

Les cliniques-réseau et leurs nouveaux services

un plateau technique pour les médecins montréalais

Montréal a enfin ses « cliniques-réseau ». Des supercliniques aux heures d'ouverture prolongées qui offrent à tous les médecins de leur territoire des services rapides de laboratoire et de radiologie et qui facilitent l'accès aux spécialistes pour les consultations urgentes.

Depuis le 1^{er} juin, des cliniques ouvertes 12 heures par jour pendant la semaine et 8 heures par jour pendant le week-end donnent de nouveaux moyens aux médecins montréalais. Elles offrent tant à leurs propres cliniciens qu'aux omnipraticiens des autres cabinets la possibilité d'envoyer des patients dont les cas sont urgents ou semi-urgents à son centre de prélèvement ou de radiographie pour obtenir des résultats diagnostiques rapidement. Les cliniques-réseau ont une entente avec le laboratoire d'un hôpital pour assurer le traitement prioritaire de leurs échantillons de sang.



D^r Renald Dutil

conjointement avec **M. Philippe Couillard**, ministre de la Santé et des Services sociaux, l'entente de principe qui permettait la création des nouvelles cliniques-réseau.

« Avant, le seul moyen dont disposait un médecin montréalais qui avait besoin de la formule sanguine de son patient était d'envoyer ce dernier à la salle d'urgence », a expliqué le **D^r Renald Dutil**, président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) au cours d'une conférence de presse. Il annonçait,

Desservant un bassin de quelque 50 000 personnes chacune, les cliniques-réseau offrent à la population de leur territoire un service de consultation sans rendez-vous à l'horaire prolongé. Mais la moitié de leurs activités médicales sont consacrées à la prise en charge et au suivi des patients. Elles aideront d'ailleurs les personnes vulnérables ou sans médecin à se trouver un médecin de famille. « Il s'agit de répondre à la nécessité d'offrir, en plus des services médicaux courants, une prise en charge et un suivi des patients vulnérables, comme les malades chroniques, les personnes âgées, etc. », a précisé M. Couillard.

Les cliniques-réseau jouent également un rôle de pivot. Elles se chargent de la coordination entre les omnipraticiens des cabinets privés et les différents services du centre de santé et de services sociaux : services de médecine spécialisée, soins à domicile, services de laboratoire, de radiologie et d'urgence. Grâce à ce nouveau système, les informations devraient être transmises plus efficacement aux médecins.

Une ouverture pour le déplaçonnement

Après des années d'attente, de démarches et d'espoirs, le projet des cliniques-réseau se réalise enfin. D'ici le 1^{er} novembre, 14 centres, généralement des cliniques privées, devraient se transformer en cliniques-réseau à Montréal. Leur nombre pourrait ensuite grimper jusqu'à 35 ou 40. Et dès le 1^{er} novembre, d'autres supercliniques



M. Philippe Couillard

(Suite à la page 10) >>>

◀◀◀ (Suite de la page 3)

pourront ouvrir leurs portes dans le reste du Québec.

Les conditions d'exercice des médecins qui pratiqueront dans ce nouveau modèle de cliniques ont fait l'objet de négociations entre la FMOQ et le ministère de la Santé et des Services sociaux. L'entente conclue comporte entre autres des incitatifs financiers pour le travail effectué en dehors des heures normales. « Un forfait de 80 \$ par période de quatre heures s'ajoutera à la rémunération habituelle des médecins qui travailleront de 18 heures à 22 heures, les fins de semaine et les jours fériés », a indiqué le D^r Dutil. Et les revenus qu'ils gagneront pendant ces périodes ne seront pas comptés dans le calcul des plafonds trimestriels.

Cette entente ouvre la porte au déplafonnement, a annoncé le ministre Couillard. « J'ai toujours mentionné que nous étions disposés à discuter de cette question, mais sur la base de garanties d'accessibilité et de prise en charge et de suivi. Et cette entente est un exemple de ce principe. Ce que l'on donne en déplafonnant, on l'obtient dans un échange tout à fait correct sous la forme d'heures d'accessibilité. »

Un budget de 1,6 million de dollars a été prévu pour les honoraires des omnipraticiens. Il comprend, entre autres, la rémunération des tâches médico-administratives du médecin chargé de coordonner les activités de la clinique. L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ADRLSSSS), pour sa part, se chargera des charges administratives dues aux corridors de services ou aux services de coordination.

