

Des médecins champions à l'œuvre – Concerter les efforts des médecins au-delà des structures

Par le Dr Alain Larouche le 22 janvier 2014 pour [L'actualité médicale](#)



Blogue à part
par le Dr Alain Larouche

J'ai eu l'occasion de croiser deux leaders allumés lors de la réalisation d'un mandat qui m'a été confié par l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue pour la mise en place d'un réseau de services intégrés en première ligne : le Dr Jean-Yves Boutet, chef du DRMG et responsable du GMF Les Eskers à Amos, et le Dr François Vaillancourt, responsable du GMF de Rouyn-Noranda.

Tous les deux préconisent une approche client en repensant l'organisation de services en fonction du patient : accès simple et direct, réponse adaptée, intégrée et coordonnée, résultats de qualité. Toutefois, leurs démarches respectives empruntent des chemins différents.

Pour l'un, une première étape essentielle consiste à fédérer les deux GMF et l'UMF en vue d'optimiser l'offre de services – clientèles vulnérables, horaire défavorable – et à doter le département de médecine familiale du CSSS et les deux GMF d'un règlement commun.

Pour l'autre, il faut évaluer la possibilité de créer une entité regroupant le GMF, le département de médecine familiale et l'UMF du CSSS, l'objectif étant d'établir un nouveau profil de pratique type permettant de couvrir équitablement les besoins en première et deuxième lignes de soins.

Mais pour l'un comme pour l'autre, il s'agit assurément de projets novateurs en ce qu'ils vont non seulement dans le sens prévu par la loi pour le fonctionnement et la coordination du réseau local de santé, mais aussi et surtout en ce que ces médecins de famille veulent proposer un nouveau mode de fonctionnement visant à couvrir et à bien coordonner les activités médicales offertes dans le réseau public (CSSS) et dans le réseau privé (GMF). La pertinence d'une telle approche ne fait aucun doute dans mon esprit. Sa réalisation demandera cependant toute l'attention du MSSS en ce qui a trait aux modalités et aux conventions à respecter et à mettre en place, notamment la gouvernance des activités médicales et la circulation de l'information clinique.

- La gouvernance des activités médicales est très clairement décrite dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) tant à ce qui a trait à la qualité de l'acte (CMDP) qu'à l'exercice des privilèges et au respect des obligations qui y sont reliées. En clinique médicale, par ailleurs, la qualité de l'acte est placée plus directement sous l'égide de la Loi médicale et du code de déontologie, alors que les privilèges et les obligations relèvent d'un contrat d'affaires entre les associés ou les médecins qui y offrent des services. Un contrat type liant l'établissement, au nom des médecins qui y ont des privilèges d'exercice, et le GMF, au nom des médecins qui y pratiquent, m'apparaît être la voie à privilégier pour autant que les médecins touchés par ce nouvel environnement y consentent, surtout pour ceux qui sont localisés au GMF, ou qu'ils en soient avisés avant le renouvellement de leur nomination au CSSS.
- La circulation de l'information clinique générée par les activités en établissement est sous la responsabilité de l'établissement et lui appartient. Il en va de même pour la clinique médicale. Les règles actuelles ne permettent pas une libre circulation de cette information du secteur public au secteur privé et vice versa, sans le consentement explicite du patient. Je me suis déjà exprimé sur le sujet dans une autre chronique¹. Dans la mesure où ce consentement épargnera une foule de démarches pour obtenir une information qui ne serait pas accessible autrement, je crois sincèrement qu'il vaut la peine de prendre le temps nécessaire pour bien gérer administrativement ce consentement, et ainsi éviter de passer des heures au téléphone par la suite.

- Rappelons que le consentement devrait comprendre deux volets. Un premier volet touchant l'accès à l'information : qui a accès à quoi et pour combien de temps ? Un deuxième volet autorisant le GMF et le CSSS à créer une base de données anonymes commune aux fins de gestion, d'analyse, de production de rapports et d'indicateurs, de recherche et de publication. Dans tous les cas, ce consentement devrait être numérisé et rattaché au dossier du médecin et de l'établissement.

Mais nonobstant ces considérations conventionnelles et juridiques, l'idée de concerter les efforts des médecins au-delà des structures ne peut que donner de bons résultats pour les patients et pour la qualité de l'organisation du travail des médecins et des professionnels de la santé qui œuvrent avec eux. Voilà un bon pas vers ce que recommande l'Institute for Healthcare Improvement² :

- améliorer l'expérience de soins du patient (y compris la qualité et la satisfaction);
- améliorer la santé de la population;
- réduire les coûts de santé par personne.

Bonne chance chers collègues et surtout, chapeau !

1. « Les dossiers médicaux électroniques et l'accès à l'information clinique », L'actualité médicale, 9 octobre 2013
2. IHI Triple Aim, Institute for Healthcare Improvement, www.ihl.org/offerings/initiatives/tripleaim/pages/default.aspx