

par Emmanuèle Garnier

Groupes de médecine de famille le projet peut démarrer !

Les groupes de médecine de famille (GMF) vont enfin pouvoir démarrer. La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et le gouvernement ont signé une entente transitoire de deux ans qui encadre leur fonctionnement. Les GMF auront infirmières, ordinateurs, personnel de soutien, et offriront des modalités de rémunération un peu différentes.



Photo : Emmanuèle Garnier.

Le D^r Renald Dutil et M. François Legault signent l'entente sur les GMF.

« C'est une étape importante de la mise sur pied d'un nouveau mode d'organisation », souligne le D^r **Renald Dutil**, président de la Fédération.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, **M. François Legault**, n'hésite pas à qualifier la

ratification de l'entente d'historique. « Ce n'est que le premier pas. Nous souhaitons que d'ici à quatre ans environ cinq millions de concitoyens et de concitoyennes soient en mesure de s'inscrire à l'un des 300 GMF que comptera alors le Québec. »

L'un des aspects les plus innovateurs du projet tiendra aux

services d'infirmières cliniciennes. Les GMF auront droit à deux de ces professionnelles de la santé pour chaque équipe de 10 médecins à temps plein ou son équivalent. Qui seront-elles ? Des bachelères ou des infirmières qui auront une expérience comparable. Elles viendront de préférence du CLSC, mais relèveront du médecin responsable du GMF. Elles seront choisies à la fois par le CLSC et le groupe de médecine de famille.

Les GMF auront également du personnel administratif : un technicien en administration et une secrétaire qui bénéficieront d'une formation appropriée en informatique et sur l'inscription. La location de leur bureau sera payée par le gouvernement. Et les ordinateurs ? Les GMF seront dotés de l'équipement informatique nécessaire, qui sera attribué soit par médecin, soit par cabinet de consultation.

Une rémunération plus adaptée

Les GMF offriront à leurs membres des modalités de rémunération plus adaptées à leurs nouveaux types d'activités. Qu'obtiennent les médecins financièrement ?

- La rétribution de trois heures par semaine pour les activités professionnelles non cliniques (coordination, formation, activités interdisciplinaires, etc.) pour chaque

SYNDIGRAPHIES CE MOIS-CI

Groupes de médecine de famille le projet peut démarrer !	1
Services de première ligne un déficit de quelque 720 omnipraticiens	2
Soins médicaux au Québec il faudrait environ 1400 médecins additionnels	3
Plans régionaux d'effectifs médicaux la FMOQ et le Ministère outillent les régies régionales	11
Guide sur les conditions de pratique médicale dans les CLSC	12
Des normes pour les conditions de pratique dans les CLSC entrevue avec le D ^r André Munger	14

sommaire de la revue, page 7 >>>

médecin travaillant à temps plein.

- Un forfait de prise en charge et de suivi pour les patients inscrits :
 - si la personne a moins de 70 ans : les cliniciens des cabinets privés recevront 7 \$ et ceux des établissements 5,50 \$ une fois par année au cours d'une consultation ;
 - si le patient a plus de 70 ans : les omnipraticiens auront droit au forfait deux fois par an.
- La rémunération de la garde en disponibilité.
- Le fait d'exclure du calcul des plafonds les montants gagnés au cours des activités non cliniques et les forfaits.
- La rétribution du médecin responsable du GMF, qui recevra 300 \$ par semaine.
 - « J'aurais souhaité que l'entente soit plus généreuse. Elle permet néanmoins un redressement moyen de la rémunération d'environ 18 %, incluant la banque d'heures pour le travail additionnel. C'est le premier accord qui bonifie spécifiquement la prise en charge et le suivi des patients », souligne le D^r Dutil.

Les prochaines étapes

Et maintenant, que se passe-t-il ? Comment s'enclenchera la mise sur pied des GMF ? La première étape : une série de contrats à signer. Les médecins du GMF devront conclure entre eux un contrat d'association en s'inspirant d'un modèle préparé par la FMOQ et le Ministère. Puis, le groupe aura à signer avec la régie régionale une entente qui précisera entre autres l'ensemble de services qu'il offrira. Et finalement, le GMF devra signer avec le CLSC une entente de service qui reste encore à définir.

