



ÉQUIPE  
DE SOINS  
PRIMAIRES  
INTÉGRÉS

*Rapport préliminaire*

# *GMF des Seigneuries*

25 avril 2017

Damien Contandriopoulos

Arnaud Duhoux

Mélanie Perroux

Karine Lachapelle

Dominique Laroche

Anne Lardeux

## Sommaire

Sommaire .....	2
Introduction et objectifs du rapport .....	3
Méthodologie.....	3
GMF des Seigneuries.....	4
Origine et valeurs du GMF .....	4
Historique .....	4
Gouverne.....	7
Relations avec le CISS.....	7
Développement de leadership local .....	8
Valeurs et culture d’organisation .....	9
Une organisation centrée sur le patient .....	9
La rémunération à salaire.....	11
Offre de soins et services .....	11
L’équipe du GMF des Seigneuries et les collaborateurs professionnels .....	14
Effectifs .....	14
Rôle et modèle de prise en charge au sein de l’équipe .....	14
Collaboration.....	20
Collaboration interne.....	20
Collaboration avec des partenaires .....	21
Profil des patients ESPI du GMF des Seigneuries .....	23
Caractéristiques sociodémographiques.....	23
État de santé.....	23
Besoins non comblés.....	25

## Introduction et objectifs du rapport

Ce rapport est avant tout un outil de partage d'information entre l'équipe de recherche ESPI ([Équipes de Soins Primaires Intégrés](#)), financée par les Instituts de recherche en santé du Canada ([IRSC](#)) et l'équipe du GMF des Seigneuries. Il est important de souligner qu'il ne s'agit pas d'une évaluation sommative, mais d'une première étape d'appréciation formative. Ce document a deux objectifs principaux. Le premier est de contribuer à documenter le fonctionnement et la nature du modèle de soins en place au GMF des Seigneuries, au temps 0 de notre recherche. Le second objectif est d'offrir à l'équipe du GMF des Seigneuries une rétroaction de la part de l'équipe de recherche ESPI. Cette rétroaction se veut le point de départ d'un dialogue et n'a pas la prétention d'être exhaustive ou parfaite.

Les opinions exprimées ici et les éventuelles erreurs ou omissions n'engagent que les auteurs du rapport.

## Méthodologie

Les données utilisées pour ce présent rapport sont issues de trois sources différentes :

- 1) Entrevues semi-dirigées individuelles et en groupes, réalisées auprès de 6 différents informateurs clés choisis pour leur connaissance des origines, du fonctionnement et des services offerts par le GMF des Seigneuries. Ces entrevues ont été réalisées entre le 16 février et le 7 novembre 2016 auprès de médecins, infirmières cliniciennes (IC), infirmières techniciennes (IT).
- 2) Données de questionnaires : 471 patients (recrutés entre les mois de mars et août 2016) ont rempli un questionnaire sur leur expérience de soins et sur leur état de santé. Ce questionnaire tient compte de deux situations différentes selon que le GMF des Seigneuries :
  - a. est leur source habituelle de soins depuis moins de deux ans (situation 1, n=107),
  - b. est leur source habituelle de soins depuis plus de deux ans (situation 2, n=364).

Le questionnaire porte sur l'utilisation des services par les patients ainsi que sur leur perception en termes d'accessibilité, de continuité et de globalité des services de leur source habituelle de soins durant :

- a. les deux années avant que le GMF des Seigneuries devienne leur source habituelle de soins (situation 1),
- b. les deux années précédant leur recrutement (situation 2).

Le même questionnaire sera de nouveau rempli deux ans plus tard par ces patients, ce qui permettra d'évaluer si le fait d'être suivi au GMF des Seigneuries est associé à une amélioration de l'accessibilité, de la globalité et de la continuité dans le temps.

Toutes les données utilisées ont été collectées et traitées en conformité avec les procédures approuvées par le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) de l'Université de Montréal et par le Comité d'éthique à la recherche du CSSS de la Montagne en tant que Comité central pour l'évaluation multicentrique.

