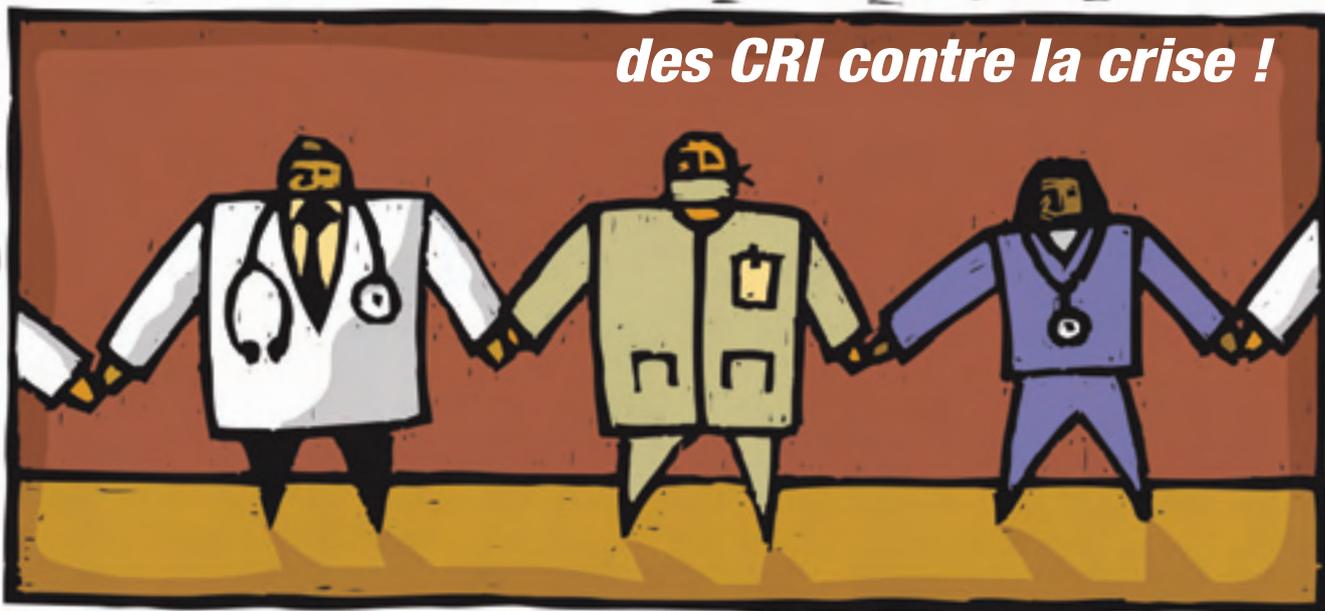


Médecine familiale

des CRI contre la crise !

Photo : SuperStock



Francine Fiore

Dans la grisaille de la crise en médecine familiale une solution lumineuse semble se dessiner : les cliniques réseau intégrées (CRI). Elles pourraient offrir une solution, au moins partielle, à la pénurie de médecins de famille, au nombre insuffisant de résidents en médecine familiale et au peu d'intérêt des jeunes médecins pour la pratique en cabinet privé.

FRUIT DU MARIAGE d'un groupe de médecine de famille (GMF) et d'une clinique réseau, une CRI est une sorte de superclinique intégrant différents professionnels de la santé au corps médical. Voilà pourquoi on utilise le terme « clinique réseau intégrée ».

Ce que cela donne concrètement ? Si un CRI compte, par exemple, quinze médecins à temps plein, on y retrouvera le même nombre de professionnels de la santé : nutritionnistes, physiothérapeutes, pharmaciens, psychologues, etc.

Selon le document-cadre de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) intitulé : *Orientations pour le développement des GMF et Cliniques réseau intégrés*, les CRI constituent un pas en avant dans l'évolution des GMF et des cliniques réseau. Ce type de structure semble bénéfique à la fois pour les médecins et pour les patients. Il donne accès à une équipe multidisciplinaire, à un réseau de services et à l'aide que peut apporter l'informatique. Dans les CRI, les médecins travaillent en groupe et utilisent un dossier unique par patient qu'ils partagent avec les autres professionnels.

« La création d'équipes regroupant en un même lieu

des omnipraticiens et d'autres professionnels de la santé constitue l'élément clé d'une véritable prise en charge de la population », indique le document-cadre. Ce dernier préconise aussi que 70 % des médecins d'une CRI doivent y effectuer majoritairement leurs activités cliniques et que chaque médecin doit consacrer 70 % de ses activités à la clientèle inscrite. La CRI doit desservir tous les patients, mais la clientèle vulnérable et celle du territoire doivent être favorisées.

