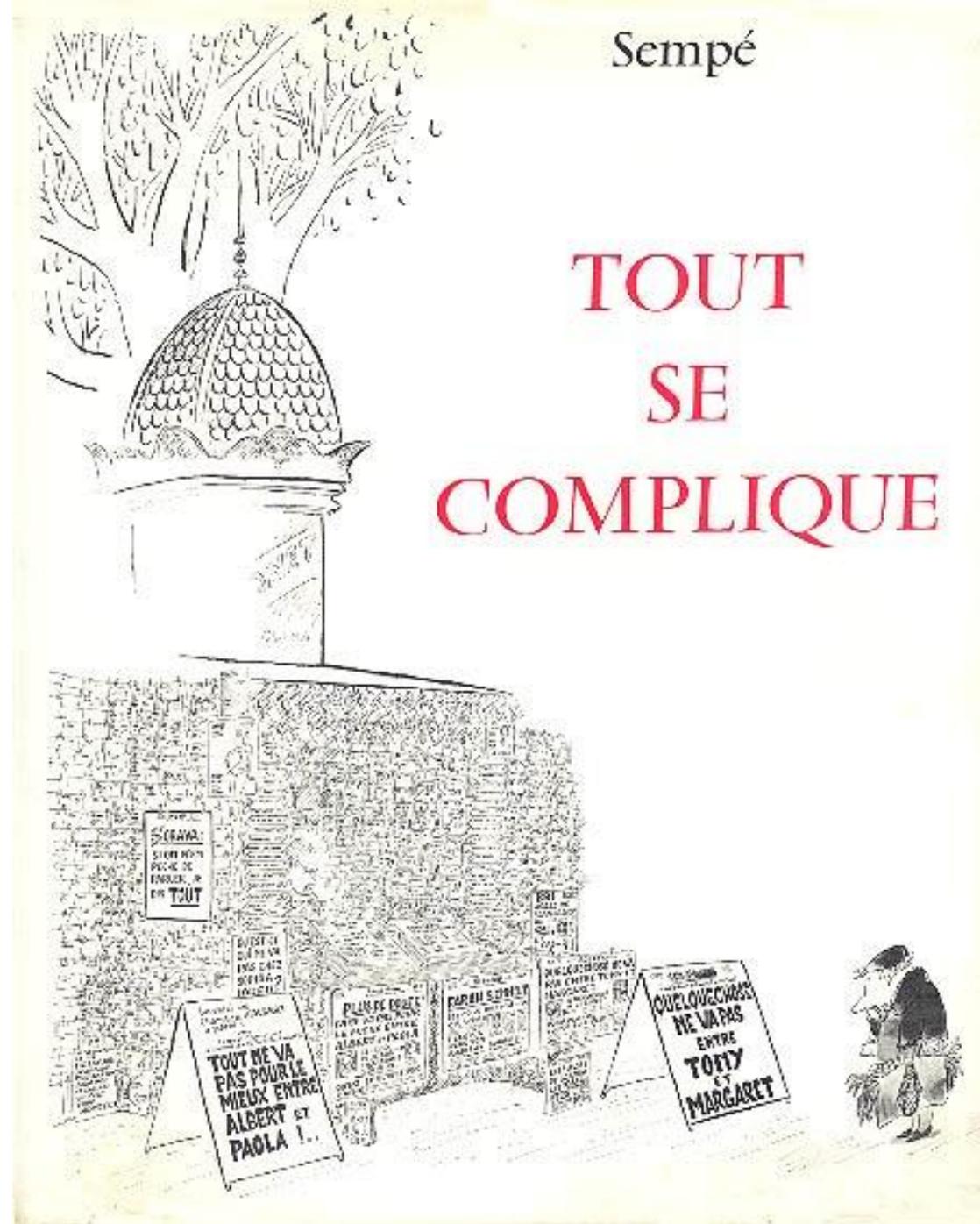
- Être un GMF reconnu
- Réaliser un minimum de 20 000 consultations annuelles
- Soutien financier au démarrage et à l'aménagement
- Soutien financier au fonctionnement du GMF-R
- Soutien professionnel : infirmières auxiliaires, techniciennes et cliniciennes

Objectifs : répondre aux besoins semi-urgents ou urgents simples, offrir des services aux usagers non inscrits