Après avoir terminé ces démarches, les

Le Médecin du Québec, 1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 1000, Montréal (Québec) H3G 1R8; téléphone: (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499; télécopieur: (514) 878-4455; courrier électronique: medque@fmoq.org, revue mensuelle publiée par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, est envoyé à toute la profession médicale. Les médecins omnipraticiens et résidents sont abonnés au coût de 12 \$ par an. Abonnement: 86,27 \$ (TTC); autres provinces du Canada, 80,25 \$ (TTC); à l'extérieur du Canada, 100 \$.

Envoi de Poste – Publications – Convention n° 40068972 – Enregistrement n° 09832.

médecins pourront recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux une accréditation qui leur permettra d'obtenir les ressources rattachées aux GMF et de demander d'adhérer à l'entente particulière sur les groupes de médecine de famille.

« Les GMF constituent un mode d'organisation intéressant, mais il n'y a actuellement que 20 groupes, précise le président de la FMOQ. On ne peut pas prétendre qu'ils vont améliorer la prise en charge et le suivi des patients dans toutes les régions du Québec. Il faut absolument continuer à travailler à d'autres modes d'organisation comme le protocole de prise en charge et de suivi ainsi que le réseau d'accessibilité aux soins. » ❧

Services de première ligne

un déficit de quelque 720 omnipraticiens

Plus personne n'ignore qu'il y a une pénurie d'omnipraticiens dans les services de première ligne au Québec. Mais de quel ordre est-elle ? La FMOQ vient de la chiffrer sommairement : le déficit est l'équivalent d'environ 720 médecins travaillant à temps plein. Ce vide représente 17 % des effectifs disponibles dans les cabinets médicaux et les CLSC.

D'une région à l'autre, le manque de médecins en première ligne fluctue énormément. En Estrie et dans Chaudière-Appalaches, par exemple, le nombre moyen de ces généralistes semble suffisant, bien que certaines sous-régions rurales souffrent de pénurie. Par contre, dans les régions éloignées, le déficit en omnipraticiens frappe évidemment très durement. L'Abitibi-Témiscamingue devrait avoir l'équivalent de 32 médecins de plus travaillant à temps plein, ce qui représente 44 % de ses effectifs.



M^{me} Isabelle Savard.



Le D^r Jean Rodrigue.

Plusieurs facteurs expliquent l'insuffisance des effectifs médicaux en première ligne. « Ces services médicaux constituent souvent la part négligée des activités des médecins omnipraticiens, particulièrement dans les régions éloignées, mais également dans les autres régions du Québec, a constaté M^{me} Isabelle Savard, conseillère en politique de santé à la FMOQ. Dans une situation de pénurie, ces services apparaissent souvent moins urgents. De plus, les modifications récentes du profil de pratique des médecins spécialistes et leur mauvaise répartition interrégionale contribue à diminuer la disponibilité des omnipraticiens pour les services de première ligne. »

Les recherches que M^{me} Savard a menées de concert avec le D^r Jean Rodrigue, directeur de la Planification et de la Régionalisation à la Fédération, ont permis de mesurer l'ampleur du manque de médecins omnipraticiens. Leurs travaux ne se substituent cependant pas aux plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) que sont en train de préparer les départements régionaux de médecine générale.

Pas assez d'omnipraticiens par rapport aux spécialistes ?

Le manque de généralistes n'est pas sans répercussions. « On sent partout la tension dans l'organisation des services de première ligne, a constaté le D^r Rodrigue. Le manque d'effectifs médicaux ne va pas sans jouer sur la charge de travail des médecins de famille et leur impose un stress. La situation est préoccupante. »

Quelles sont les solutions ? On a déjà

commencé à accroître le nombre d'étudiants dans les facultés de médecine. « D'ici à quatre ans, on devrait bénéficier du fruit de ces mesures, explique le D^r Rodrigue. Mais pendant ce temps, la population vieillit. L'accroissement des effectifs médicaux va donc à peine suivre l'augmentation des besoins. » La proportion de résidents en médecine familiale par rapport à celle des résidents en médecine spécialisée pourrait cependant être un élément à reconsidérer. « Faut-il maintenir un équilibre de 50 % d'omnipraticiens et de 50 % de spécialistes dans l'ensemble de la population médicale ? Ne devrait-on pas augmenter la proportion de généralistes ? Il va falloir se poser la question à la lumière des PREM. » ❧

