



Énoncé de position

sur la pratique médicale en CLSC

Volet II- Les programmes

Septembre 2015

Collaborateurs :

Wilfrid Boisvert, md

Judith Gagnon md

Thanh Phuong Ngo, md

Catherine Risi, md

Louis Warren, md

Une production de :



3500, boul. de Maisonneuve Ouest, Bureau 2000

Westmount Québec H3Z 3C1

T. 514 875-7412 / F. 514 875-9365

C. info@amclscq.org / Web : amclscq.org



Énoncé de position

sur la pratique médicale dans les programmes en CLSC

Introduction

En 2010, l'AMCLSCQ a révisé et adopté un énoncé de position sur la pratique de la médecine familiale en CLSC¹. Cet énoncé réaffirme que le médecin en CLSC est d'abord et avant tout un médecin de famille qui fait de la prise en charge et du suivi en première ligne dans un établissement. Il rappelle aussi que la pratique en CLSC inclut également des services et une expertise médicale dans différents programmes et cela au bénéfice de la population, mais aussi en support aux autres cliniciens sur le territoire. La pratique médicale dans les programmes en CLSC est donc spécifique et n'a pas d'équivalence en première ligne.

Ayant été interpellé par nos membres, l'Exécutif a mandaté un groupe de travail afin de poursuivre la réflexion sur la pratique en CLSC et plus spécifiquement identifier la contribution des médecins dans les programmes et préciser les conditions de pratique requises.

De plus, rappelons qu'en 2005, les fusions entre les CLSC et autres établissements de santé pour constituer les CSSS ont amené plusieurs d'entre nous à se questionner sur la pratique des médecins en CLSC. Force est de constater que malgré une certaine fragilisation, la pratique médicale en CLSC est toujours présente au Québec. Mais ce questionnement est remis à l'ordre du jour avec la création des CISSS/CIUSSS, notamment pour les programmes en CLSC.

Au cours de la dernière année, la FMOQ estime que près de 25 % des médecins de famille ont eu une rémunération pour du travail effectué en CLSC (présentation de la FMOQ, données non publiées). Selon une enquête effectuée à l'AMCLSCQ en juin 2014, la très grande majorité des membres qui œuvrent en CLSC a une pratique médicale polyvalente incluant du suivi et la prise en charge de patients. Plusieurs d'entre eux ont également une pratique dans les différents programmes offerts au CLSC et cela représente souvent le seul support médical disponible pour ces programmes (voir annexe 1).

L'AMCLSCQ reconnaît l'importance de cette pratique pour les médecins en CLSC. De par ce volet II de l'Énoncé de position sur la pratique médicale en CLSC, l'AMCLSCQ souhaite mieux définir l'apport des médecins dans les programmes en CLSC et confirmer la contribution de cette pratique à l'offre de service en première ligne.

¹ Énoncé de position sur la pratique médicale en CLSC, 26 mai 2010, www.amclscq.org/énoncé_2010

Démarche proposée

En complémentarité avec l'Énoncé de position sur la pratique médicale en CLSC et ayant été interpellé par nos membres, l'Exécutif a mandaté un groupe de travail afin d'identifier la contribution des médecins dans les programmes en CLSC et de préciser les conditions de pratique requises. Sous la responsabilité de la Dre Catherine Risi, le comité de travail était composé des Drs Judith Gagnon, Louis Warren, Wilfrid Boisvert et Thanh Phuong Ngo.

Ainsi, dans ce document nous nous attardons à définir les caractéristiques communes des programmes offerts en CLSC qui influencent grandement la pratique médicale. Par la suite, le rôle du médecin et les particularités spécifiques de certains programmes sont présentés. Finalement, des recommandations sont émises afin de soutenir et de bien positionner la pratique médicale dans les programmes en CLSC.

