

Entente entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux : impact sur la santé mentale

Jacques Ricard

Santé mentale en première ligne
Volume 34, Number 1, printemps 2009

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/029766ar>
DOI: <https://doi.org/10.7202/029766ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Ricard, J. (2009). Entente entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux : impact sur la santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 34 (1), 179–185.
<https://doi.org/10.7202/029766ar>



Entente entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux : impact sur la santé mentale

Jacques Ricard*

De toutes les provinces canadiennes, le Québec affiche la plus mauvaise performance en matière d'accès aux services de première ligne. Selon un sondage de Statistique Canada (2005) auprès des personnes de 12 ans et plus, 24,2 % de la population québécoise n'a pas de médecin de famille, comparativement à 8,8 % en Ontario, à 10,8 % en Colombie-Britannique et à 14,0 % pour l'ensemble du Canada. Autre élément qui semble accentuer la pénurie des médecins de famille en première ligne : la proportion de médecins omnipraticiens québécois qui offre des services de 2^e ligne ne cesse de croître. De 33,5 % en 2003-2004, cette proportion est passée à 35 % en 2005-2006, puis à 39 % en 2006-2007. Phénomène encore plus inquiétant chez les jeunes médecins omnipraticiens, c'est-à-dire comptant dix ans d'expérience et moins, 36 % ont une pratique exclusive en 2^e ligne (Paré et Ricard, 2008).

Devant cette pénurie majeure des ressources médicales en première ligne, l'importance d'optimiser l'offre de services devient la seule alternative pour répondre à l'accroissement actuelle de la demande de soins. Et cette demande est particulièrement importante en santé mentale et en santé physique, compte tenu de l'importance des maladies chroniques et du vieillissement de la population.

En plus de la reconnaissance de la pénurie de médecins de famille, les résultats d'un récent sondage indiquent que la majorité des médecins omnipraticiens (58 %) au Canada, restreignent le nombre de nouveaux patients ou encore n'acceptent aucun nouveau patient (Sondage national des médecins, 2008).

Dans ce contexte, l'enjeu actuel pour soutenir l'offre de services en première ligne est de mettre en place de nouveaux modes d'organisation des soins et des incitatifs de fonctionnement en réseau. Au cœur de cette transformation, les médecins de la première ligne et les Centres de santé

* M.D., médecin conseil, Direction de l'organisation des services de première ligne intégrée, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

et des services sociaux (CSSS) sont les acteurs privilégiés de la réussite de l'implantation des changements. Néanmoins, le fait que les médecins, spécifiquement ceux qui travaillent en cabinets privés, ne fassent pas partie du réseau public institutionnel, et soient des professionnels hautement autonomes, pose un défi de taille. D'autre part, de par leur leadership dans l'organisation des réseaux locaux de santé et de leur responsabilité populationnelle, les CSSS doivent d'abord s'engager auprès de l'ensemble des ressources de leur territoire respectif afin de favoriser le travail en réseau.

Pour favoriser le développement et la création d'alliances autour de la prestation des services, et rehausser l'offre des soins primaires et l'intégration du dispositif de soins, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) a conclu, à l'automne 2007, un plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ce plan est composé de plusieurs mesures qui ont comme objectifs d'assurer l'accès à un médecin de famille pour tout citoyen du Québec, de renforcer la continuité et la coordination des soins et de soutenir le travail des omnipraticiens en interdisciplinarité. Ces mesures, qui sont actuellement en implantation et qui touchent la clientèle en santé mentale sont les suivantes : l'inscription de toute clientèle ; la présence d'un coordonnateur médical de la première ligne pour chaque CSSS ; la mise en place d'un guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille et l'allongement de la liste des clientèles vulnérables.

Cet article présente et commente ce plan d'amélioration, issu des négociations entre la FMOQ et le MSSS. Chacune des mesures énoncées plus haut sont discutées ainsi que d'autres éléments qui sont toujours en processus de négociation. Nous terminons par quelques réflexions qui visent à améliorer le dispositif de soins.