Soins médicaux au Québec

il faudrait environ 1400 médecins additionnels

Le Collège des médecins du Québec (CMQ) s'inquiète lui aussi de la pénurie d'effectifs médicaux. D'après ses données, il manque quelque 1400 médecins – omnipraticiens ou spécialistes – dans la province pour assurer la couverture complète des soins. Le CMQ a analysé les données fournies par les médecins de la province au moment du paiement de leur cotisation de 2001-2002.

« En 2001-2002, nos recherches indiquent qu'environ 14 000 médecins se consacrent aux activités cliniques, ce qui situe le déficit à au moins 1426 médecins en comparaison avec les besoins de 2000 », explique le D^r Yves Lamontagne, président du CMQ. La pénurie est plus marquée que prévu. Des projections l'avaient établie à 1332 médecins pour l'année 2005.

Le déficit en effectifs médicaux risque par

Suite page 11 >>>



Le Dr Yves Lamontagne.

◀◀◀ *Suite de la page 3*

ailleurs de s'accroître, craint le Collège : la profession se féminise, les cliniciens plus âgés réduisent leur temps de travail, certains vont prendre leur retraite, de nombreux médecins se dirigent vers des activités non cliniques comme l'enseignement, la recherche ou l'administration.

Que faire ? Le CMQ a contemplé plusieurs solutions. Une meilleure organisation du travail pourrait, par exemple, permettre aux médecins de traiter un plus grand nombre de malades. Diverses voies restent

encore à exploiter : l'informatisation, les groupes de médecine de famille, l'affiliation des cliniques de spécialistes avec les hôpitaux et le partage du travail du médecin avec d'autres professionnels de la santé.

Le Collège conseille par ailleurs au gouvernement :

- d'augmenter le nombre d'étudiants en médecine ;
- de rappeler des médecins retraités ;
- de recruter des médecins pratiquant dans d'autres provinces ou à l'étranger qui répondent aux critères du CMQ.

« Il est impérieux que ces solutions pratiques et concrètes soient appliquées le plus

rapidement possible, sinon la population du Québec aura à vivre une période encore plus difficile dans les années à venir », avertit le Dr Lamontagne. ☞

Plans régionaux d'effectifs médicaux

la FMOQ et le Ministère outillent les régies régionales

D'ici à la fin du mois d'octobre, les régies régionales et les départements régionaux de médecine générale (DRMG) auront à produire des plans régionaux d'effectifs médicaux, les PREM. Un travail essentiel. « Les régies et les DRMG auront bientôt des choix importants à effectuer. Il y a des pénuries de médecins dans toutes les régions et au cours des deux prochaines années, l'ajout net d'omnipraticiens ne sera que de 100 à 120 par an. Il faudra donc établir des priorités et revoir la manière dont nos services sont organisés », explique **M^{me} Isabelle Savard**, conseillère en politique de santé à la FMOQ.

La réalisation des PREM, étape primordiale, permettra aux régies régionales et aux DRMG d'évaluer la répartition des omnipraticiens sur leur territoire et au sein des différentes activités médicales, puis de déterminer les divers besoins

Photos : Emmanuèle Garnier.



Des représentants des régies régionales et des DRMG au cours de la journée consacrée aux PREM.

en effectifs médicaux.

Pour épauler les responsables des régies régionales et des DRMG, la Fédération et le

ministère de la Santé et des Services sociaux leur ont présenté, au cours de deux journées d'information, plusieurs outils. Le Ministère,

Guide sur les conditions de pratique médicale dans les CLSC

L'Association des médecins de CLSC du Québec vient de rédiger un *Guide définissant les bonnes conditions de pratique pour les médecins en CLSC*, qui sera présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre de la négociation de l'entente générale de 2002-2005 (voir l'entrevue avec le **D^r André Munger**, page 14). Le document a déjà reçu l'appui de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec. Ses grandes lignes sont les suivantes :

Chef du service médical

Les affaires médicales du CLSC devraient relever du chef du service médical. Ce dernier serait responsable de la coordination de l'équipe médicale et siègerait au sein du comité de gestion de l'établissement. Il aurait également autorité sur le personnel du secrétariat médical et des archives.

