



Énoncé de position sur la pratique médicale en CLSC

Révision 20 septembre 2016

Comité de travail : Catherine Risi, md
Jean-Denis Bérubé, md
Thuy Phuong La, md



Une production de :

Association des Médecins
de C.L.S.C. du Québec



2000 - 3500, boul. de Maisonneuve Ouest
Westmount Québec H3Z 3C1

T. 514 875-7412 / F. 514 875-9365
C. info@amclscq.org / Web : amclscq.org

Introduction

Depuis plus de 20 ans, l'Association des médecins de CLSC du Québec (AMCLSCQ) fait la promotion d'un projet médical en CLSC et il y a quelques années, nous avons produit un énoncé de position sur ce sujet.

La fusion des établissements de CLSC avec les autres composantes du réseau pour constituer les Centres de Santé et de Services sociaux (CSSS) et, plus récemment, la fusion des CSSS pour constituer les Centres intégrés (universitaire) de santé et de services sociaux (CISSS/CIUSSS) a, sans contredit, fragilisé ce modèle de pratique. Avec les récents changements survenus avec l'adoption des lois 10 et 20, il nous est apparu important d'effectuer une mise à jour de cet énoncé de position.

De fait, la mise en place des réseaux locaux et territoriaux de santé interpelle les médecins de CLSC et milite en faveur d'une actualisation du projet médical en CLSC. Il se doit d'intégrer la prise en charge, le suivi de patients et la pratique dans les différents programmes. L'AMCLSCQ réaffirme plus que jamais l'importance de maintenir ces deux aspects du travail des médecins dans chacune des missions CLSC des CISSS/CIUSSS.

Finalement, les médecins de famille oeuvrant en CLSC mettent l'accent sur une approche biopsychosociale dans leur pratique. Cette vision globale de leur patient favorise une intégration de toute la personne. Cette approche s'appuie sur une relation médecin-patient particulière, empreinte d'humanisme et d'un rapport égalitaire. C'est à travers cette relation médecin-patient que le médecin de CLSC mobilise le patient dans la prise en charge de sa propre santé en l'aidant à intégrer de saines habitudes de vie et à privilégier des activités de prévention et de promotion de la santé.

Démarche proposée

L'AMCLSCQ veut répondre aux attentes de ses membres. Avec les nombreux changements structurels et organisationnels des dernières années, nos médecins de CLSC se sentent de plus en plus isolés dans l'organisation de leur pratique. Certains vivent même des difficultés d'identification à leur milieu. Le chaos administratif dans lequel se retrouvent plusieurs médecins de CLSC menace, à certains égards, la pérennité de la pratique médicale en CLSC. Nul besoin de rappeler que le projet médical en CLSC est rarement la priorité dans nos organisations fusionnées étant même parfois dévalorisé.

L'AMCLSCQ est d'avis qu'il faut bien positionner la pratique médicale des médecins de CLSC sur l'échiquier des soins de première ligne au Québec. La recherche d'un médecin de famille pour tous les Québécois constitue une fenêtre d'opportunité qu'il faut saisir. Par conséquent, nous devons proposer un modèle de pratique qui stimulera l'implication des médecins en CLSC en fonction des besoins de la population.

Pour y arriver, l'Exécutif de l'AMCLSCQ a entrepris une démarche de réflexion pour mettre à jour l'énoncé de position sur la pratique médicale en CLSC. Ce dernier se veut une actualisation du projet médical en CLSC à partir des définitions et valeurs des années 90. Rappelons qu'à chaque année au Québec, près de 2000 médecins de famille facturent au moins un acte en CLSC.

Par ailleurs, cet énoncé de position devra faire l'objet d'une diffusion auprès de nos membres, mais aussi, auprès des autres associations régionales de la FMOQ, du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de l'Association médicale du Québec (AMQ), de la Fédération des médecins résidents (FMRQ), du Collège des médecins (CMQ) et autres organisations professionnelles intéressées à l'organisation des services de santé en première ligne

Dans les prochaines pages, nous nous attarderons à définir les caractéristiques de la pratique médicale en CLSC. Nous voulons réaffirmer ses assises, mais aussi définir la place de ce projet médical dans l'organisation des soins médicaux de première ligne au Québec.