Naissance des CRI

En 2002, les premiers GMF ont fait leur apparition. Puis sont venues les cliniques réseau, qui jouent un rôle de coordination et de liaison avec le centre de santé et de services sociaux et misent sur un corridor de services privilégié avec un hôpital afin de rendre les plateaux techniques et les services des médecins spécialistes accessibles aux omnipraticiens et à leurs patients.

Maintenant, place aux CRI ! Elles sont la concrétisation de l'approche d'un visionnaire fort expérimenté dans la gestion des soins de santé, **M. David Levine**, président-directeur général de l'ASSSM.

Dans un premier temps, M. Levine s'est inspiré de



« Je crois que le travail d'équipe est essentiel et que la prochaine génération de médecins va être attirée par le modèle de la CRI. »

— D^r Michael Malus

différents modèles d'organisation des soins de première ligne à l'étranger, soit aux États-Unis, en Angleterre, en France, en Allemagne et en Espagne, plus précisément à Barcelone. Puis, il a consulté des médecins de Montréal qui se sont montrés enthousiastes à l'idée des CRI et a rencontré les doyens des facultés de médecine de l'Université de Montréal et de l'Université McGill.

L'unité de médecine familiale (UMF) de l'Hôpital de Verdun et la clinique Herzl de l'Hôpital général Juif de Montréal ont été choisies pour les projets pilotes, étant des milieux universitaires. Toutefois, toutes les CRI n'auront pas une mission de formation médicale. Actuellement en phase d'implantation, les cliniques Herzl et Verdun devraient être reconnues officiellement en tant que CRI en 2009. Mais déjà, elles fonctionnent sur ce mode à la plus grande satisfaction de tous. Les ressources nécessaires s'y ajouteront progressivement.

Bien sûr, M. Levine prévoit élargir la famille des CRI à Montréal. « Nous avons déjà 45 embryons. Notre objectif est de créer 60 CRI et d'y intégrer la majorité des omnipraticiens. Le projet devrait

être terminé d'ici dix ans. Le budget prévu est de 1,5 million par CRI pour un total de 90 millions pour l'ensemble. » Chaque CRI aura ses particularités selon les besoins de sa clientèle. Par exemple, dans un centre orienté vers l'obstétrique, on trouvera les ressources nécessaires à sa mission, même chose s'il s'agit d'un milieu axé sur la gériatrie. M. Levine envisage par ailleurs d'offrir dans les CRI les services radiologiques de base, dont l'échographie.

Ainsi, les CRI seront la porte d'entrée du système de santé. « Ils constituent vraiment la première ligne de la prise en charge et du suivi de la population, précise M. Levine. Ils vont permettre aux médecins d'assurer des soins à l'ensemble de la population montréalaise. » Grâce aux CRI, les médecins verront plus de patients à long terme, mais moins souvent la même personne, puisque d'autres professionnels de la santé prendront la relève pour certains aspects de la gestion de la santé.

Les cliniques réseau intégrées devraient par ailleurs permettre de réduire les coûts des soins de santé, selon le PDG de l'ASSSM. « Les gens se rendront moins à l'urgence, notamment pour

les maladies chroniques qui accaparent la plus grande partie des services de santé. Et puisqu'il y aura un suivi et de la prévention, on espère diminuer le nombre d'hospitalisations. » M. Levine entrevoit aussi des économies en ce qui concerne les frais de médicaments. À son avis, les patients ne chercheront pas à obtenir des médicaments de plusieurs médecins, car ils seront suivis par la même équipe.

La CRI devrait également se révéler un endroit privilégié de pratique qui pourrait attirer les jeunes médecins. « Les GMF, les cliniques réseau et les CRI sont des environnements professionnels très intéressants et stimulants pour tous les omnipraticiens. Il s'agit d'une nouvelle vision », affirme le **D^r Serge Dulude**, directeur de la Planification et de la Régionalisation à la FMOQ et ex-chef du Département régional de médecine générale de Montréal. Ancien collaborateur de M. Levine, le D^r Dulude a été coprésident du comité de travail sur les CRI.

Clinique cinq étoiles

Nichée au fond d'un terrain de stationnement adjacent à l'Hôpital général juif, la clinique Herzl ne paie pas de mine au premier abord. Mais dès l'entrée, elle prend par endroits des allures d'hôtel cinq étoiles. Des murs aux couleurs douces, des planchers en tuile, un style moderne et une disposition invitante des lieux créent une ambiance bienfaisante. Rien à voir avec l'hôpital. Fait inusité, une préposée à l'information répond à certaines questions des patients sur leurs problèmes de santé et distribue des brochures. En son absence, les patients peuvent communiquer avec elle par téléphone ou consulter un site Internet.