Secrétariat-réception

Le personnel affecté à la réception et au secrétariat médical doit être suffisant. Idéalement, il devrait y avoir une secrétaire médicale pour trois médecins.

Secrétaire administrative

Chaque équipe médicale devrait être secondée par une secrétaire administrative. Rattachée au chef du service médical et au comité des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), elle se charge de la convocation des réunions, des comptes rendus, de la correspondance, etc.

Personnel infirmier

La clinique médicale d'un CLSC doit disposer d'un nombre suffisant d'infirmières se consacrant au service de consultations sans rendez-vous. Elles se chargent du triage et de la

préparation des patients. Elles peuvent aider le médecin pour les actes diagnostiques et thérapeutiques. Elles peuvent ainsi pratiquer un électrocardiogramme, effectuer une spirométrie, prendre les signes vitaux, faire une glycémie capillaire, etc.

Personnel de soutien

L'équipe médicale d'un CLSC devrait pouvoir compter sur les services :

- d'un responsable des archives pour la tenue des dossiers et la correspondance relative à leur contenu ;
- d'un assistant technique responsable de l'équipement, de la préparation des salles, de la désinfection, etc. ;
- d'un gardien lorsqu'un médecin doit travailler en dehors des heures normales d'ouverture, pour qu'il ne se retrouve pas seul avec la clientèle.

Équipement et locaux

- Chaque médecin doit disposer d'un bureau aux dimensions acceptables permettant d'assurer la confidentialité. Les cabinets de consultation doivent être adéquats, bien équipés, propres et en nombre suffisant.
- Les médecins doivent avoir accès à un plateau technique comprenant, par exemple, un microscope, un glucomètre, de l'azote liquide, etc.
- L'équipe médicale doit avoir accès à l'équipement et aux appareils nécessaires pour bien assumer les responsabilités qui incombent au CLSC au sein du réseau de garde, du réseau intégré d'accessibilité, ou de la collectivité.
- Une bibliothèque doit être mise à la disposition des médecins.

Pour avoir accès au document complet, visitez le site de l'AMCLSCQ : <http://pages.infinet.net/amclscq/>. ☞

pour sa part, a fourni un ensemble de données sur les caractéristiques sociodémographiques et la consommation des services de santé, des chiffres disponibles par région et par territoire de CLSC. Ces informations permettront de juger plus facilement de l'équité des services offerts en médecine générale entre les différentes régions et les divers territoires de CLSC.

La FMOQ, de son côté, a tracé le portrait des effectifs médicaux de chacune des régions du Québec. M^{me} Savard et le D^r **Jean Rodrigue**, directeur de la Planification et de la Régionalisation à la FMOQ, ont ainsi présenté une réflexion à la fois sur les effectifs disponibles et sur l'organisation des services. Les deux conférenciers ont ensuite soumis aux participants une méthode qu'ils ont mise au point pour établir les PREM. Plus qu'un simple outil de répartition, leur technique permettra aux DRMG et aux régies régionales de connaître les besoins réels en effectifs de leur région. « Nous leur avons proposé d'utiliser une méthodologie commune. Cela permettra de comparer chaque région avec les autres et avec l'ensemble du Québec. Notre méthode est le résultat de nombreuses consultations faites auprès de médecins sur le terrain et s'inspire grandement de travaux comme ceux du D^r **Gilles Desrosiers**, qui résidait dans l'Estrie. »

Les PREM que dresseront les régies régionales et les DRMG cette année seront différents de ceux de l'an dernier. Ils comprendront non seulement les hôpitaux et les CLSC, mais aussi les cabinets privés. Ils devraient ainsi offrir un profil beaucoup plus complet. ❧

CONFÉRENCE

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

15^e programme de formation médicale continue du Québec

Montebello (Québec)
du jeudi 3 octobre au samedi 5 octobre 2002

Conçue spécifiquement pour combler les besoins des spécialistes, des médecins de famille, des infirmières et des sages-femmes qui fournissent des soins de santé aux femmes. Les sujets présentés découlent d'une évaluation des besoins des membres menée par la SOGC au cours de réunions antérieures.