L'inscription de la clientèle

Il est reconnu dans la littérature (Strafield, 1998) que l'inscription volontaire du patient à son médecin de famille a des impacts positifs sur la continuité des soins ; elle fidélise le patient à son médecin et responsabilise le médecin envers son patient. Avant janvier 2009, le patient pouvait être inscrit auprès d'un médecin de famille seulement lorsque deux conditions étaient rencontrées : 1) lorsque le médecin travaillait dans un Groupe de médecine de famille (GMF) ou 2) lorsque le patient avait une condition médicale qualifiée de vulnérable au sens de l'entente RAMQ-MSSS. Depuis janvier 2009, tout patient peut s'inscrire à son

médecin de famille, et ce sans les deux conditions préalables. Afin de favoriser cette inscription, des incitatifs ont été donnés aux médecins omnipraticiens autant pour ceux qui travaillent en cabinet que pour ceux qui sont en établissement comme en CLSC.

La généralisation de la procédure d'inscription de la clientèle auprès de l'omnipraticien permettra de développer deux catégories d'indicateurs, ceux reliés à la pratique du médecin et ceux qui concernent le profil de la clientèle. Pour le médecin, cette inscription facilitera la connaissance de sa clientèle qui consulte versus celle qui est prise en charge (par groupe d'âge, par diagnostic, par période ou territoire, etc.). Ainsi pour une population locale ou régionale spécifique, il sera permis de connaître le pourcentage d'inscription auprès des médecins d'un territoire, globalement et par types de clientèle. Nous pourrions notamment associer des profils de patients (par âge, diagnostic, intensité de la consultation) à des pratiques cliniques (par exemple, profil majoritaire des patients de médecins en clinique privé solo versus de groupe). Avec ces renseignements, les médecins et le CSSS seront davantage en mesure d'ajuster leur offre de services en fonction des besoins et des caractéristiques de leur clientèle. Par exemple, s'il est démontré que certains médecins omnipraticiens sont très impliqués auprès des patients qui ont des profils particulièrement complexes de santé mentale, le CSSS qui correspond au territoire du médecin pourrait développer des soins partagés ou d'autres mécanismes propices à soutenir ce dernier dans une meilleure prise en charge de cette clientèle. Aussi avec une connaissance plus fine de sa clientèle, le médecin pourra mieux orienter ses besoins de développement professionnel, et le réseau local de services, mieux le soutenir dans sa pratique clinique. Dans un contexte où la demande dépasse l'offre de services, la connaissance de ces indicateurs, par médecin, par profil de patients et par territoire devrait permettre une optimisation des services en réseaux.

Le coordonnateur médical de la première ligne

Au niveau régional, la loi et les ententes confient un rôle prépondérant au Département régional de médecine générale (DRMG) dans la gouvernance des omnipraticiens et des services de médecine générale. Le DRMG est constitué d'un représentant omnipraticien de chaque territoire de la région. Depuis quelques années, la fonction de coordonnateur médical dans les urgences, les hospitalisations et le bloc opératoire s'est aussi développée dans les établissements de santé, plus particulièrement, dans les centres hospitaliers. Ces coordonnateurs ont

comme responsabilité principale de faciliter et de coordonner le transfert, l'admission et le congé des patients.

Dans le contexte de pénurie des ressources de soins primaires, il est important qu'une coordination similaire et formalisée soit aussi présente en première ligne. Au Québec, on dénombre actuellement 4 460 omnipraticiens qui ont des activités en première ligne, ce qui représente 60 % de l'ensemble des omnipraticiens de la province (Paré et Ricard, 2008). Compte tenu du rôle central des médecins omnipraticiens comme dispensateur de soins primaires, porte d'entrée des services de santé et de référence aux soins spécialisés, l'introduction de cette mesure devrait soutenir la réorganisation du système en réseaux locaux de services.