Des caractéristiques communes à la pratique médicale et aux programmes en CLSC

Il existe plusieurs programmes en CLSC et la pratique médicale dans ces programmes est souvent différente d'un milieu à l'autre. Cependant, malgré ces différences, il est possible d'identifier des caractéristiques communes à cette pratique. Considérant que la connaissance et la compréhension de ces caractéristiques sont nécessaires pour reconnaître l'importance de cette pratique et son impact pour répondre aux besoins de santé de la population, nous vous les présentons.

Des services qui répondent à des besoins importants en 1re ligne

Au cours des dernières années, la réflexion sur l'organisation des services de première ligne s'est surtout fait autour de la gestion des maladies chroniques. Cependant, quoique fort importants, les besoins de services de santé de la population vont bien au-delà de cette problématique.

De fait, les problèmes de santé ciblés par les programmes en CLSC sont pour la plupart en augmentation et présentent également un défi pour l'organisation des services en première ligne. Basée sur les caractéristiques particulières de sous-groupe de la population, la planification de ces programmes est nécessaire dans une logique populationnelle afin d'offrir des services de première ligne qui répondent aux besoins de santé de toute la population.

Nous n'avons qu'à penser au vieillissement de la population, aux inégalités sociales de santé, à l'épidémie des ITSS qui touchent particulièrement les jeunes, ou aux problèmes de santé mentale qui, pour cette dernière et selon les dires de l'OMS, seront d'ici quelques années la principale cause de morbidité chez les adultes. De plus, rappelons que la majorité de ces programmes répondent à des orientations gouvernementales qui reconnaissent les besoins particuliers de certains sous-groupes de la population (politique de périnatalité, plan d'action en santé mentale, politique en soins palliatifs de fin de vie, politique de soutien à domicile,



etc.). Finalement, plusieurs de ces programmes sont la principale source d'une offre de service en première ligne par exemple les soins à domicile, les soins palliatifs à domicile ou les cliniques de « planning ».

Des services complémentaires et en support à la première ligne

Au fil du temps, les médecins qui travaillent dans les programmes en CLSC ont développé une expertise et une pratique médicale quelque peu différente. Ciblent souvent des problématiques complexes, la pratique dans les programmes en CLSC permet de rejoindre une masse critique de patients et d'offrir des services avec le soutien d'une équipe interdisciplinaire.

Même si différents, tous les services offerts dans ces programmes sont complémentaires et en support à l'offre de service des professionnels de la santé en cabinet, en GMF, en établissement ou dans la communauté. Ils font donc partie de l'offre de services en première ligne.

Des services qui rejoignent une clientèle vulnérable

Avoir une pratique médicale en CLSC et plus spécifiquement dans les programmes, c'est travailler auprès d'une clientèle vulnérable. De fait, une enquête effectuée en Montérégie et à Montréal a mis en évidence que les personnes qui ont consulté le CLSC au cours des deux dernières années étaient, en proportion, plus jeunes (18-24 ans), défavorisées et moins scolarisées². Pour les services de soins à domicile, il semble que la clientèle rejointe est de plus en plus âgée et par le fait même en perte d'autonomie. Par exemple, en 2012-2013, près de 3 % des 65-74 ans, 17 % des 74-84 ans et 44 % des 85 ans et plus avaient eu recours aux services de soins à domicile dans les différents CSSS en Montérégie³. Il en est de même en petite enfance et en santé mentale qui, de par leurs interventions, ciblent une clientèle défavorisée ou atteinte de troubles graves et persistants. À ne pas en douter, les médecins qui œuvrent en CLSC et dans ces différents programmes ont une clientèle lourde.

Des services de proximité

De par son offre de service dans les milieux de vie ou près de ceux-ci (ex.: domicile, écoles, point de service dans les communautés, dans les organismes communautaires), les programmes en CLSC réussissent à rejoindre une clientèle qui autrement ne consulterait pas ou tarderait à le faire.

Rappelons que l'accessibilité géographique est reconnue comme une barrière importante pour rejoindre la clientèle vulnérable. Par conséquent, les services de proximité augmentent

² Lemoine et coll (2011), Rapport descriptif global de l'enquête populationnelle sur l'expérience de soins à Montréal et en Montérégie, Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et de santé, INSPQ, 47 p.