Pour de plus amples renseignements, communiquez avec la
Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
au (613) 730-4192

ou visitez notre site Web à l'adresse :
www.sogc.org

Des normes pour les conditions de pratique dans les CLSC

entrevue avec le D^r André Munger, président de l'Association des médecins de CLSC du Québec (AMCLSCQ)



Photos : Emmanuèle Garnier.

Le D^r André Munger.

En tant que président de l'AMCLSCQ, le D^r Munger vient de rédiger un *Guide définissant les bonnes conditions de pratique pour les médecins en CLSC* (voir page 12). Membre du Groupe de soutien à l'implantation des groupes de médecine de famille (GMF) et faisant lui-même partie d'un GMF, il a également une vision intéressante de ce projet.

M.Q. – Votre association vient de définir des normes concernant les conditions de pratique médicale dans un CLSC. Pourquoi était-ce nécessaire ?

A.M. – Beaucoup de médecins nous appellent pour nous dire qu'ils n'ont pas accès à une secrétaire médicale,

qu'ils ne disposent pas de salle de réunion, ou n'ont pas de bureau pour travailler et faire des appels en toute confidentialité. Certains n'ont pas accès à des appareils comme le microscope. Plusieurs CLSC offrent d'excellentes conditions de pratique, mais dans d'autres, elles sont abominables. La majorité des établissements se situent entre les deux : les conditions de travail n'y sont pas catastrophiques, mais pourraient être meilleures. Notre association a donc proposé un certain nombre d'éléments qu'elle juge nécessaires à une bonne pratique médicale.

M.Q. – Que comptez-vous faire avec ce guide ?

A.M. – Il sera présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux à la table de négociations. Nous l'avons déjà soumis à l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, qui nous a envoyé une lettre où elle appuie les principes que nous avons établis.

Nous espérons que le Ministère tiendra compte de nos demandes. Tout le monde y trouve son compte, y compris les CLSC, qui vont faire pression pour obtenir des budgets suffisants pour répondre aux besoins des médecins. Si l'on travaille tous dans la même direction, il sera plus facile d'améliorer, s'il y a lieu, les conditions de pratique dans les établissements.

M.Q. – La question du budget pose-t-elle un problème ?

A.M. – Dans les CLSC, il n'y a jamais

eu de budget particulier pour les frais afférents à la pratique médicale. Cependant, les coûts croissent avec l'augmentation graduelle du nombre de médecins et l'importance de leur rôle au sein de l'établissement. Et comme les CLSC connaissent divers problèmes budgétaires, ils réduisent les sommes affectées au volet médical. On n'a par ailleurs jamais fait l'exercice de préciser les besoins et les conditions nécessaires à une bonne pratique médicale. Pour que les médecins puissent bien travailler, il ne leur faut pas que des moyens techniques, ils doivent aussi avoir un environnement adéquat, un secrétariat, du personnel, un service d'archives et des locaux appropriés.

M.Q. – Votre guide commence par la question du chef de service ?

A.M. – À nos yeux, il est important que le médecin chef du service des affaires médicales occupe une place au sein de l'appareil administratif des CLSC. Actuellement, ce n'est pas une obligation légale. Ce sera encore plus nécessaire quand le volet médical du CLSC sera doté d'un budget défini. Il incombe au chef du service médical de présenter des demandes au comité de gestion pour répondre aux besoins de ses collègues. S'il ne le fait pas, qui le fera ?

Nous voudrions également que le chef du service médical puisse exercer une certaine autorité dans tous les secteurs afférents à la pratique médicale. Il devrait avoir son mot à dire sur l'organisation du travail, la sélection du personnel, le secrétariat et les archives. Toutes sortes de problèmes

quotidiens surgissent, et nous voudrions que le chef du service soit associé aux prises de décisions.

À l'heure actuelle, le volet médical est géré par le coordonnateur du secteur santé courant. Nous voudrions qu'une partie de ses responsabilités soit transférée au chef des médecins. Je pense qu'il faut établir entre la direction des services de santé courants de l'établissement et le chef du service médical un mécanisme de cogestion.