La clinique, qui fonctionnera comme une CRI en octobre, compte actuellement 10 médecins à temps plein, 15 à temps partiel, 36 résidents en médecine familiale et 7 infirmières. De plus, quelques spécialistes, dont un pédiatre, un gynécologue et un chirurgien y viennent deux fois par mois pour donner des consultations. Et ce n'est pas fini. D'autres professionnels s'ajouteront. Par exemple, il y aura éventuellement plus d'infirmières, dont une infirmière praticienne, un psychologue, un physiothérapeute et une nutritionniste.

Selon le **D^r Michael Malus**, chef du Département de médecine familiale et directeur de la clinique

Herzl, la CRI offre de grands avantages, notamment aux patients souffrant d'une maladie chronique qui sont traités par une équipe multidisciplinaire sur place. « Par exemple, chez nous, un patient diabétique peut voir l'infirmière chaque mois et le médecin tous les trois mois. Le but est d'éviter les situations de crise et de diminuer le nombre de visites à l'urgence et d'hospitalisations. Je crois que le travail d'équipe est essentiel et que la prochaine génération de médecins va être attirée par le modèle de la CRI. » Ouverte le jour, le soir et la fin de semaine, la clinique Herzl reçoit des patients avec ou sans rendez-vous. « Nous prenons de nouveaux patients, mais il peut y avoir une attente de deux à trois semaines », précise le D^r Malus.



M. David Levine

La clinique est également une UMF moderne. Chacune des cabines d'examen est reliée à un centre de surveillance audiovisuel à partir duquel un patron peut observer le travail du résident sur un écran. La clinique Herzl comprend également une clinique de méthadone, une clinique d'allaitement, un programme pour les adolescents et un important programme d'obstétrique. De plus, elle compte un volet « soins à domicile » en collaboration avec le CLSC.

Patiente du D^r Malus depuis 1993, **M^{me} Rita Rosati** apprécie le changement survenu à la clinique Herzl. D'abord médecin de son mari diabétique, qu'il suit de près, le D^r Malus voit M^{me} Rosati au moins une fois par année pour son examen courant. Il a suivi sa grossesse et s'occupe aujourd'hui de ses deux enfants, Daniel et Gabrielle. « Cette belle clinique semble beaucoup plus efficace qu'avant », estime-t-elle. En cas d'urgence, M^{me} Rosati, qui est une patiente inscrite, se rend directement aux consultations sans rendez-vous ou téléphone pour prévenir qu'elle passera à la clinique. « Si le D^r Malus n'est pas disponible, je rencontre d'abord l'infirmière qui trouve un remplaçant, dit-elle. Mais avec un rendez-vous, je vois directement le D^r Malus. »

Du côté de Verdun

La CRI de Verdun vit la même transformation

(Suite à la page 11) >>>

◀◀◀ (Suite de la page 3)

que la clinique Herzl. « L'un des objectifs de la CRI est la prise en charge et le suivi des patients par une équipe multidisciplinaire, particulièrement ceux qui souffrent de maladies chroniques », rappelle le **D^r David Dunn**, directeur de la CRI de Verdun. Différents modèles à l'étranger, notamment aux États-Unis, montrent que l'approche multidisciplinaire permet de diminuer les complications associées aux maladies chroniques, explique le clinicien.

La CRI de Verdun comprend onze médecins à temps plein et 33 à temps partiel. Elle compte également environ 35 résidents en médecine familiale et sept infirmières. Dès que sa formation sera terminée, une infirmière praticienne se joindra à l'équipe. Selon le **D^r Dunn**, ce modèle de travail multidisciplinaire en médecine familiale

améliore la pratique du médecin.

Ce dernier a, en effet, l'occasion de traiter une variété de cas, un peu comme à l'hôpital. Ce système suscite aussi la confiance du patient qui se sent bien entouré et bénéficie d'un suivi régulier. « À Verdun, on a enregistré une augmentation du nombre de patients inscrits et de visites au service de consultation sans rendez-vous.

Même si l'on donne la priorité à nos patients inscrits, nous prenons tous ceux qui se présentent chez nous avec ou sans rendez-vous. » Les CRI seront peut-être la solution qu'espèrent les patients comme les médecins. ☞



D^r David Dunn

Nouveau directeur des Communications M. Jean-Pierre Dion

Emmanuèle Garnier

La FMOQ vient d'engager le directeur de sa nouvelle direction des Communications, **M. Jean-Pierre Dion**. « Le secteur des communications est suffisamment important à nos yeux pour que l'on en fasse une direction séparée et qu'on lui accorde des ressources beaucoup plus importantes que celles qui lui ont été consacrées jusqu'à présent », explique le **D^r Louis Godin**, président de la Fédération.