³ ASSS de la Montérégie (2014), L'utilisation des services de SAD-SAPA; l'effet de l'âge et les tendances observées, Direction de la planification, de la performance et des connaissances, Info-Performance, No5, mai 2014.

l'accessibilité pour les clientèles vulnérables et ainsi contribuent à diminuer les inégalités sociales de santé. La pratique médicale dans ces programmes se fait à l'extérieur du CLSC ce qui nécessite des outils adaptés, mais aussi du temps de déplacement.

La collaboration interprofessionnelle au cœur de la pratique médicale dans les programmes en CLSC

Depuis quelques années, la FMOQ reconnaît la valeur ajoutée de la collaboration interprofessionnelle, notamment pour la pratique médicale en GMF. Pour plusieurs, cette collaboration interprofessionnelle est une avenue intéressante pour optimiser les services de première ligne et dans les faits, elle rejoint l'approche interdisciplinaire déjà bien établie en CLSC.

En effet, la collaboration interprofessionnelle dans les programmes en CLSC est bien présente. Elle est au cœur du travail du médecin qui œuvre dans ces programmes, elle se situe tant au niveau des soins que du partage de l'expertise et elle existe non seulement à l'intérieur d'une équipe d'un programme, mais aussi entre les programmes.

Le médecin, un collaborateur essentiel

La majorité des programmes en CLSC bénéficient de la collaboration et de l'implication des médecins. De par son expertise, le rôle du médecin est essentiel. Non seulement pour l'évaluation et la prise en charge de la clientèle, mais aussi pour son rôle intégrateur quand le patient suivi a de multiples problèmes, pour la gestion de la médication, pour soutenir la pratique des autres professionnels et au besoin, participer à la planification du programme. Sans cette collaboration et par manque d'effectifs médicaux, plusieurs programmes ne peuvent offrir un service optimal à la population.

Des programmes

Tel que déjà mentionné, il existe plusieurs programmes dans les CLSC. Il serait difficile de tous les nommer, de les décrire et d'identifier les défis à relever. Nous avons donc décidé de présenter les programmes dans lesquels l'implication d'une proportion significative de nos membres est présente. Il s'agit des programmes :

- Soins à domicile/soins palliatifs
- Santé mentale
- Jeunesse
- Petite enfance

Programme de soins à domicile/soins palliatifs

Dans notre société, le principe fort présent et reconnu de tous du maintien de la personne malade ou qui est en fin de vie dans son milieu naturel justifie, à lui seul, l'organisation de ces services et l'implication des médecins de famille. De fait, la nécessité d'offrir en première ligne des programmes de soins à domicile, incluant des soins palliatifs, est évidente. On a



qu'à penser au vieillissement de la population, aux progrès de la médecine et des technologies de l'information et aux coûts des services.

De plus, le programme de soins à domicile permet souvent d'éviter le recours à l'urgence et à l'hospitalisation.

Les principaux objectifs des programmes de soins à domicile/soins palliatifs sont :

- ☑ Aider la personne à rester ou à retourner chez elle et à y recevoir les traitements, les soins de réadaptation ou les soins palliatifs nécessaires;
- ☑ Aider une personne à conserver ou à améliorer son état de santé ou sa qualité de vie;
- ☑ Aider la personne à demeurer aussi autonome que possible;
- ☑ Aider la famille à faire face aux besoins en soins de santé d'un membre de la famille;
- ☑ Fournir aux aidants naturels le soutien dont ils ont besoin.

L'implication des médecins de l'AMCLSCQ dans ce programme est très importante. En effet, on estime que 54 % des médecins en CLSC ont une pratique médicale dans les programmes de soins à domicile et 34 % plus spécifiquement en soins palliatifs (voir annexe 1). Dans ces programmes, la clientèle ciblée est lourde et vulnérable, elle est souvent en perte d'autonomie et elle présente des maladies chroniques sévères ce qui en soi représente un défi de taille.