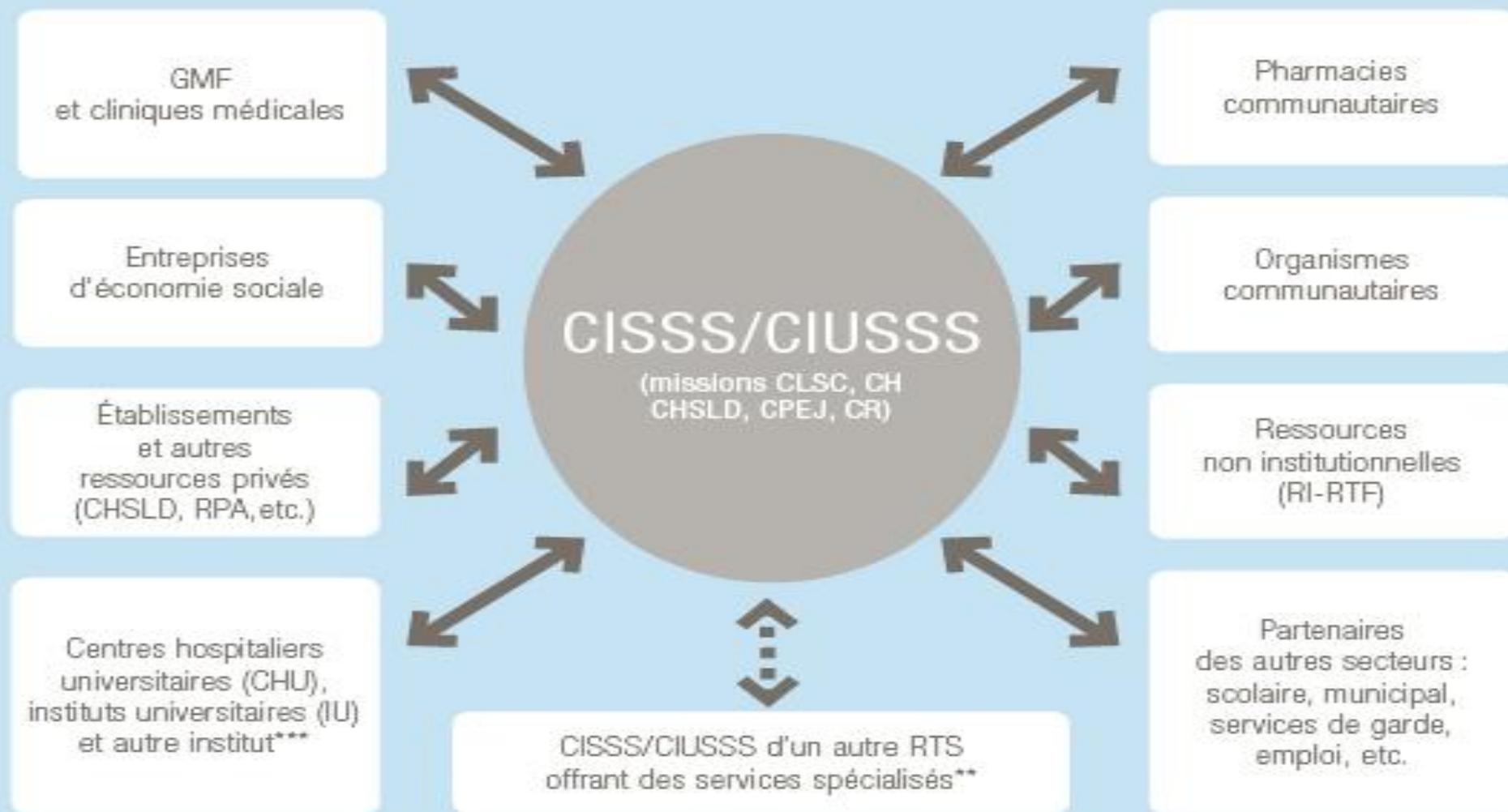
Soutien : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001630/>

GMF, GMF-U, super-clinique

- Des formes organisationnelles multiples
- Des formes de gouvernance multiples, voire hybrides
- Le public gère des parties, mais pas toutes ou tout le temps
- Intra ou extra-muros



PRINCIPAUX ACTEURS D'UN RÉSEAU TERRITORIAL OU LOCAL DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX*

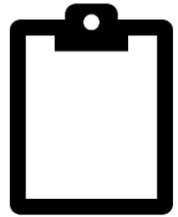


* Un RTS peut comprendre plusieurs RLS. Ces derniers impliquent, à l'échelle locale, les mêmes catégories de partenaires.