Nous formulerons aussi des recommandations que nous jugeons essentielles au maintien de ce modèle de pratique et nous espérons une large adhésion des décideurs et de la communauté médicale afin d'assurer l'actualisation de ces propositions.

Les caractéristiques de la pratique médicale en CLSC

1. Une pratique médicale de première ligne dans un établissement public

La pratique médicale en CLSC se distingue des autres services de médecine familiale de première ligne par le fait qu'elle est intégrée dans un établissement public. Cet établissement est issu de la fusion de plusieurs CLSC et autres établissements notamment les CHSLD (Centre d'hébergement de soins de longue durée) et les CH (centre hospitalier). Les médecins de CLSC bénéficient d'une structure médico-administrative qui garantit leur autonomie professionnelle et qui soutient une pratique de groupe dont le cœur est la prise en charge et le suivi des clientèles de tout âge.

Force est de constater que cette intégration dans un CISSS/CIUSSS apporte aussi son lot de défis. De fait, les priorités dans ces établissements de santé sont souvent orientées vers les services hospitaliers et l'urgence. Aussi, plusieurs équipes médicales en CLSC n'ont pas le soutien administratif adéquat et l'environnement clinique optimal ce qui a pour effet de se répercuter sur leur travail au quotidien (absence de dossier médical électronique, manque de soutien administratif, prise de rendez-vous non offerte, etc.).

Malgré cela, les médecins de famille en CLSC maintiennent une polyvalence dans leur pratique, qui peut être accrue par la polyvalence des équipes avec lesquelles ils travaillent, mettant à profit les expertises de chacun des professionnels. La proximité avec d'autres professionnels de la santé et des services sociaux favorise une prise en charge globale et continue des patients, notamment les plus vulnérables.

Finalement, la pratique de la médecine familiale en établissement inclut des responsabilités au niveau de l'évaluation de la qualité de l'acte médical. Les médecins en CLSC font partie d'un CMDP et doivent participer aux activités de celui-ci.

2. La prise en charge et la continuité des soins sont prioritaires

Les services de médecine familiale en CLSC s'adressent à une clientèle de tout âge. Nous favorisons et encourageons l'inscription des clientèles vulnérables et de toute autre clientèle. Les ententes conclues au cours des dernières années appuient ces activités de prise en charge et de suivi des clientèles et par le fait même, contribuent à l'efficacité de ces services. Par contre, force est de constater que la pratique médicale dans les programmes ne permet pas toujours l'inscription de la clientèle.

Dans un contexte de pénurie d'effectifs, les médecins de CLSC doivent assumer leurs responsabilités face à la population de leur territoire. Par contre, l'exercice de la médecine familiale ne doit pas viser que la seule productivité. Il faut également assurer des services variés avec de hauts standards de qualité qui répondent aux besoins de santé de la population, notamment pour les plus vulnérables (santé mentale, personnes âgées, soins palliatifs, jeunes, familles défavorisées, etc.).

Pour y parvenir, les médecins de famille en CLSC ont besoin d'un environnement clinique favorisant le travail de collaboration interprofessionnelle, adaptant ainsi leurs services aux besoins de la population.

3. Les services de médecine familiale en CLSC doivent être accessibles

C'est d'abord à travers une proximité du milieu de vie des gens que le médecin de CLSC, de façon distincte, se rend disponible à la population. Cette accessibilité est offerte sur rendez-vous, sans rendez-vous, au domicile du patient et dans d'autres milieux de vie (exemple : école).

Sur rendez-vous, le patient devra avoir accès à son médecin de famille en CLSC dans un délai raisonnable, selon les besoins de sa condition. Pour cela, nous encourageons les médecins de CLSC à adhérer à l'accès adapté. Les

patients suivis par les médecins de famille du CLSC devraient avoir également accès à leur médecin ou à tout le moins, à un médecin du groupe, par un service de consultation rapide sans rendez-vous.

L'accessibilité aux services sur le territoire du CLSC, notamment pour les patients sans médecin de famille, pourrait être assurée, en association avec d'autres services de première ligne tels les GMF, les cabinets médicaux et les cliniques réseau.