Le rôle du médecin est principalement :

- ☑ Effectuer la prise en charge et le suivi
- ☑ Dispenser des soins de fin de vie à domicile
- ☑ Favoriser le soutien auprès de la famille et des aidants naturels
- ☑ Offrir de l'expertise-conseil aux professionnels
- ☑ Participer à des rencontres multidisciplinaires et à des discussions de cas
- ☑ Participer à la garde 24/7 selon les modalités du milieu

Cette pratique est fort différente du suivi de clientèle gériatrique en cabinet. En effet, la lourdeur des cas, la nécessité de déterminer un niveau de soins, d'effectuer plusieurs démarches pour l'obtention de services de nursing ou sociaux, de discuter avec la famille ou les aidants naturels et de se déplacer nécessitent beaucoup de travail et de temps pour le médecin.

Programme en santé mentale

Près du quart des médecins en CLSC de notre Association travaillent dans le programme en santé mentale (voir annexe 1). Il s'agit d'un programme interdisciplinaire qui permet la prise en charge de problèmes reliés à la santé mentale de personnes adultes.

La clientèle ciblée présente des problèmes psychiatriques de première ligne (ex. : dépression, troubles anxieux), complexes, souvent en comorbidité avec des troubles de la personnalité

et qui nécessitent l'intervention de plusieurs professionnels. Ils sont transférés à l'équipe, principalement par les professionnels de la santé du CSSS, des GMF ou des cabinets, pour une prise en charge de l'épisode. Des problèmes de 2e ligne, mais stabilisés tels que psychose, schizophrénie et trouble affectif bipolaire peuvent être pris en charge dans le cadre d'un suivi à long terme.

Dans ce programme, le rôle du médecin consiste principalement :

- ☑ Effectuer des évaluations psychiatriques
- ☑ Effectuer le suivi de patients et la prise en charge
- ☑ Échanger avec les différents intervenants impliqués pour faire un plan de traitement
- ☑ Participer à des rencontres d'équipe multidisciplinaire
- ☑ Collaborer à la formation et au partage de l'expertise

Précisons que le médecin qui pratique en santé mentale au CLSC doit être un bon généraliste. En effet, au niveau du diagnostic différentiel, de nombreux problèmes de santé physique peuvent se présenter avec des symptômes psychiatriques. Par ailleurs, certaines pathologies psychiatriques et l'utilisation de plusieurs médicaments psychotropes ont des répercussions sur le métabolisme et des conséquences sur la santé physique.

Cette pratique est différente du suivi de patients ayant des maladies mentales en cabinet. Outre la lourdeur des cas, elle inclut souvent un volet multidisciplinaire important où médecins de famille, psychologues, travailleurs sociaux et infirmières cliniciennes aident les patients directement ou en interaction avec des équipes psychiatriques et des ressources communautaires spécialisées.

De plus, des réunions sont indispensables au travail médical dans ce programme et le temps nécessaire pour rejoindre des intervenants ou discuter des cas est souvent important.

Programme jeunesse

Les cliniques jeunesse sont des services de première ligne adaptés au besoin des jeunes. Elles répondent à une période essentielle de la vie soit la transition vers l'autonomie face aux services de santé. L'expertise développée en CLSC pour répondre aux besoins de cette clientèle porte fruit. L'étude Pixel estime que 30 % des jeunes de 17-25 ans⁴ sont allés chercher leur contraception en CLSC. D'autre part, une étude effectuée en Montérégie a mis en évidence que 47 % des jeunes au secondaire⁵ consultent en CLSC. Les deux principales raisons de consultation pour ce groupe d'âge sont la santé sexuelle et la santé mentale. De plus, la présence d'une clinique jeunesse en milieu scolaire semble favoriser la consultation des garçons⁴.

⁴ Regard sur la santé sexuelle des jeunes adultes au Québec (2014). Présentations sur les données de l'étude Pixel; conférence aux Journées annuelles de santé publique, novembre 2014.