Le nouveau directeur, qui a été conseiller spécial du ministre de la Santé et conseiller principal dans le cabinet de relations publiques National, connaît intimement à la fois le monde des communications et celui de la santé. M. Dion a ainsi été le bras droit du ministre **Philippe Couillard** pendant un an et demi. Ce dernier lui a confié d'importants dossiers : l'organisation des services de santé, les effectifs médicaux, les affaires universitaires et pharmaceutiques. « Cela a été une expérience extraordinaire d'être au cœur des débats et des prises de décisions concernant les grands enjeux de notre système de santé », mentionne M. Dion. Ce dernier préparait en outre des documents officiels, coordonnait les annonces ministérielles et donnait des conseils stratégiques sur l'ensemble des dossiers.

M. Dion avait, auparavant, travaillé pendant deux ans comme conseiller principal au bureau de National, à Québec. Il y élaborait des plans et des stratégies de communication, conseillait des dirigeants d'entreprise dans des situations de crise, était porte-parole de diverses sociétés, produisait des outils de communication et organisait des événements. Il a également formé des porte-parole d'entreprise. « On leur enseignait à communiquer efficacement leur message. On leur donnait une formation théorique, on les filmait et on analysait leur performance. »

Jean-Pierre Dion a, par ailleurs, une large expérience de la sphère publique. De 2003 à 2005, il a été conseiller politique au cabinet du ministre de l'Éducation du Québec. Auparavant, il a occupé différentes fonctions au ministère fédéral de la Santé.

« Il est essentiel pour la FMOQ d'avoir des gens qui ont de grandes compétences dans les communications. Je suis sûr que la venue de M. Dion va nous permettre d'élaborer une stratégie de communication efficace pour que l'on puisse atteindre nos objectifs qui sont de négocier les meilleures conditions de travail et de rémunération possible pour les médecins », explique le **D^r Godin**.

La FMOQ doit dès maintenant se préparer au renouvellement de son Entente générale dont les négociations commenceront en 2010. « La direction des Communications devra insister sur la lourdeur du travail des médecins de famille. On n'a pas à le démontrer puisque c'est un fait. Il faut cependant faire en sorte que le message soit entendu et compris », précise le nouveau directeur. M. Dion coordonnera l'ensemble des communications internes et externes de la Fédération. ☞



M. Jean-Pierre Dion

Photo : Emmanuèle Garnier

Entrevue avec la D^{re} Josée Courchesne

Sauver les cliniques privées



D^{re} Josée Courchesne

Photo : Emmanuelle Gauthier

La D^{re} Josée Courchesne, nouvelle présidente de l'Association des médecins omnipraticiens du Richelieu-Saint-Laurent s'inquiète pour les cliniques privées. Elle-même copropriétaire du Centre médical Saint-Hubert, elle connaît les difficultés auxquelles les cabinets font face. La D^{re} Courchesne travaille également au Centre de santé du siège social d'Hydro-Québec et est l'un des deux administrateurs représentant la Montérégie au Collège des médecins du Québec.

M.Q. – Qu'est-ce qui est le plus difficile pour une clinique médicale comme la vôtre, située en milieu urbain ?

J.C. – Sans contredit, le manque d'effectifs et la lourdeur de la tâche. Actuellement, il règne un climat de morosité dans notre clinique. Au cours des quatre dernières années, nous avons recruté deux omnipraticiennes qui pratiquaient l'obstétrique. Mais elles sont parties travailler dans un nouveau groupe de médecine de famille (GMF) spécialisé en obstétrique et associé à l'Hôpital Charles LeMoine. Évidemment, on ne pouvait pas leur offrir les mêmes conditions. N'étant pas un GMF, il nous est difficile d'attirer de nouveaux médecins. À part ces deux jeunes omnipraticiennes, le dernier médecin que nous avons recruté s'est joint à nous il y a environ dix ou douze ans. Il est toujours là.

M.Q. – Donc, vous êtes en compétition avec les GMF ?

J.C. – Je crois que dans tout le Québec la majorité des cliniques semblables à la nôtre le sont pour ce qui est du recrutement. Bien qu'il s'agisse d'une excellente structure, les GMF ne conviennent toutefois pas partout. Pour des endroits comme Longueuil, Brossard et Saint-Hubert, qui font partie du territoire de Richelieu-Saint-Laurent et qui comptent plusieurs cliniques de quatre ou cinq médecins, il faudra trouver une autre structure. Il est plus difficile de faire des regroupements dans des villes comme celles-là que dans les zones rurales ou semi-rurales où les médecins se connaissent.