La création des cliniques-réseau a demandé beaucoup d'efforts. « Je veux rendre hommage à la ténacité des omnipraticiens de Montréal qui ont poursuivi ce projet, mais je veux également remercier le ministre d'y avoir cru et d'avoir permis de négocier les ententes requises pour aller de l'avant, a mentionné le D^r Dutil. Je tiens également à remercier **M. David Levine** de l'ADRLSSSS de Montréal, qui a soutenu ce projet et a travaillé avec le Département régional de

médecine générale à définir le cadre de référence des cliniques-réseau. »

Le D^r **Marc-André Asselin**, président de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal, s'est battu pendant cinq ans pour obtenir ces cliniques. « À l'origine, ce projet avait pour but de mieux utiliser le réseau existant, qui est davantage basé

sur les cabinets que sur les CLSC. À Montréal, 85 % des services médicaux sont donnés dans les cabinets privés. La création des cliniques-réseau constitue une reconnaissance des cabinets privés qui deviennent des éléments clés du réseau. »

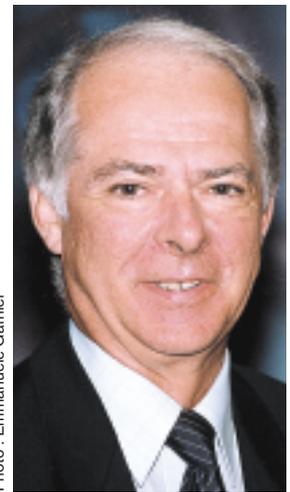


Photo : Emmanuelle Garnier

D^r Marc-André Asselin



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

Une médecine de qualité
au service du public

AVIS DE COTISATION

Le Collège des médecins du Québec a procédé à l'envoi des avis de cotisation 2005-2006 au cours de la semaine du 16 mai 2005.

Il souhaite rappeler à tous que cet avis, dûment rempli et accompagné d'un paiement, doit lui parvenir au plus tard **le 30 juin 2005**. Une pénalité de 15 % du montant de la cotisation sera imposée après cette date.

Nous remercions tous les médecins de leur collaboration.

RENSEIGNEMENTS

Cotisation
(514) 933-4087 • 1 888 633-3246

Conseil de la FMOQ négociations : aider les médecins de la première ligne

Après avoir déposé son cahier des demandes en février dernier, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) souhaite amorcer avec le gouvernement des discussions sur le renouvellement de son Entente générale. Réunis il y a quelques semaines, les 132 délégués du Conseil de la FMOQ ont adopté à l'unanimité une résolution demandant au ministre de la Santé et des Services sociaux de mandater ses représentants pour entamer immédiatement des négociations.

L'un des principaux objectifs des demandes de la FMOQ : favoriser la pratique en première ligne. « Il faut créer des incitatifs financiers et organisationnels pour encourager l'omnipraticien à avoir une pratique centrée sur la prise en charge et le suivi des patients », a rappelé aux délégués le **D^r Renald Dutil**, président de la FMOQ.

La Fédération demande, entre autres, que le médecin de famille soit rémunéré pour l'ensemble des tâches liées à la prise en charge et au suivi de ses patients. La rétribution pour ces activités ne devrait, en outre, plus être assujettie aux plafonds trimestriels. La FMOQ estime, par ailleurs, qu'il faudrait reconnaître la prise en charge et le suivi des patients comme une activité médicale particulière (AMP). « Sinon, on va vider les cabinets privés de leurs médecins. »

Il est possible que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) propose de nouvelles modalités pour valoriser la prise en charge et le suivi des patients. Mais ses

propositions pourraient également viser à consolider l'approche populationnelle des réseaux locaux de services.