L'entente FMOQ-MSSS prévoit qu'un coordonnateur médical de première ligne soit nommé par le Département régional de médecine générale (DRMG) dans chaque CSSS du Québec. L'entente précise que « sous l'autorité du DRMG et dans le cadre du réseau local de services de santé et de services de son territoire, le médecin coordonnateur local, en lien avec le CSSS, collabore à l'organisation et à la coordination des services médicaux de première ligne du territoire en cause ». Parmi ses fonctions, le coordonnateur médical de première ligne doit faciliter le fonctionnement en réseau entre les médecins du territoire, et participer à la création de mécanismes favorisant une coordination efficace entre les services médicaux de 1^{re} ligne, de 2^e ligne et les services médicaux surspécialisés. La présence de ce coordonnateur dans chaque territoire de CSSS représente « une première » dans l'établissement d'un réseau formel de coordination entre les services de première ligne et les services spécialisés et surspécialisés.

Le guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille

L'une des premières tâches du coordonnateur médical de première ligne est de mettre en place un guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille au sein de son territoire et en collaboration avec son CSSS respectif. C'est à la suite d'une consultation des régions qu'il est apparu nécessaire d'uniformiser un système de prise en charge et de priorisation de la clientèle sans médecin de famille. La prise en charge de clientèles sans médecin de famille s'inscrit dans la responsabilité populationnelle des CSSS de concert avec celle du DRMG en matière d'organisation des services médicaux de première ligne. Une meilleure prise en charge de la clientèle sans médecin de famille, affectée par des maladies chroniques ou des problèmes récurrents en santé mentale, devrait entraîner une diminution des consultations répétitives à l'urgence et écourter les durées de séjour en centre hospitalier.

Le MSSS en association avec la FMOQ a proposé un guide gestion de ce guichet d'accès. L'évaluation des priorités est sous la responsabilité du DRMG, des médecins du territoire (tables médicales territoriales) avec le coordonnateur médical et le CSSS. Ainsi le guide propose six niveaux de priorité (P0 à P6) selon l'état clinique de la clientèle, chaque niveau étant associé à un délai de prise en charge. Par exemple, la clientèle P1 représente les personnes qui ont un besoin immédiat de prise en charge médicale (moins de 30 jours). On retrouve aussi dans cette catégorie : les patients avec hospitalisations fréquentes ou associés à des maladies psychiatriques à haut risque de déstabilisation. Les médecins qui acceptent d'inscrire dans leur clientèle ces patients vulnérables référés par le guichet d'accès et qui sont sans médecin de famille, peuvent bénéficier d'un incitatif financier supplémentaire. Déjà dans les guichets d'accès qui sont actuellement fonctionnels, on retrouve dans la clientèle priorisée, les patients avec suivi intensif en santé mentale dans la communauté et qui sont sans médecin de famille.

Dans le cadre de l'implantation du *Plan d'action en santé mentale* qui encourage une dispensation optimale des services dans la communauté, la présence d'un coordonateur médical et la mise en place d'un guichet d'accès pour les patients sans médecin de famille, constituent des éléments clés qui appuient une meilleure organisation des services en santé mentale.

L'allongement de la liste des clientèles vulnérables

Depuis quelques années, le médecin omnipraticien qui inscrit dans sa clientèle un patient considéré vulnérable selon certaines catégories de problèmes de santé reconnus par l'entente FMOQ/MSSS, reçoit un forfait annuel de prise en charge au moment de l'inscription ainsi qu'un supplément à chaque visite du patient. Avec la nouvelle entente, dans la catégorie santé mentale, a été ajouté le patient qui présente un premier épisode de dépression majeure. Cet ajout devrait favoriser une meilleure prise en charge des troubles mentaux, la dépression majeure touchant un nombre croissant de la population (Stephens et Joubert, 2001).

Conclusion

L'entente FMOQ-MSSS présentée de façon succincte ici, peut-elle contribuer au développement et à la création d'alliances en santé mentale, et optimiser l'organisation des services en réseaux intégrés ? La nomination d'un coordonnateur médical de première ligne, et la mise en place du guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille,

constituent une première étape de mesures organisationnelles qui vont dans ce sens. Il serait intéressant d'examiner si cette nouvelle organisation en réseau entre les médecins de la première ligne et le CSSS aura des impacts sur la prestation de services, notamment sur les visites à l'urgence et l'hospitalisation.