M.Q. – Votre clinique est trop petite pour devenir un GMF ?

J.C. – Nous ne sommes que quatre médecins équivalents temps plein. De plus, la majorité d'entre nous travaille ailleurs (CHSLD, centre de désintoxication, unité de psychiatrie, DRMG, etc.) Par conséquent, on ne pourrait pas assumer les heures d'ouverture nécessaires pour répondre aux exigences des GMF.

M.Q. – Quelle solution envisagez-vous ?

J.C. – Une réflexion s'impose concernant l'aide à apporter aux cliniques qui ne sont pas des GMF. Chez nous, tous les médecins comptent plus de vingt ans de pratique. Comme presque tous les médecins de notre âge, on porte la prise en charge et le suivi de la clientèle à bout de bras au Québec. Il faudrait nous aider un peu, ne serait-ce qu'en nous accordant des heures de services infirmiers et un meilleur accès au plateau technique.

Une aide financière serait également nécessaire pour moderniser les cabinets privés. Par exemple, notre clinique offre un service de radiologie. Sous peu, il nous faudra utiliser un ordinateur pour voir les films. Nous devons donc acquérir l'équipement nécessaire. Nous sommes quatre médecins propriétaires « âgés », dont un qui prendra sa retraite à l'automne, et nous nous interrogeons sur cet investissement. On se sent délaissés et débordés.

Il faudrait, par ailleurs, alléger les frais de pratique des cliniques privées. Lorsque l'on perd des membres, nos frais de cabinet augmentent, mais pas notre revenu, car on ne peut pas voir plus de patients. À l'hôpital ou à l'urgence, par contre, il n'y a pas de frais. Je ne suis pas certaine que la différence entre la rémunération au cabinet et celle dans les établissements suffise à combler le coût réel des frais d'une pratique en clinique privée.

M.Q. – Quelle devrait être la place du secteur privé dans la médecine familiale ?

J.C. – Actuellement, les effectifs du secteur public sont insuffisants pour permettre aux médecins de pratiquer en privé. En période de pénurie d'omnipraticiens, il n'y a pas vraiment de place pour cela. La médecine familiale ne se compare pas à la médecine spécialisée. Par exemple, un orthopédiste qui dispose seulement d'une journée par semaine de temps opératoire et qui en aurait deux ou trois dans le privé effectuerait plus de chirurgies. Mais ce n'est pas le cas en omnipratique. Je respecte le choix des médecins qui se dirigent vers le privé. Cependant, ce mode de pratique ne dé-

congestionne pas le système. L'omnipraticien ne voit pas plus de patients. Je pense que certains médecins travaillent dans le milieu privé, parce qu'ils sont insatisfaits de la rémunération qui leur est offerte ou encore des exigences du ministère, comme les activités médicales particulières auxquelles ils ne veulent pas se soumettre.

M.Q. – La médecine familiale, par ailleurs, ne semble pas attirer suffisamment d'étudiants.

J.C. – Au cours des dernières années, les postes de résidence en médecine familiale n'ont pas tous été pourvus. Plusieurs étudiants choisissent leur résidence sans avoir fait de stage en médecine familiale. Évidemment, il est difficile de choisir quelque chose qu'on ne connaît pas. Mais cette situation est en train de changer.

Je pense, par ailleurs, qu'il faut redorer l'image des médecins de famille. Je sais que mon discours est assez pessimiste et que les étudiants en médecine qui en prendront connaissance pourront penser que la médecine familiale n'est pas un choix intéressant. On n'a pas accès au plateau technique, on n'a pas d'aide, on est isolés et on a trop de travail. Après notre journée de cabinet, on fait une ou deux heures de paperasse. C'est la réalité, mais comme de nombreux médecins, j'aime vraiment ce que je fais. J'adore le contact avec les patients, la prise en charge et le suivi ainsi que la polyvalence de la médecine familiale. Je suis ici depuis vingt ans. Je connais le mari, la femme, les enfants. C'est très valorisant comme pratique. Ce qui est difficile, ce sont tous ces aspects qui alourdissent la tâche. La médecine familiale demeure toutefois un choix intéressant pour les jeunes médecins.

M.Q. – Vous, personnellement, ça vous aiderait beaucoup d'avoir une infirmière ?