** Le CISSS/CIUSSS doit établir, au besoin, des corridors de services régionaux ou interrégionaux pour compléter son offre de service à la population de son territoire.

*** Ces établissements ne sont pas fusionnés en vertu de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

L'inscription en GMF



- Réduire le magasinage médical
- Soutenir l'engagement d'un collectif de professionnel à l'égard d'un groupe d'utilisateurs
- Favoriser la prise en charge des clientèles prioritaires (maladies chroniques, santé mentale, perte d'autonomie liée au vieillissement, clientèles vulnérables)
- Augmenter leur capacité à répondre à ces besoins

Accès et assiduité

- 85% de la population inscrite
- Assiduité: le % de visite à votre médecin ou GMF vs hors du GMF

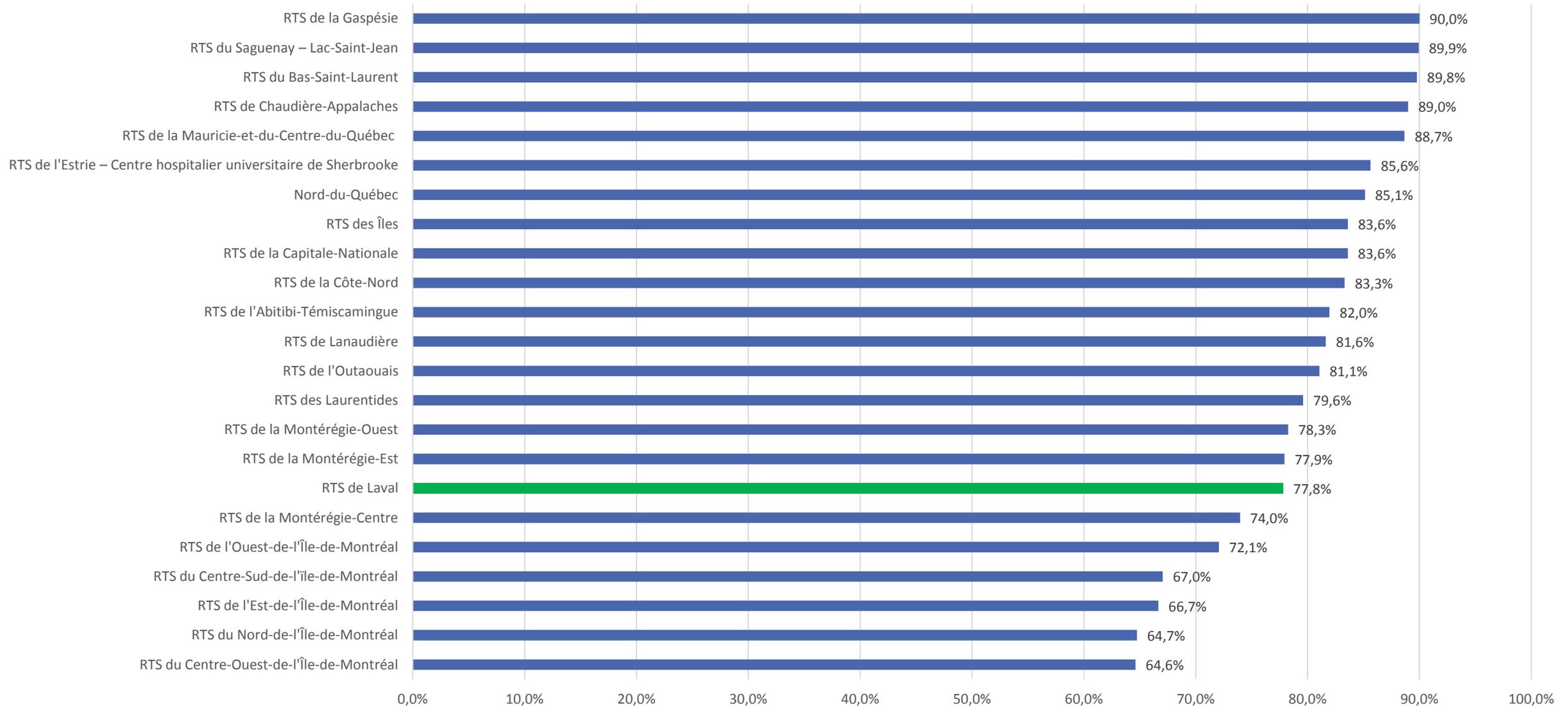


Guichet d'accès à un médecin de famille

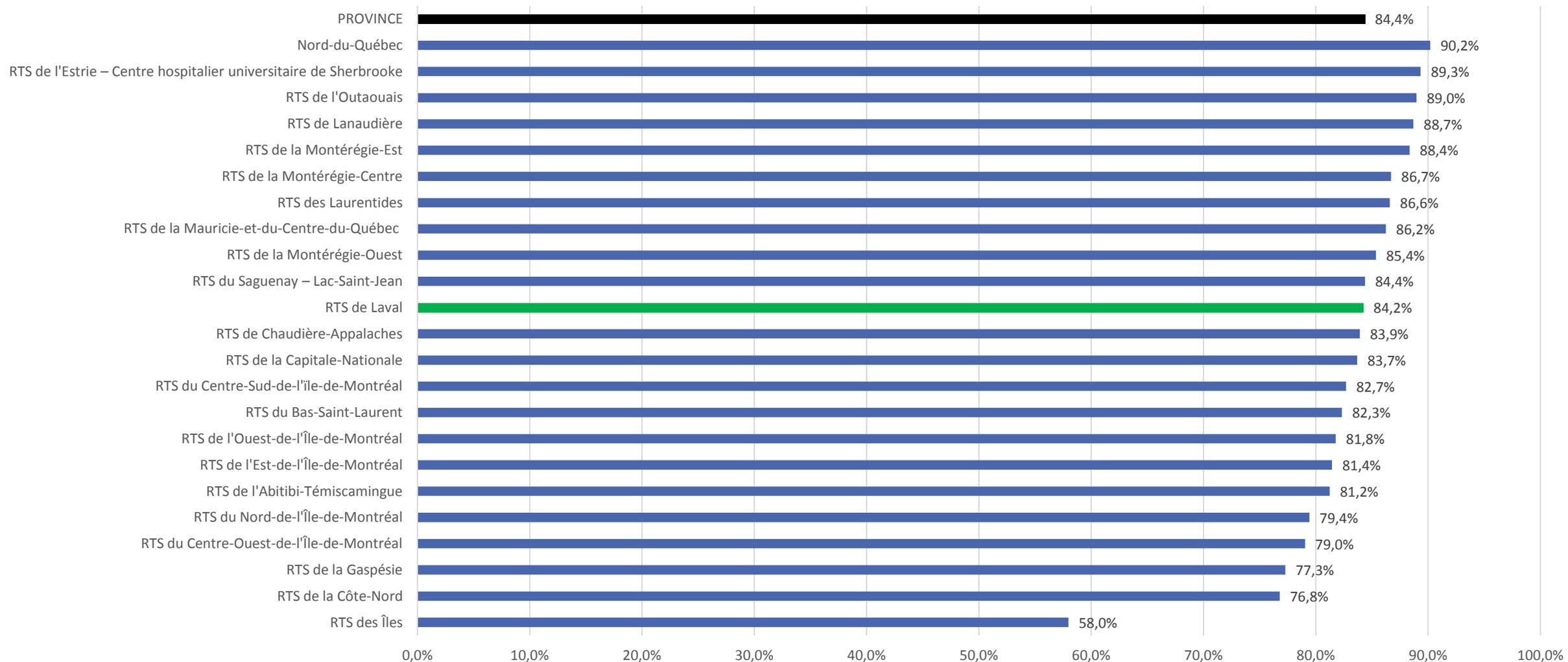
- Chaque CISSS a un guichet d'accès unique
 - Centralise les demandes
 - Facilite l'inscription en GMF
 - **Priorise les demandes**



Pourcentage de personnes inscrites à un médecin de famille par région



Taux d'assiduité moyen de l'ensemble des médecins omnipraticiens à l'égard de leur clientèle (%)