⁵ Lajoie É. (2001), Portrait de l'utilisation des services cliniques en matière de sexualité chez les Montérégiens de 5^e secondaire et impact des cliniques jeunesse scolaires sur cette utilisation, Rapport de recherche, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke, 333 p.



Rappelons que près du tiers des médecins membres de l'AMCLSCQ et en CLSC offrent des services au programme jeunesse (voir annexe 1).

Ainsi dans ce programme, le rôle du médecin est principalement :

- ☑ De dispenser des soins principalement en santé sexuelle et en santé mentale
- ☑ D'évaluer et de prendre en charge le suivi global de certains patients
- ☑ D'être le médecin répondant pour les infirmières notamment en milieu scolaire
- ☑ D'offrir de la réponse téléphonique aux intervenants
- ☑ De favoriser le réseautage avec les ressources dans la communauté
- ☑ De collaborer à la formation et au partage de l'expertise

Les cliniques jeunesse sont souvent une alternative à la consultation en cabinet ou en GMF de par la disponibilité et la proximité des services près des milieux de vie des jeunes (accessibilité géographique). Rappelons que dans la population générale, ce sont les jeunes adultes qui en proportion ont le moins accès à un médecin de famille. Pour plusieurs de ces jeunes sans médecins de famille ou qui à cause des études vivent quelques mois par année loin de leur famille ou qui n'ont pas accès à du transport, les cliniques jeunesse deviennent souvent la principale source de soins primaires.

Finalement, le lien particulier qui existe avec les écoles et les infirmières scolaires est spécifique à ce programme et nécessite un travail de médecin répondant, en soutien au personnel nursing, qui inclut aussi de la réponse téléphonique. Le médecin qui pratique dans ce programme doit faire preuve de « leadership » et travailler en équipe multidisciplinaire et en réseautage avec les autres ressources pour les jeunes.

Programme de la petite enfance

On estime que 12 % des médecins de notre association qui travaillent en CLSC ont une pratique médicale dans le programme de la petite enfance (voir annexe 1).

L'implication des médecins dans ce programme est surtout en lien avec le programme SIPPE (Programme intégré en périnatalité et en petite enfance). Né de la fusion de différents programmes provinciaux en santé publique (naître égaux et grandir en santé, programme de soutien aux jeunes parents et le programme de soutien éducatif précoce), le programme petite enfance répond aux besoins de santé d'une clientèle particulièrement défavorisée qui vit en contexte d'extrêmes pauvretés. Les principaux objectifs de ce programme sont de :

- ☑ Favoriser le développement des enfants âgés de 0 à 5 ans provenant de milieux défavorisés
- ☑ Maximiser le potentiel de santé et de bien-être des familles à partir de la grossesse
- ☑ Améliorer les conditions de vie des familles
- ☑ En petite enfance, le rôle du médecin consiste à :

- ☑ Effectuer le suivi médical conjointement avec différents professionnels auprès d'une clientèle provenant principalement d'enfants de famille avec des facteurs de vulnérabilité (pauvreté, faible littératie, isolement social, immigration, parents-adolescents).
- ☑ Intervenir également auprès des familles et de la fratrie.
- ☑ Offrir de l'expertise-conseil auprès des autres professionnels.
- ☑ Favoriser le réseautage avec les ressources de la communauté.

L'implication du médecin dans ce programme permet d'offrir à une clientèle en difficulté un suivi médical dans un milieu accessible. Également, il favorise la référence vers des services psychosociaux souvent mal perçus par cette clientèle et permet une intervention plus cohérente, donc plus efficace. Ce travail nécessite d'avoir une compréhension de la réalité psychosociale des milieux défavorisés et vulnérables et inclus souvent d'offrir de la formation et de l'expertise-conseil et de participer à la gestion de certains aspects du programme. À noter que plusieurs médecins œuvrant au programme de la petite enfance collaborent aussi au suivi d'enfants d'âge scolaire et au programme en santé mentale jeune.