La FMOQ, par ailleurs, poursuit ses travaux sur la rémunération des médecins de première ligne. Comment adapter les modes de rétribution actuels au nouveau contexte de pratique en première ligne ? Quelles modalités peuvent être ajoutées ? Faudrait-il un seul mode tant dans les cabinets privés que dans les CLSC ? « Nous aurons des propositions précises à la prochaine réunion du Conseil », a affirmé le président.



D^r Renald Dutil

Rattrapage par rapport aux médecins canadiens

Est-ce que les revenus des omnipraticiens québécois rattraperont ceux des généralistes canadiens ? Un comité comprenant des représentants de la FMOQ, du MSSS et du Conseil du Trésor compare actuellement la rémunération des deux groupes. Son rapport préliminaire devrait bientôt être disponible.

L'exercice de comparaison est très complexe. Se servant des données de l'Institut canadien d'information sur la santé, le comité a retenu deux approches : l'étude du tarif des actes et celle des revenus des médecins.

La comparaison des tarifs est malaisée. Il n'y a

Assurance responsabilité professionnelle

Le MSSS a augmenté sa part du coût de l'assurance-responsabilité professionnelle, qui était de 40 % en 2004, à 43 %. Cependant, comme il y a une hausse des primes, la part des médecins ne diminuera pas. Voici les nouveaux montants que devront déboursier les omnipraticiens, selon leur champ de pratique :

Domaine	2004	2005
Médecine familiale	928 \$	1096 \$
Obstétrique	1211 \$	1381 \$
Médecine familiale et urgence	1141 \$	1312 \$
Urgence	1211 \$	1381 \$



Photos : Emmanuèle Garnier

Quelques délégués du Conseil

pas d'équivalence directe entre les actes faits au Québec et ceux qui sont réalisés dans les autres provinces. Procédant par des méthodes différentes, la FMOQ et le gouvernement sont parvenus à des résultats divergents sur l'écart des revenus entre les omnipraticiens québécois et canadiens.

La comparaison des revenus est plus simple. Le gouvernement a retenu pour ses calculs tous les omnipraticiens rémunérés à l'acte ayant gagné 1 \$ et plus, en excluant les médecins des deux premiers déciles. La FMOQ, de son côté, a tenu compte de tous les généralistes. Elle a compté les omnipraticiens travaillant à temps plein et établi des fractions d'équivalent temps plein pour ceux qui travaillent à temps partiel.

Résultats avec cette seconde méthode ? La FMOQ et le Ministère n'arrivent toujours pas aux mêmes écarts. Le gouvernement, qui conclut à une différence de revenus moins importante, désire en outre que l'écart à corriger soit pondéré par des facteurs comme

les frais de pratique (qui pourraient être plus faibles au Québec), le revenu moyen de la population (moins élevé dans la province) et le rapport omnipraticiens-spécialistes (supérieur au Québec).

Projet clinique

Le paysage professionnel des médecins de première ligne est en train de changer. Dans chaque territoire, le nouveau centre de santé et de services sociaux (CSSS) élabore un projet clinique pour sa population. L'organisme va analyser l'écart entre les besoins des gens et les services disponibles, élaborer un modèle d'organisation pour améliorer l'efficacité du système, préciser les rôles et responsabilités des divers acteurs et établir des ententes de services avec les autres instances et les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS).

Le D^r Dutil n'a pas caché son inquiétude devant la tournure technocratique que prend le projet. Le cadre de référence du Ministère comprend ainsi trois approches, six modèles, trois axes, huit objectifs, neuf programmes, etc. « Le langage est loin de la réalité des médecins de première ligne. »

Ces projets cliniques sont néanmoins nécessaires, convient le président. Que peuvent en attendre les généralistes ? Le projet clinique devra les aider dans leur pratique et améliorer leur accès au plateau technique et aux services spécialisés, estime le D^r Dutil. « Il faudrait que le médecin n'ait plus à passer des heures au téléphone pour trouver un spécialiste qui voie son patient dans un délai raisonnable. »

Il faudrait également que les omnipraticiens puissent avoir une bonne communication avec les CSSS à qui ils adresseront des patients. La présence d'une infirmière de liaison entre l'hôpital et les médecins de famille du territoire pourrait ainsi être utile.