GMF	IPS	Autres professionnels de santé	Nombre de médecins	Nombre de patients inscrits	Taux d'assiduité GMF (%)
GMF-R Centre médical Laval	oui	>20	> 20 médecins	35 244	87,5%
GMF-R Clinique médicale Sainte-Dorothée	oui	>20	> 20 médecins	29 839	85,2%
GMF-R Concorde	oui	>20	> 20 médecins	39 252	85,8%
GMF-R Médi + Centre Chomedey	oui	>20	> 20 médecins	30 391	83,0%
GMF-R Polyclinique médicale Fabreville	oui	>20	Entre 11 et 20 médecins	25 075	83,9%
GMF-R Ste-Rose	oui	Entre 11 et 20	> 20 médecins	11 725	82,8%
GMF-U du Marigot	oui		Entre 11 et 20 médecins	8 344	87,0%
GMF-U Laval	oui	Entre 11 et 20	> 20 médecins	12 501	85,1%
GMF Boulevard de l'Avenir	oui	10 et moins	Entre 1 et 10 médecins	9 075	86,8%
GMF Clinique Santé 440	oui	10 et 20	10 et 20	11 087	82,6%
GMF de la Polyclinique Centre de L'Île (Promedica)	oui		Entre 11 et 20 médecins	16 769	84,7%
GMF des Boisés	oui			8 936	86,5%
GMF Jolibourg	oui	>20	> 20 médecins	10 925	88,2%
GMF Le Carrefour médical	oui	Entre 11 et 20	Entre 11 et 20 médecins	21 010	86,5%
GMF Monteuil	oui		Entre 11 et 20 médecins	11 115	87,4%

Liste des GMF et GMF-R à Laval

Qui consulter pour un problème de santé ?

- Si inscrit auprès d'un médecin de famille : appel à la clinique
- Si non inscrit ou clinique fermée : appel dans un GMF-R
- Pour savoir où sont les GMF-R : Info Santé
- Pour obtenir un rendez-vous en ligne :
 - Rendez-vous santé Québec (en plein développement)
 - Bonjour Santé
- Info-santé 811
 - évalue votre besoin
 - répond parfois à votre besoin
 - vous oriente vers une ressource appropriée, au besoin

Accès adapté

Avant

- Prise de RV parfois automatique, sans égard au besoin
- L'utilisateur appelle lorsqu'il a besoin, mais les plages horaires prises longtemps d'avance par RV automatique

Maintenant (ou demain)

- L'utilisateur appelle lorsqu'il a besoin, pas de prise de RV long-terme.



Vos droits dans cet univers complexe

- Sources des droits : lois fondamentales et lois spécifiques
- Droit professionnel
 - Droit médical (ordre professionnel, lettres d'entente)
- Droit appliqué au CISSS
 - Diverses configurations d'entente entre GMF, représentants médicaux et CISSSS
 - Les cabinets privés peuvent avoir une entente avec les CIUSSS qui fait en sorte que le processus de plainte s'applique, mais pas forcément.

Au total, une complexité structurelle qui complexifie l'exercice du droit, mais vous avez des droits

Les buts de ces évolutions

- Orienter les ressources médicales sur les priorités publiques
 - Ex.: ne pas sur-traiter les personnes en santé
- Créer des continuum de services cohérents
 - Ex.: maladie d'Alzheimer
- Augmenter la capacité de répondre aux besoins de la population hors de la seule réponse des médecins
- Faciliter l'accès par une priorité à la première ligne
- Éviter l'usage inapproprié des hôpitaux



Quelques enjeux

- Les rapports avec les CISSSS
 - Risque de petites privatisations
 - Trous dans les continuums
 - Ex.: RPA
- La complexité des structures (privées, publiques, semi-privées, etc.)
- L'accès
- Le rapport au territoire
 - L'environnement du GMF
 - Leur distribution non-planifiée
- La réminiscence de la culture du médecin solo
 - Ex.: place des infirmières
- Accès aux données cliniques à des fins de recherche et d'amélioration de la qualité



Des innovations en cours

- Accroissement de la capacité des infirmières
 - Infirmières praticiennes spécialisées (IPS)
- Arrivée des travailleuses sociales
 - Travail avec les familles, liaison avec CISSS
- Arrivée des pharmaciens
 - Usage optimal des médicaments
- Arrivée des ergothérapeutes
 - Intervention de soutien à l'autonomie fonctionnelle
- Révolution informatique
 - Monitorage de la qualité des services
- Articulation GMF et CISSS
- Arrivée d'usagers-partenaires

Ca marche
ou pas?

**La moitié du chemin
de fait, mais la
direction est la bonne**

**Accroissement de
l'accès ET
augmentation de la
demande**



Merci!

La parole est à vous

Yves.Couturier@USherbrooke.ca