J.C. – Oui. Elle pourrait nous aider pour le suivi des maladies chroniques, dont le diabète, la bronchopneumopathie chronique obstructive, la démence et l'hypertension. Elle pourrait également se charger de l'anamnèse préliminaire, de la prise des signes vitaux et des tests de dépistage. Tout cela nous permettrait probablement de voir plus de patients.

M.Q. – C'est comme si les cabinets privés étaient dans un entonnoir.

J.C. – Effectivement. On se sent coincés. On ne sait pas trop quel sera notre avenir. Dans notre clinique, nous vivons une situation très

difficile. Nous avons 50 000 dossiers à six médecins. Il est certain que l'on ne voit pas tous ces patients chaque année. Néanmoins, quand notre confrère qui a plus de 40 ans de pratique prendra sa retraite, l'automne prochain, nous serons incapables de reprendre sa clientèle habituelle. Ses patients deviendront donc orphelins.

M.Q. – Que faudrait-il faire à votre avis ?

J.C. – Je crois que la FMOQ doit s'occuper des cliniques médicales qui, sinon, s'éteindront tranquillement. Les médecins travaillent fort, ils sont essouffés, plusieurs sont inquiets pour l'avenir de leur cabinet. Je pense qu'il faudrait libérer les médecins des tâches non médicales. Maintenant, on remplit des formulaires pour tout et pour rien, pour un permis de garderie ou de conduire, pour de la massothérapie, etc. Je ne suis pas certaine que tout cela soit le travail du médecin. C'est la même chose pour les patients hypertendus et diabétiques vus régulièrement. Les services d'une nutritionniste, d'une kinésiologue, d'une infirmière spécialisée en diabète allégeraient notre tâche et nous permettraient de voir davantage de patients. Financièrement, ce serait probablement plus rentable pour le gouvernement.

M.Q. – Sur un autre plan, votre association a modifié ses statuts ?

J.C. – Effectivement. C'était le souhait du président sortant, le D^r Yves Langlois. On a concrétisé ce changement lors de notre dernière assemblée annuelle. Dorénavant, le vote pour les membres du Bureau de notre Association se fera par la poste, par suffrage universel. Leur mandat sera d'une durée de deux ans. Cela permettra entre autres aux nouveaux arrivants de se familiariser avec les dossiers et avec le fonctionnement du Bureau et du Conseil de la FMOQ. Un an, ce n'était pas assez long.

M.Q. – Vous avez fait d'autres changements ?

J.C. – Oui, notamment en ce qui concerne l'approbation d'un nouvel accord-cadre négocié entre la FMOQ et le gouvernement. On va dorénavant tenir une assemblée d'information pour les membres et ensuite on effectuera un vote par la poste ou par télécopieur pour accepter ou rejeter l'entente. Nous avons décidé que ces résultats guideront le vote du Bureau de l'Association Richelieu-Saint-Laurent au Conseil de la FMOQ. Si 60 % de nos membres acceptent le nouvel accord-cadre, au Conseil 60 % des membres du Bureau voteront pour. ☺

pratico-pratique

Vous avez des trucs à partager ?
Envoyez-les à nouvelles@fmoq.org.

Pour éviter des problèmes concernant les forfaits

Des problèmes inattendus pourraient survenir à l'occasion du paiement des forfaits (pour le suivi de la clientèle vulnérable, l'inscription des patients dans les GMF, les enfants de 0 à 5 ans, etc.) Dans l'état de compte que reçoivent les omnipraticiens, la présence du code 03 doit être un signal d'alarme s'il est à côté du paiement d'un forfait d'inscription ou d'un forfait qui dépend d'une inscription. Il révèle qu'un prépaiement a été fait, mais sans approbation définitive. Cela peut signifier que l'inscription n'a jamais été faite ou qu'une de ses données est erronée. « S'il y a une erreur, il est important de la corriger le plus rapidement possible », affirme le D^r Michel Desrosiers, directeur des Affaires professionnelles à la FMOQ.

Pourquoi se hâter ? Parce que depuis le 1^{er} janvier, la Régie de l'assurance maladie du Québec n'accepte les inscriptions que si elle les reçoit au cours des 90 jours qui suivent l'examen ou la thérapie. Donc, si l'inscription est refusée ou n'est approuvée qu'après la limite de 90 jours, il est ensuite trop tard pour corriger l'erreur initiale. « En plus de perdre son forfait, le médecin devra de nouveau transmettre l'inscription du patient lors du prochain examen ou de la prochaine thérapie », explique le D^r Desrosiers. EG

« Docteur, je n'en peux plus ! »

Bien des patients en détresse se présentent au service de consultation sans rendez-vous. « Docteur, je n'en peux plus ! » Dépression ou troubles anxieux ? Comment le déterminer rapidement ? Deux questionnaires peuvent alors être utiles : l'Inventaire de dépression de Beck, qui comprend 21 questions, et l'Inventaire d'anxiété de Burns, constitué de 33 questions.