M.Q. – Vous demandez également des infirmières pour le service de consultations sans rendez-vous ?

A.M. – Nous tenons à ce qu'une infirmière soit rattachée au service de consultations sans rendez-vous. Elle sera chargée de l'accueil, du triage et de la préparation des patients ainsi que de l'assistance opératoire pour les petites interventions chirurgicales. L'administration du CLSC a la responsabilité de doter l'équipe médicale d'une telle aide. Bien des cliniques médicales ayant une équipe de taille moyenne en disposent.

M.Q. – Vous faites partie du Groupe de soutien à l'implantation des GMF et d'un groupe de médecine de famille. Comment voyez-vous ce projet ?

A.M. – Les GMF constituent une occasion en or d'expérimenter de nouvelles mesures. Ils offrent une dynamique différente de celle qu'on a toujours connue en proposant entre autres l'inscription de la clientèle et un travail interdisciplinaire. Les groupes de médecine de famille permettront également de faire reconnaître l'importance et les besoins des services de première ligne et de réconcilier ses deux principales composantes : les

CLSC et les cabinets privés.

M.Q. – Que pensez-vous de l'entente transitoire qui vient d'être signée entre le gouvernement et la FMOQ pour permettre le démarrage de ces groupes ?

A.M. – Je pense qu'elle est loin d'être parfaite et convient mal aux médecins pratiquant dans les CLSC. Mais mieux vaut des conditions non optimales qui permettent de faire démarrer le projet que des modalités idéales qui le retarderaient indéfiniment. Pendant la durée de l'accord transitoire, il faudra toutefois réfléchir à une formule qui convienne davantage à la pratique dans les GMF.

M.Q. – Quels aspects de l'entente vous déçoivent ?

A.M. – La rémunération est loin d'être avantageuse pour les médecins de CLSC. Cela traduit bien l'impossibilité de conclure un accord qui réconcilie les différents modes de rémunération en première ligne. Il serait important de les redéfinir et d'avoir éventuellement un mode de rétribution commun.

L'entente transitoire comporte néanmoins des aspects très intéressants. Les groupes de médecine de famille bénéficieront, par exemple, d'un équipement informatique et des services d'infirmières cliniciennes, ce qui favorisera l'approche interdisciplinaire. Sur le plan de la gestion, il y aura un adjoint administratif et une secrétaire qui s'occupera de l'inscription. En ce qui concerne les contrats que le GMF devra signer avec la région régionale et le CLSC, je pense que cela pourrait favoriser une ouverture des discussions et permettre des rapports plus harmonieux.

M.Q. – Et l'inscription de la clientèle ?

A.M. – L'inscription de la clientèle est un élément fondamental de la nouvelle dynamique qu'offrent les GMF. J'avais proposé que le médecin touche, au moment où il inscrit un patient, un montant qui varierait en fonction de la lourdeur du cas. Je pense que l'entente transitoire a raté l'occasion de tenir compte de ce facteur. Il faut prendre en considération la responsabilité du médecin, son engagement auprès des clientèles vulnérables et la lourdeur des cas qu'il prend en charge.

M.Q. – Comment concevez-vous le nouveau rôle de l'infirmière dans les GMF ?

A.M. – Pour moi, il est impératif que l'infirmière y joue un rôle majeur. Elle ne doit pas être reléguée au traitement de problèmes de santé mineurs. Je travaille déjà avec des infirmières au CLSC, mais c'est dans le cadre de programmes. Au sein du GMF, les infirmières nous aideront pour les services de santé courants destinés à toute la clientèle.

Le domaine où l'on a le plus besoin d'infirmières cliniciennes est le suivi des clientèles vulnérables. C'est une activité qui prend beaucoup de temps. Il y a des aspects du suivi, comme le *counselling* ou la surveillance de certains paramètres, que les infirmières effectueraient même mieux que les médecins. Elles pourraient s'occuper de patients qui souffrent, par exemple, d'asthme, de maladie pulmonaire obstructive chronique, d'insuffisance cardiaque, de diabète... Elles les suivraient en fonction de protocoles établis par l'équipe. L'on atteindra probablement mieux nos objectifs de santé si l'on conjugue ainsi nos efforts. ☞