Les CSSS, de leur côté, attendent des omnipraticiens un meilleur accès aux services de consultation avec ou sans rendez-vous. Ils désirent également que ces derniers collaborent à certains programmes pour des clientèles particulières comme les patients maintenus à domicile, souffrant de problèmes de santé mentale ou atteints de maladies chroniques.

La formule des programmes présente cependant un risque de dérive. « On ne nie pas qu'il peut être

utile d'avoir des programmes pour certaines clientèles. Cependant, les omnipraticiens voient des patients qui n'ont pas qu'un seul problème de santé. Il ne faut pas s'orienter vers une médecine par programmes », a prévenu le D^r Dutil.

Accueil des jeunes médecins

Soucieuse d'aider les jeunes omnipraticiens qui commencent leur carrière, la FMOQ s'est penchée sur la manière d'améliorer l'accueil qu'ils reçoivent dans leur nouveau milieu de travail et de vie. Elle a pour cela créé une politique d'accueil.

La Fédération recommande ainsi à ses associations affiliées de nommer un responsable de l'accueil des nouveaux médecins et d'examiner les différents moyens pour faciliter leur installation. « Des formations spécifiques sur des sujets d'ordre professionnel susceptibles d'aider les jeunes médecins peuvent enrichir la politique d'accueil », a précisé le D^r Pierre Raïche, directeur de la Formation professionnelle à la Fédération. La FMOQ offre aux associations sa collaboration pour créer des ateliers sur des sujets clés : la facturation, la gestion des rendez-vous, la gestion de la salle d'attente, les consultations téléphoniques, la gestion du personnel, etc.

La FMOQ offre aux associations son aide pour élaborer une trousse d'accueil général et former les utilisateurs de cette trousse. Elle mettra également à leur disposition une personne-ressource, une liste des initiatives des autres associations et les coordonnées des nouveaux médecins.

Éviter la fermeture des services d'urgence

Depuis deux ans, les services d'urgence de la province sont tous restés ouverts pendant la saison estivale, mais au prix de grands efforts. « L'été s'annonce encore difficile, tant dans les régions périphériques que dans les régions intermédiaires », a averti le D^r Michel Desrosiers, directeur des Affaires professionnelles à la FMOQ.

Quelles précautions faut-il prendre ? Le D^r Desrosiers a plusieurs suggestions :

- coordonner les vacances du personnel clé ;
- allonger certains quarts de travail pour boucher les périodes vides ;
- demander à des omnipraticiens de la collectivité



Quelques délégués du Conseil

- de travailler au service des petites urgences pour permettre aux cliniciens habituels de se consacrer à celui des grandes urgences ;
- faire appel aux spécialistes : les internistes, les intensivistes, les pédiatres et les obstétriciens peuvent parfois libérer des médecins qui se consacreront alors aux soins aux malades hospitalisés ou à l'urgence ;
- partager des médecins entre établissements de soins voisins, quitte à coordonner les vacances des effectifs médicaux des deux endroits.

« Si malgré tout, vous frôlez la rupture, une lettre d'entente « pompier » qui offre une aide de dernier recours s'appliquera cet été. Vous ne pourrez y faire appel qu'à la dernière minute et que dans la mesure où vous avez fait tous les efforts pour éviter la rupture », a mentionné le directeur. L'aide n'est cependant pas automatique. Elle n'est possible que dans la mesure où un médecin est disponible. 📞

Ordonnances collectives pour les infirmières

les médecins ont des responsabilités

Dorénavant, des infirmières travaillant auprès des jeunes peuvent amorcer la prise de contraceptifs oraux en prescrivant des comprimés pour les premiers mois d'utilisation. Les cliniciens, qui viennent de recevoir l'aval du Collège des médecins du Québec, peuvent maintenant les y autoriser par une ordonnance collective. Mais qu'est-ce que cela implique ?