Quelques mots sur les autres programmes

L'offre de service des CLSC a toujours été proche des besoins de santé de la population de leur territoire. Donc, au-delà des programmes qui vous ont été présentés précédemment, il existe d'autres programmes en CLSC auxquels les médecins collaborent. Souvent, ces programmes répondent à des besoins particuliers ou à des problématiques importantes. Ils ont été planifiés au sein du CSSS dans une logique populationnelle afin de répondre aux besoins de santé de sous-groupes de la population. On n'a qu'à penser par exemple aux programmes en itinérance, en dépendances, en ITSS, en « planning » familial, pour les réfugiés et les immigrants, etc.

Mais peu importe la clientèle ou la problématique ciblée, ces programmes ont fort probablement en commun les caractéristiques déjà mentionnées dans ce document.

Donc, il est important de préciser que même si ces programmes n'ont pas été spécifiquement abordés, ils ont été présents tout au long de notre réflexion et sont inclus dans cet énoncé de position.



Recommandations

Après avoir révisé les caractéristiques communes de la pratique médicale dans les programmes en CLSC et avoir présenté le rôle du médecin, l'AMCLSCQ réaffirme l'importance de la pratique médicale dans ces programmes. Pour ce faire, l'AMCLSCQ s'engage à diffuser ce volet II de l'Énoncé de position de la pratique médicale en CLSC auprès de la FMOQ et des décideurs du réseau de la santé. De plus, l'AMCLSCQ émet les recommandations suivantes :

1. Inclure les programmes en CLSC dans la planification stratégique des CISSS/CIUSSS;
2. Reconnaître que la pratique médicale dans les programmes en CLSC inclut des activités de suivi de la clientèle en première ligne;
3. Mettre en place des conditions de pratique adaptées à la réalité clinique des programmes, notamment pour la pratique dans les milieux de vie (dossier médical électronique, matériel informatique que l'on peut déplacer, équipement médical, frais de déplacement, etc.);
4. Rendre accessible des équipes multidisciplinaires pour répondre aux besoins de services de la population qui bénéficie de ces programmes;
5. Défendre une rémunération juste et équitable pour les médecins qui oeuvrent dans les programmes en CLSC et qui tient compte de la lourdeur de la clientèle, des discussions avec les intervenants, des barrières à l'inscription des clientèles, des déplacements et des rencontres d'équipe;
6. Encourager le recrutement de médecins dans les CLSC et par le fait même dans les programmes en portant une attention particulière aux PREM/PEM;
7. Favoriser l'enseignement et encourager les stages de formation lors des études pré et post doctorales dans les différents programmes en CLSC;
8. Développer le réseautage, l'utilisation d'outils en commun, la collaboration et la complémentarité entre les CLSC, mais aussi avec les GMF et les cliniques médicales en première ligne;
9. Offrir de la formation spécifique à la pratique médicale dans les programmes en CLSC.

Conclusion

Avec les changements structuraux qui toucheront l'organisation des services de santé, l'AMCLSCQ souhaite réaffirmer l'importance et la pertinence de la pratique médicale dans les programmes en CLSC.

À partir de caractéristiques communes appuyées par des statistiques et des données, différents programmes ont été présentés et le rôle des médecins a été précisé. Tant par le fait que ces programmes rejoignent une clientèle vulnérable que par l'importance de la complémentarité de ceux-ci avec les autres services de première ligne, l'AMCLSCQ a émis plusieurs recommandations pour soutenir cette pratique. C'est ainsi que nous invitons la FMOQ et les décideurs du réseau de la santé à travailler ensemble afin que la pratique médicale dans les différents programmes en CLSC soit reconnue et qu'elle puisse prendre la place qui lui revient sur le continuum des services de santé de première ligne.

Annexe 1

Tableau 1

Proportion estimée des médecins en CLSC et membres de l'AMCLSCQ œuvrant dans différents programmes.

Programmes	%
Services courants/Rendez-vous	70
Soins à domicile	54
Sans rendez-vous	39
Soins palliatifs	34
Jeunesse	33
Santé mentale	23
Petite enfance	14
Santé au travail	8
Clinique d'IVG	4