Finalement, la pratique médicale en CLSC prévoit la mise en place de services de garde en disponibilité pour les clientèles vulnérables à domicile ou en soins palliatifs. Cette garde sera souvent assurée en collaboration avec les médecins de cabinet.

4. Une pratique de la médecine familiale qui permet de développer des expertises

La pratique médicale en CLSC s'appuie sur une pratique polyvalente avec, à sa base, des services de médecine familiale de prise en charge et de suivi de clientèle. Le travail en équipe favorise le développement de secteurs d'excellence chez plusieurs médecins œuvrant en CLSC.

De telles expertises se sont développées en santé mentale, en soutien à domicile, en soins palliatifs, en toxicologie, en périnatalité, dans les programmes jeunesse, en planification familiale et auprès des clientèles pour la prévention et le suivi des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Ces services sont disponibles pour l'ensemble de la clientèle, qui pourra être référée à ces médecins. Afin de bien définir le rôle des médecins en CLSC dans ces programmes, l'AMCLSCQ a produit un volet II ¹ à cet énoncé de position et nous référons le lecteur à ce document pour plus d'informations.

5. Une pratique de la médecine familiale qui s'appuie sur la collaboration interprofessionnelle

Dans le suivi des patients, notamment pour la clientèle vulnérable, le médecin de famille en CLSC privilégie le travail interprofessionnel notamment avec les infirmières cliniciennes et les infirmières praticiennes spécialisées de première ligne. De ce travail émergent notamment différents protocoles et ordonnances collectives.

Mais cette collaboration interprofessionnelle va bien au-delà du travail avec les infirmières. Le médecin de famille en CLSC travaille étroitement avec les équipes de professionnels notamment en maintien à domicile, en soins palliatifs, en petite enfance, en clinique jeunesse et en santé mentale. Cette organisation de la pratique favorise les rencontres d'équipe et l'implication des médecins dans la planification des services pour répondre aux besoins de la population. Dans un contexte de transferts de ressources professionnelles des CISSS/CIUSSS vers les GMF, le maintien de ces équipes est loin d'être assuré risquant de précariser les services que reçoivent les patients des médecins de CLSC.

La pratique en collaboration interprofessionnelle en CLSC nécessite du temps de rencontre et de discussion. Les modes classiques de rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire permettent cela. Par contre, l'introduction en CLSC d'un mode de rémunération mixte demeure un défi pour les médecins qui oeuvrent dans ces équipes. La réflexion est donc à poursuivre pour bien adapter le mode de rémunération mixte au projet médical en CLSC.

6. La promotion et la prévention au cœur du travail du médecin en CLSC

Les médecins de famille en CLSC jugent primordiales la promotion et de la prévention dans le suivi des patients. Le counseling, le dépistage, la vaccination ou la chimioprophylaxie sont intégrés à la pratique lorsque requis. Nous souscrivons à l'idée que ces pratiques préventives doivent être évaluées avec des indicateurs de santé

¹ Énoncé de position sur la pratique médicale en CLSC - Volet II- Les programmes, septembre 2015

comme le sont les taux de vaccination et l'atteinte d'objectifs pour la cytologie, le dépistage du cancer du sein ou toute autre mesure de dépistage.

Les médecins en CLSC collaborent également aux initiatives de santé publique notamment en participant à une offre de services de proximité, à des activités de démarchage pour rejoindre les clientèles vulnérables et au travail intersectoriel, par exemple avec le milieu scolaire pour l'implantation de clinique jeunesse.

Finalement, des médecins en CLSC participent aux activités en santé au travail, incluant notamment le programme maternité sans danger.

7. Les modes de rémunération en CLSC doivent être adaptés à la pratique de première ligne

Les médecins de CLSC sont rémunérés à honoraires fixes, à tarif horaire et plus récemment par la rémunération mixte. Certains médecins bénéficient de la rémunération à l'acte pour les activités sans rendez-vous. Les modes de rémunération sur une base horaire favorisent une bonne prise en charge, un suivi en présence, ou lorsque c'est possible, par téléphone, une continuité des soins et la collaboration interprofessionnelle. Comme il a déjà été mentionné, la rémunération mixte est nouvelle en CLSC et pour plusieurs médecins, elle demeure un défi par rapport au projet médical en CLSC et à la pratique qui s'ensuit.