Pour améliorer le dispositif de soins, qui touche particulièrement la clientèle vulnérable en santé physique et en santé mentale, d'autres mesures qui favorisent les médecins de la première ligne s'avèrent nécessaires. Dans le plan d'amélioration de l'accessibilité, la FMOQ avait d'ailleurs proposé une mesure spécifique pour favoriser les liens entre les médecins de famille, les médecins spécialistes répondants et les équipes de santé mentale en établissant, notamment, des mécanismes formels de suivi conjoint pour certains patients. Les médecins de première ligne qui travaillent dans les cabinets médicaux, en GMF, en cliniques-réseau ou en CLSC sont des acteurs centraux dans le traitement des troubles modérés et des troubles graves de santé mentale stabilisés. Parmi les patients qu'ils reçoivent au cours d'une journée typique, les omnipraticiens rencontrent près de 20 % (visite patient relié à la santé mentale) de personnes souffrant de troubles mentaux, souvent camouflés par des plaintes somatiques (Fleury et al., 2008). L'accès rapide à une expertise interdisciplinaire dans les CSSS permettrait aux médecins omnipraticiens de mieux jouer leur rôle auprès de leurs patients. Le développement de mécanismes formels qui favorisent des liens rapides pour le suivi conjoint des patients, est garant des conditions gagnantes d'optimisation du rôle des médecins omnipraticiens, des psychiatres et des équipes de santé mentale. Cette mesure pourrait prendre la forme d'une rémunération associée à un suivi conjoint avec une équipe en santé mentale.

Le plan d'amélioration de l'accessibilité proposait aussi une mesure qui vise à favoriser l'intégration d'autres professionnels de la santé dans les équipes de médecins des GMF et des cliniques-réseau. Actuellement, les GMF disposent d'infirmières provenant des CSSS. Cependant, la mise en disponibilité d'autres professionnels qui contribuent à la constitution des équipes davantage multidisciplinaires et qui travaillent en collaboration avec le médecin omnipraticien, permettrait une meilleure prise en charge de la clientèle. Dans le cadre de la pratique actuelle, il n'y a pas d'incitatif prévu pour favoriser le partage de responsabilité du médecin omnipraticien qui suit conjointement certaines clientèles en collaboration avec l'infirmière du GMF. Pour élargir le potentiel de travail interdisciplinaire entre les différents professionnels de la santé (médecin, infirmière, psychologue, travailleur social et

pharmacien) et ainsi améliorer le suivi conjoint des patients atteints de maladies chroniques tant physiques que mentales, il faudra trouver un autre mode de rémunération que celui du financement à l'acte.

Dans une prochaine négociation, l'actualisation de ces mesures constituera une étape de plus de l'intégration des soins primaires et des services de santé mentale et de l'optimisation de l'organisation des services en réseaux intégrés.

Références

- FLEURY, M.-J., TREMBLAY, L., FARAND, LESAGE, A., LUSSIER, M.T., AUBÉ, D., LAMARCHE, P., POIRIER, L.R., FOURNIER, L., 2008, *Rôle des médecins omnipraticiens en santé mentale au Québec*, Institut universitaire Douglas en santé mentale.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2005, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*, Gouvernement du Québec.
- PARÉ, I., RICARD, J., 2008, *Le profil de pratique des médecins omnipraticiens québécois, 2006-2007*, 2^e version, FMOQ.
- SONDAGE NATIONAL DES MÉDECINS, 2008, Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, L'Association médicale canadienne, Le Collège des médecins de famille du Canada, L'accès aux médecins et aux soins en établissement, Annexe, 2008.
- STARFIELD, B., 1998, Primary care visits and health policy, *Canadian Medical Association Journal*, 159, 795-796.
- STEPHENS, T., JOUBERT, N., 2001, *Le fardeau économique des problèmes de santé mentale, Les maladies chroniques au Canada*, Ottawa.