

# Les GMF

## *un modèle en évolution dans le respect du libre choix*

IL Y A PLUS DE TROIS ANS, les premiers groupes de médecine de famille (GMF) étaient mis sur pied. À ce jour, au-delà de cent GMF sont accrédités au Québec. Mis de l'avant, il faut le dire, avec précipitation par le ministre de la Santé de l'époque, les GMF étaient le modèle d'organisation proposé par le gouvernement pour répondre aux besoins de prise en charge et de suivi en première ligne. Le GMF est un modèle qui se rapproche de celui qu'avait proposé la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec à la suite des travaux du groupe SECOR durant l'année



Photo : Emmanuelle Garnier

2002. Les omnipraticiens du Québec avaient alors clairement exprimé leur désir de voir naître un modèle fondé sur une pratique de groupe intégrant d'autres professionnels de la santé et doté d'un soutien technique amélioré.

Quel bilan pouvons-nous en faire trois ans plus tard ? L'intégration des infirmières dans les GMF constitue sûrement le changement organisationnel le plus important et le plus attendu. L'arrivée de ces dernières dans la pratique quotidienne des omnipraticiens en GMF est venue appuyer leur travail professionnel au cabinet ou en CLSC.

Bien que le travail clinique de l'infirmière puisse varier d'un groupe à l'autre, il a permis de soutenir l'activité des médecins, particulièrement auprès de clientèles « vulnérables », et a contribué à une meilleure prise en charge des patients. Les praticiens ont été libérés de certaines activités et ont

pu se consacrer à d'autres tâches cliniques.

Le modèle des GMF a permis de reconnaître, sur le plan de la rémunération, les activités de suivi qui jusque-là ne l'avaient jamais été dans le modèle de rémunération à l'acte. Pensons, par exemple, aux rencontres d'équipes multidisciplinaires, au temps requis pour le suivi des analyses de laboratoire et aux consultations téléphoniques auprès des patients.

Les GMF ont aussi assuré aux omnipraticiens en cabinet ou en CLSC le financement du personnel de soutien (secrétariat et

technicien en administration) et des frais de location des espaces nécessaires aux activités en GMF.

Cependant, ce modèle n'a pas répondu aux attentes de tous les omnipraticiens. L'obligation d'inscrire les patients auprès d'un médecin du groupe constituait pour plusieurs un irritant considérable. Certaines obligations contractuelles, notamment en regard de l'offre de services, étaient difficiles à accepter. Il ne faut pas oublier que la mise en place des GMF a eu lieu dans un contexte de grave pénurie de médecins. À cause de ces irritants, l'adhésion au modèle des GMF sera retardée ou simplement écartée par certains omnipraticiens dans plusieurs régions.

La mise en place des GMF semblait simple. La réalité allait toutefois être tout autre. On avait oublié que l'organisation du travail des omnipraticiens avait des limites physiques. La vision différente du

rôle des professionnels des GMF, particulièrement l'intégration des infirmières, allait demander des ajustements importants aux activités quotidiennes des omnipraticiens.

Le partage de certaines activités professionnelles demande des ajustements autant de la part des médecins que des infirmières afin de répondre aux attentes de chacun et aux besoins des patients.

La lourdeur administrative allait être une désagréable surprise. La confusion fréquente entre les orientations du Ministère, de l'agence et du CLSC du territoire sur différents aspects administratifs allait parfois jusqu'à remettre en question l'adhésion même de certains groupes au modèle des GMF. On ne peut oublier la rigidité du Ministère, particulièrement au sujet de l'allocation des ressources ou de l'offre de services.

Le dossier informatique constitue sans doute l'exemple le plus éloquent de ces difficultés administratives. L'informatique, qui était attendue comme une aide technique à la pratique, s'est transformée, pour plusieurs, en véritable cauchemar. Rappelons-nous la saga du transfert de la propriété du matériel informatique et la montagne de documents à signer et de rencontres à tenir afin d'éviter d'éventuels problèmes fiscaux encore nébuleux.

Malgré certaines difficultés, le modèle des GMF mérite d'être maintenu et de croître. Cependant, certaines actions devront être prises pour atteindre les objectifs visés et permettre la croissance.

Nous devons rapidement négocier l'allocation des ressources pour les GMF entre la Fédération et le Ministère. En effet, les ententes individuelles entre chaque agence et chaque GMF ont provoqué trop souvent confusion et ambiguïté. Malgré l'autonomie prétendue de chaque agence, nous avons rapidement compris qu'elle répondait aux directives ministérielles sans que les GMF puissent réellement discuter du cadre de l'allocation des ressources. Devant ce fait, nous croyons que bien qu'il ne soit pas classique, le cadre d'allocation des ressources doit faire l'ob-

jet de négociations centrales entre la Fédération et le Ministère. La FMOQ représente l'ensemble des omnipraticiens en GMF, et ces derniers sont en droit de s'attendre à ce que l'allocation des ressources fasse l'objet de discussions avec leurs représentants.

Le modèle actuel devra également être ajusté pour permettre à de plus petits groupes de médecins (de deux à six) de bénéficier des avantages du modèle des GMF même s'ils ne respectent pas toutes les exigences du modèle actuel. En effet, plusieurs omnipraticiens ont une pratique correspondant en tous points à celle des GMF. Pourtant, ils ne peuvent profiter des avantages professionnels liés à la pratique en groupe de médecine de famille en raison de leur petit nombre ou de leur lieu de pratique. Nous devons trouver une façon d'intégrer des infirmières dans de plus petits groupes de pratique. L'allocation de ressources professionnelles ou matérielles pour faciliter la prise en charge ne peut s'appuyer uniquement sur un nombre minimal de médecins pratiquant dans un groupe ou sur le nombre de patients inscrits. Nous devons fournir à tous les omnipraticiens le désirant, la possibilité d'intégrer des infirmières à leur pratique pour venir appuyer la prise en charge et le suivi de leurs patients.

Il ne pourra jamais y avoir un seul modèle d'organisation des soins de première ligne au Québec. Ainsi, les avantages que l'on voudra allouer aux médecins faisant de la prise en charge ne devront pas être liés à l'adhésion à un modèle unique d'organisation de soins. Nos objectifs de mieux rémunérer la prise en charge devront être maintenus, et ce, pour chaque médecin omnipraticien peu importe son lieu de pratique, son mode de rémunération ou le modèle d'organisation de soins qu'il aura choisi.

*D<sup>r</sup> Louis Godin,*  
*1<sup>er</sup> vice-président*

Le 22 septembre 2005