À noter, l'efficacité du travail du médecin de CLSC est favorisée par les incitatifs que sont l'inscription de la clientèle et les forfaits de clientèle vulnérable. Pour consolider ce modèle, le médecin de CLSC devrait pouvoir bénéficier de forfaits liés aux activités de prévention et à l'atteinte d'objectifs de santé pour sa clientèle inscrite.

8. Les médecins de CLSC adhèrent aux modèles de pratique de première ligne

De plus en plus de médecins de famille en CLSC adhèrent aux nouveaux modèles d'organisation de la pratique médicale tels la pratique en GMF ou l'accès adapté. De par son essence même, la pratique médicale en CLSC a pavé la voie à ce que sont aujourd'hui les groupes de médecine de famille (GMF). Dans les prochaines années, le modèle GMF devra s'adapter pour que chaque groupe de pratique en CLSC puisse y adhérer.

Afin de favoriser l'accessibilité à son médecin de famille plusieurs médecins en CLSC ont ou le souhaitent, implanter l'accès adapté dans leur milieu de pratique. Cependant, trop souvent le support administratif et l'accès à un DME demeurent un enjeu qui limite l'implantation de cette mesure.

Finalement, les cliniques réseau sont également des opportunités intéressantes pour des médecins de CLSC. Par leur participation aux nouveaux modèles de pratique de première ligne, les médecins de CLSC pourront améliorer leur environnement professionnel et leurs conditions de pratique par l'ajout d'infirmières de liaison et de personnel de secrétariat et bénéficier des avantages liés à l'informatisation.

9. La pratique de la médecine familiale en CLSC s'intègre au réseau territorial de services médicaux de première ligne

Les médecins de famille en CLSC sont des acteurs incontournables du réseau local de services de première ligne. Une collaboration étroite doit être développée entre les médecins de famille oeuvrant sur le même territoire. La mise en place de tables territoriales, sous l'égide du Département régional de médecine générale, favorise ce partenariat et la complémentarité entre médecins de CLSC et médecins en cabinets.

Des alliances et des ententes de service peuvent être développées pour assurer et améliorer l'accessibilité aux médecins de famille sur le territoire. Cette collaboration peut se traduire par la mise en place d'un réseau d'accessibilité au service sans rendez-vous, mais aussi par des mécanismes de prise en charge de clientèles vulnérables et de patients orphelins. Le partage de la garde en disponibilité constitue un autre exemple de ces partenariats.

Sur le plan territorial, les médecins de CLSC peuvent également servir de lien avec les autres installations du CISSS/CIUSSS pour l'amélioration des conditions d'exercice de l'ensemble des médecins sur le territoire, notamment par la mise en place de corridors de service et d'accès aux plateaux techniques.

Recommandations

Après avoir révisé les caractéristiques de la pratique médicale en CLSC, l'AMCLSCQ formule des recommandations pour non seulement assurer de bonnes conditions de pratique aux médecins en CLSC, mais aussi pour reconfirmer l'importance de ce milieu de pratique pour les soins de première ligne au Québec. Certaines recommandations confirment l'importance de consolider des services déjà proposés. D'autres identifient les conditions minimales de sa mise en œuvre.

Attendu les caractéristiques de la pratique médicale en CLSC, attendu la contribution des services médicaux en CLSC à l'offre de service de médecine familiale de première ligne dans chaque territoire de réseau territorial de services :

L'Association des médecins de CLSC du Québec formule les recommandations suivantes :

1. Que les décideurs du réseau de la santé et des services sociaux (FMOQ, MSSS, CISSS/CIUSSS) réaffirment la pertinence du projet médical en CLSC telle que définie précédemment.

Le projet médical en CLSC doit être considéré comme essentiel dans l'offre de soins. Dans un contexte où la pratique en médecine familiale se doit d'être principalement en première ligne, la pratique en CLSC doit poursuivre son développement et être promue auprès des omnipraticiens actuels ou futurs.

2. Que pour chaque CLSC soit constituée une équipe d'au moins six (6) médecins équivalents à temps complet qui offrent des services de médecine familiale.