Le D^r Michel Lapierre, omnipraticien au GMF de Lorraine, recourt à ces deux instruments. « Je commence par faire un survol avec le patient du début de sa maladie, des médicaments qu'il prend et des facteurs déclencheurs. Je l'invite ensuite à remplir les questionnaires dans la salle d'attente. » Quinze minutes plus tard, quand le patient a terminé, le D^r Lapierre calcule les scores et a ainsi une idée du tableau prédominant.

Les questionnaires de Beck et de Burns peuvent également être utiles pour le suivi, mentionne le médecin. « Si on prescrit des antidépresseurs à un patient qui fait une grave dépression, on peut lui faire repasser les questionnaires deux mois plus tard pour voir le pourcentage d'amélioration. »

On peut se procurer l'Inventaire de dépression de Beck à <http://harcourtassessment.ca> et le questionnaire de Burns à http://www.tonihorvath.com/media/pdf_folder/Burns_Anxiety.pdf. EG

Offrir une meilleure disponibilité à ses patients lorsqu'ils sont malades

Un truc pour voir rapidement les patients qui ont besoin d'une consultation urgente ? Avoir chaque jour des plages horaires vides que seul le médecin peut combler. « Je laisse de 20 % à 30 % de mes cases rendez-vous libres chaque jour », explique la D^{re} Geneviève Dechêne qui, comme plusieurs de ses collègues du groupe de médecine de famille (GMF) du Sud-Ouest, a adopté ce système. Le matin, avant de commencer ses consultations, l'omnipraticienne rappelle les patients qui lui ont laissé un message la veille ou tôt le matin et les fait venir le jour même au besoin. « Cela me permet de voir mes patients lorsqu'ils sont malades et j'évite ainsi, le plus possible, de les envoyer aux urgences ou aux consultations sans rendez-vous lorsque je suis présente. » Les patients apprécient beaucoup ce service et n'en abusent jamais, souligne le médecin.

La D^{re} Dechêne traite ainsi quotidiennement de cinq à dix cas urgents. Les rares journées où il n'y en a pas assez, la D^{re} Dechêne voit ses patients habituels, qui sont alors ravis d'avoir rapidement un rendez-vous, ou elle accepte les patients du service de consultations sans rendez-vous de son GMF. « Cette manière de procéder, qui est financièrement rentable, permet de satisfaire la clientèle du GMF, de ne jamais avoir de plage horaire à découvert et d'assurer une meilleure prise en charge. » EG

PREM **comment les améliorer ?**

Emmanuèle Garnier

Faut-il conserver les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) ? Oui, mais on doit en raffiner le calcul, ont répondu les représentants des différentes régions du Québec. Mandatés par leur association affiliée à la FMOQ, ils rencontraient le 15 janvier dernier l'équipe de la Planification et de la Régionalisation de la Fédération pour bien comprendre la méthode de calcul des PREM et faire des suggestions.

La manière de calculer les PREM, une fois expliquée, a paru équitable aux représentants des régions. Ils ont cependant estimé qu'il faudrait tenir compte de certains facteurs qui peuvent changer la situation. « La méthode ne prend pas assez en considération les particularités régionales », explique le **D^r Serge Dulude**, directeur de la Planification et de la Régionalisation à la FMOQ et organisateur de la journée d'information.

Le calcul des PREM devrait ainsi tenir compte de l'étalement géographique, mais aussi des ressources offertes dans une région. Quand ces dernières sont peu nombreuses, les patients doivent parfois rester plus longtemps à l'hôpital. Un troisième facteur important : la présence de médecins spécialistes. « La charge de l'omnipraticien est plus grande dans les régions où il y a moins de spécialistes », indique **M^{me} Isabelle Paré**, conseillère en politiques de santé et coorganisatrice de la journée.

Autre facteur incontournable pour les représentants des régions : le vieillissement. Celui de la population et celui des médecins. « Dans certaines régions, le vieillissement des effectifs médicaux est plus marqué que dans d'autres », précise le **D^r Dulude**.