Les généralistes qui rédigent une ordonnance collective ont la responsabilité de son contenu scientifique. Mais il y a plus. « Notre comité, formé de représentants de la FMOQ et de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), estime que les médecins qui signent une ordonnance collective doivent s'engager à voir

la patiente dans les semaines ou les mois qui suivent la prescription », affirme le **D^r Yves Langlois**, président du groupe de travail chargé d'élaborer un nouveau modèle de collaboration entre infirmières et généralistes.

La crainte du comité ? Que des médecins signent une ordonnance collective sans s'engager à rencontrer les jeunes filles. « On se retrouverait devant une situation où des patientes reçoivent une prescription d'anovulants, mais ne peuvent pas voir le clinicien pour être évaluées de façon adéquate. Pour nous, c'est inacceptable. »

Le Collège des médecins prévoit, de son côté, que l'infirmière fixe à la jeune fille un rendez-vous dans les trois mois avec l'un des médecins responsables de l'ordonnance collective. La professionnelle de la santé aura, auparavant, évalué la pertinence d'amorcer la prise de contraceptifs oraux chez

l'adolescente et recommandé un produit contenant moins de 35 µg d'œstrogènes. La patiente recevra ses comprimés d'un pharmacien — lui aussi visé par l'ordonnance collective — à qui elle remettra l'évaluation de l'infirmière.

Collaboration encore plus précieuse pour le suivi

Le D^r Langlois salue la décision du Collège des médecins du Québec. « C'est l'une des recommandations que nous avons faites dans le rapport intérimaire que nous avons remis, en mars, à la FMOQ et à l'OIIQ. » Mais le groupe de travail est allé plus loin. Il a conseillé, dans les cas d'épidémies en milieu scolaire, d'autoriser des infirmières à prescrire des médicaments contre la pédiculose et la gale lorsqu'un premier cas a été diagnostiqué par un médecin. Les infirmières travaillant en périnatalité devraient également pouvoir commencer un traitement contre le muguet.

Les ordonnances collectives pourraient ainsi permettre à des infirmières d'effectuer un nouveau type d'actes. « Il est cependant clair pour l'OIIQ et pour nous que ces professionnelles de la santé devront avoir une formation spécifique. Les cours de base actuels ne leur permettent pas d'exécuter les ordonnances collectives. »

La partie la plus intéressante du nouveau rôle des infirmières ne tient cependant pas à la prescription. Leur contribution pourrait être encore beaucoup plus précieuse pour le suivi normal des patients atteints de maladies chroniques, comme le diabète ou l'hypertension. Grâce aux ordonnances collectives, elles pourraient effectuer une partie de la surveillance et adresser les patients au médecin lorsque se dessine une complication.

Dans les groupes de médecine de famille (GMF), où ce type de collaboration est déjà amorcé, certains résultats sont emballants. « Des médecins nous disent que le suivi conjoint avec une infirmière a permis à certains diabétiques de mieux maîtriser leur maladie. Cette collaboration est l'un des éléments des GMF qu'apprécient le plus les omnipraticiens », indique le D^r Langlois. ☞



D^r Yves Langlois

Photos : Emmanuelle Garnier

Politique du médicament des modifications s'imposent !

Francine Fiore

Reconnaissant la pertinence de la Politique du médicament du gouvernement – destinée à favoriser une utilisation optimale des médicaments –, la FMOQ émet cependant des réserves à l'égard du projet et souhaite que certaines modifications y soient apportées. Au cours de la présentation de son mémoire à la Commission parlementaire des affaires sociales, en mai dernier, le **D^r Renald Dutil**, président de la FMOQ, a rappelé l'importance d'alléger la procédure d'obtention des médicaments d'exception, de miser sur la formation médicale continue et de favoriser la circulation de l'information afin d'améliorer la qualité de la prescription.