Ces médecins doivent offrir, de façon prioritaire, des services de médecine familiale accessibles et continus à leur clientèle inscrite. Ils peuvent aussi maintenir une pratique polyvalente en partageant leur temps avec d'autres milieux de soins tels qu'en CHSLD, à l'urgence ou auprès du malade admis.

Pour consolider ces équipes, les CISSS/CIUSSS doivent soutenir le recrutement de médecins pour leur mission CLSC et adopter un PEM en médecine familiale qui reflète ce besoin. À noter, il est important de maintenir la notion d'équivalent à temps plein dans la planification des effectifs médicaux en CLSC étant donné que plusieurs médecins travaillant en CLSC le font à demi temps ou pour quelques demi-journées par semaine.

3. Que les conditions de pratique pour les médecins de CLSC soient améliorées par la mise en place des recommandations du comité de travail FMOQ-MSSS.

Un comité de travail FMOQ-MSSS a élaboré des recommandations² pour améliorer les conditions de pratique des médecins en CLSC. Il a établi des normes quantifiant le personnel administratif dédié. Ces normes devront être mises en place rapidement afin de soutenir le travail des médecins en CLSC.

Également, ils devraient avoir accès au DME.

²Soutien à la pratique en CLSC et en GMF-U (UMF), Rapport du Comité conjoint FMOQ-MSSS – mai 2016

4. Que la rémunération des médecins de CLSC demeure adaptée et concurrentielle.

Les modes de rémunération sur une base horaire, partielle ou totale, sont incontournables. Les mesures incitatives à la productivité que sont l'inscription des patients, les forfaits pour la prise en charge et le suivi des patients vulnérables doivent être maintenues. Le nouveau mode de rémunération mixte doit être adapté à la réalité de la pratique en CLSC et permettre aux médecins de poursuivre le projet médical en CLSC. Rappelons que ce projet inclut notamment la prise en charge et le suivi de patients (en présence ou par téléphone), mais aussi une pratique dans les différents programmes avec rencontres d'équipe et discussion.

5. Que les équipes médicales dans chaque CLSC travaillent en complémentarité avec les autres médecins de famille du territoire.

Les médecins de CLSC doivent participer activement aux tables territoriales de médecine générale. Avec les autres médecins de famille, ils doivent exercer un « leadership » dans l'organisation et la coordination des services médicaux pour que, collectivement, ils assument leur responsabilité populationnelle.

6. Que chaque équipe médicale en CLSC puisse bénéficier de ressources professionnelles à l'image des groupes de médecins de famille.

Les équipes médicales en CLSC qui ne sont pas GMF devraient pouvoir bénéficier des ressources supplémentaires offertes en GMF mettant à contribution des infirmières et autres professionnels de la santé.

7. Que la pratique médicale en CLSC soit reconnue dans la structure administrative du CISSS/CIUSSS.

L'organisation médico-administrative des CISSS/CIUSSS doit tenir compte de la spécificité de la pratique médicale en CLSC. La mise en place d'un département extrahospitalier de médecine générale est une option déjà éprouvée, mais dans le contexte actuel souvent ignoré. Minimale, un médecin du CLSC devrait participer aux rencontres de la table des chefs du CISSS/CIUSSS. Également, les médecins en CLSC devraient être encouragés à participer aux structures du CMDP de leur établissement, notamment en prévoyant un poste dédié au sein du comité exécutif.

Conclusion

Cet énoncé de position se veut une actualisation de notre vision de la pratique médicale en CLSC. Ce projet médical a évolué dans le temps, mais demeure un modèle de pratique novateur et adapté dans l'offre de services médicaux de première ligne au Québec.

Alors que nous avons le défi d'intéresser les étudiants en médecine à faire de la médecine familiale, la possibilité d'une pratique en CLSC constitue un facteur d'attraction à considérer. De plus, il faut consolider et bonifier l'environnement professionnel des médecins de CLSC afin de les stimuler à relever les défis en lien notamment avec l'accessibilité à un médecin de famille.

Finalement, nous souhaitons que les balises proposées dans ce document puissent aider les équipes médicales déjà en place en CLSC et inspirer les directions d'établissement, les décideurs et toute la communauté médicale. Nous permettrons ainsi aux médecins de CLSC de contribuer, à leur juste valeur, à l'amélioration de l'accessibilité à des services de première ligne de qualité au Québec.