Une méthode de calcul perfectible

La méthode de calcul des PREM a été critiquée par les participants des régions. Ils ont d'ailleurs recommandé plusieurs améliorations. Pour commencer, la méthode

se fonde sur l'évaluation des besoins des régions en omnipraticiens. Mais il y a un problème : l'estimation de ces besoins repose sur un inventaire fait il y a six ans auquel on a ajouté subjectivement 1 % par année pour tenir compte de l'augmentation de la demande. Les participants ont un peu déploré que l'on travaille à partir de données extrapolées. Toutefois, un nouvel inventaire des besoins des hôpitaux vient d'être fait et sera utilisé pour établir les PREM de 2010. « Il faudra faire le même exercice pour les autres types d'établissements », indique le **D^r Dulude**.

Le second problème touche un autre élément du calcul des PREM : l'évaluation des effectifs en place. Cette estimation est faite à partir des données de facturation à la RAMQ. Or, ces informations, ont fait remarquer les représentants des associations, révèlent un volume de travail, sans indiquer le type d'activités réalisées. Les tâches faites correspondent-elles aux priorités ?

« En ce moment, on ne fait pas la distinction entre les activités de première et de deuxième ligne, mais c'est faisable, assure **M^{me} Paré**. Ce serait fort enrichissant d'apporter cette nuance-là. Si on pense qu'il faut renforcer la première ligne, cela nous donnerait un indicateur. » Il serait également possible d'avoir des données sur la répartition des effectifs au sein même des hôpitaux. « On pourrait savoir quel est le volume d'activités à l'urgence, dans les unités de soins, etc. C'est une suggestion qui serait intéressante à explorer », estime le **D^r Dulude**.

(Suite à la page 73) >>>



Photo : Emmanuèle Garnier

Journée d'information sur les PREM

◀◀◀ (Suite de la page 15)

Donc, plusieurs améliorations peuvent être apportées à la méthode de calcul des PREM. Cette dernière semble néanmoins une façon relativement équitable de répartir les médecins entre les régions. Toutefois, pour que le système fonctionne, il faut que les dérogations aux règles restent exceptionnelles, ont souligné les participants.

Les jeunes médecins dépanneurs

Certains représentants ont également demandé que l'on fasse des projections pour les PREM des trois à cinq prochaines années afin de faciliter leur propre planification. L'exercice est réalisable, affirment le D^r Dulude et M^{me} Paré, mais tout dépend du pourcentage de postes en résidence en médecine familiale pourvus chaque année. « On peut néanmoins prévoir un scénario optimiste et un autre pessimiste pour chaque région », propose le directeur de la Planification et de la Régionalisation.

D'autres améliorations possibles ? Les participants ont aussi demandé qu'on se penche sur le cas des nouveaux diplômés qui se consacrent uniquement au dépannage. « Cette année, il y en a une dizaine sur l'ajout net de 65 nouveaux facturants. Ils rendent service, mais ce sont quand même dix médecins qui ne s'installent pas dans une région », explique le D^r Dulude.

Certains représentants ont proposé que ces jeunes médecins dépanneurs aient eux aussi des obligations. « Ces nouveaux facturants n'ont pas de contraintes. Ils ne travaillent souvent pas les week-ends ni à Noël. Les participants nous disaient qu'il faudrait peut-être qu'ils soient un peu plus engagés, parce que sinon ce sont les médecins sur place qui se retrouvent avec toute la lourdeur de la charge et les horaires les moins intéressants », dit M^{me} Paré.

La journée sur les PREM a donc été très riche en suggestions. « La participation a été excellente », estime le directeur de la Planification et de la Régionalisation. ☺

Humanisation des soins prix pour le D^r Claude Hémond

Emmanuèle Garnier

Le D^r Claude Hémond, omnipraticien du Centre de réadaptation Estrie, a reçu le *Physician Champion Award* de Planetree. Cet organisme, qui fait la promotion de l'humanisation des soins et de la gestion, comprend quelque 140 établissements membres, surtout aux États-Unis. « Les prix Spirit of Planetree ont été créés pour promouvoir les soins axés sur le patient en reconnaissant publiquement les gens qui se sont distingués par leur dévouement à offrir des soins et des services de santé personnalisés et à les expliquer aux usager », mentionne l'organisme.



D^r Claude Hémond

Le prix décerné au D^r Hémond souligne ses grandes qualités humaines : sa générosité exceptionnelle, sa compassion et son ouverture d'esprit. Président du Conseil des médecins, dentistes et pharmacien du Centre de réadaptation Estrie et responsable de l'unité de réadaptation fonctionnelle, le lauréat applique la philosophie de l'humanisation des soins dans ses fonctions. « Le Centre de réadaptation Estrie, à Sherbrooke, est devenue la référence dans l'intégration de concepts centrés sur le patient dans le processus de réadaptation », indique par ailleurs l'organisme Planetree dans son site Internet. ☺