Liste d'attente

Pour commencer, il serait possible de gérer différemment la liste des médicaments du Régime général d'assurance médicaments. « Le Québec est la province qui compte le plus de médicaments sur la liste du régime général et celle où les nouvelles molécules y sont ajoutées le plus rapidement », a indiqué le D^r Dutil. Par conséquent, ce dernier a suggéré que les nouveaux produits pharmaceutiques soient inscrits sur une liste d'attente, jusqu'à ce que le Conseil du médicament ait conclu à leur plus-value. Ce processus pourrait être intégré à celui qui est utilisé pour les médicaments d'exception. La procédure pour obtenir ces derniers, actuellement trop lourde pour les cliniciens, devrait être elle aussi modifiée. « La transmission du formulaire en ligne, comme c'est déjà le cas pour certains médicaments, est sans doute appréciée par ceux qui utilisent un ordinateur dans leur bureau. Toutefois, ce n'est pas le cas pour la majorité des médecins », a mentionné le président de la Fédération.

Collaboration médecins-pharmaciens

Afin de prescrire au bon patient, le meilleur médicament au moindre coût, le médecin traitant devrait avoir accès au profil pharmacologique et au bilan thérapeutique de son patient. Pour faciliter la circulation des informations entre le médecin, le pharmacien et le patient lui-même, la FMOQ estime qu'il est urgent de mettre sur pied un réseau informatique et de fournir les outils nécessaires aux professionnels de la santé, particulièrement aux omnipraticiens exerçant en première ligne dans les cabinets médicaux et les CLSC. « Il faut créer une structure favorisant la rencontre et la discussion entre les médecins traitants et les pharmaciens », précise le D^r Dutil.

Non à l'intention thérapeutique

Par ailleurs, la FMOQ s'oppose formellement à ce que les médecins aient à inscrire sur l'ordonnance leur intention thérapeutique et à dévoiler ainsi les problèmes de santé justifiant l'emploi des médicaments prescrits. Pour la Fédération, il est hors de question de mentionner le diagnostic ou un symptôme sur l'ordonnance. Le D^r Dutil considère qu'une telle démarche n'améliorerait pas la qualité de la prescription et constituerait une brèche dans la confidentialité.

« Si nous souscrivons d'emblée à l'importance du rôle du pharmacien dans l'équipe de soins, nous sommes d'avis que ce dernier doit disposer d'un ensemble d'informations pour émettre des avis sur la pertinence d'un médicament prescrit, sa posologie et la durée de l'ordonnance. Le pharmacien qui déciderait de modifier la prescription du médecin sur la base d'un simple symptôme ou d'un diagnostic, sans connaître l'ensemble du dossier médical, serait bien téméraire », a soutenu le président.

La FMOQ propose plutôt un mécanisme de consultation entre le médecin et le pharmacien, comme cela se fait entre médecins. Le clinicien traitant demande, par écrit, une opinion à un confrère. « Un tel mécanisme de consultation entre médecin et pharmacien remplacerait avantageusement les avis pharmaceutiques non

(Suite à la page 150) >>>>

◀◀◀ (Suite de la page 17)

sollicités qui sont envoyés par un pharmacien à un médecin, a dit le D^r Dutil. Notre expérience et les commentaires de nos membres démontrent que de tels avis ne sont souvent ni pertinents ni utilisés, car les pharmaciens ne disposent pas d'une information adéquate et complète. »

Afin d'en arriver à une utilisation optimale des médicaments, la FMOQ propose de miser sur la formation médicale doctorale, postdoctorale et continue en pharmacologie et en pharmaco-économie. La formation actuellement donnée dans ces domaines est très faible.

Par ailleurs, la formation médicale continue étant subventionnée en grande partie par l'industrie pharmaceutique, la FMOQ demeure perplexe en ce qui concerne la création du fonds particulier de formation médicale continue envisagée par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Toutefois, s'il est créé, la FMOQ recommande que ce fonds soit affecté uniquement à des projets spécifiques approuvés par le Conseil du médicament et que seuls les organismes agréés de formation puissent s'en prévaloir. « Sa gestion devra également réunir plusieurs partenaires et non pas uniquement le ministère ou des représentants du gouvernement », a précisé le D^r Dutil. De même, la FMOQ recommande de mieux encadrer certaines pratiques commerciales toujours en cours, comme la visite de représentants aux médecins ou la remise d'échantillons de médicaments. ☞