## Le GMF des Seigneuries

### Origine et valeurs du GMF

#### Historique

La plupart des médecins pratiquant actuellement au GMF des Seigneuries étaient auparavant dans le CLSC des Seigneuries. Au début des années 2000, une majorité des médecins du CLSC a décidé de se structurer en GMF et ils ont obtenu leur accréditation en 2004. Le GMF initial comportait deux sites différents. Le deuxième site a été fermé dans les années 2010. Le choix de devenir GMF s'explique à la fois parce qu'il permettait d'obtenir plus de ressources, entre autres des ressources humaines et informatiques, et surtout d'élargir les horaires d'ouverture pour offrir des services en soirée et en fin de semaine.

Ce passage d'un fonctionnement de CLSC en GMF a nécessité plusieurs restructurations, et en particulier celle de repenser le rôle de l'infirmière, de revoir les critères d'admission et les heures d'ouverture du sans rendez-vous et de réviser la pratique des examens annuels qui a été réduite en fréquence (aux 2 ans) selon les groupes d'âge et selon les problématiques.

« Avant, [...] le CLSC ouvrait à 8 h, les gens commençaient à appeler à 8 h pour avoir un rendez-vous. Donc là, il y a quelqu'un qui était au téléphone, puis madame Unetelle appelait, puis là, elle était mise en rendez-vous à 8 h, 8h20, 8h40 et tout ça. Peu importe la nature du problème, après 25 patients, c'était fermé. Ça fait que là, s'il fallait qu'il y ait une difficulté respiratoire puis qu'elle était la 26<sup>e</sup>, bien, elle n'avait pas de service. Puis si c'était une madame qui était tombée chez elle, à 82 ans, bien [...] elle n'avait pas de service. Ça fait que là, c'était comme un peu inacceptable pour nous. Il n'était pas question de faire un sans rendez-vous qui est sans fin non plus [...] Puis on s'est dit : nous, on aimerait ça avoir un système où le patient est évalué pour savoir qui a besoin d'être vu vraiment, pour voir les bonnes personnes [...] Pour nous, c'était essentiel qu'une professionnelle avec un guide, avec des protocoles, est capable de dire : "Cette madame-là, ce monsieur-là a besoin d'être vu(e) tout de suite. Il peut attendre deux jours. Il peut être vu par son médecin famille éventuellement ". Et comme ça, tous les appels sont pris. Tout le monde est évalué, puis tout le monde trouve une réponse à sa demande. Il y a beaucoup de choses qui n'ont pas besoin d'être vues par le médecin, beaucoup de choses qui peuvent être réglées par l'infirmière, plusieurs affaires qui peuvent être référées à d'autres professionnels. » (VA1).

Ainsi, dans un premier temps, l'équipe a mis en place un triage téléphonique et physique effectué par les infirmières (voir rôles et modèle de prise en charge). Ce triage est important car, avec la création du GMF, les services de sans rendez-vous ne sont réservés qu'aux patients inscrits dans le GMF sauf les cas très urgents et la clinique Jeunesse (voir offre de soins) :

« Donc ce que la constitution GMF est venue camper, c'est que pour que les gens continuent à requérir de nos services, il fallait vraiment qu'on se les approprie un petit peu, ces personnes-là, qu'on les identifie comme étant nos patients parce que quand on s'adressait à l'ensemble du territoire, ces gens-là pouvaient fort bien consulter d'autres médecins à leur guise, venir nous rencontrer quand on était plus disponibles, mais retourner voir leur médecin de famille. [...] Et moi, je pense que ce qui est devenu clair quand on est devenu GMF, c'est que lentement, on a constitué, entre guillemets, « notre clientèle » et on s'est adressé essentiellement à cette clientèle-là. » (VA4).

Dans un second temps, les infirmières, grâce à des ordonnances collectives locales, établies en 2004 ont commencé à faire quelques heures par semaine de suivis de maladies chroniques.

Le modèle d'un GMF où les médecins sont principalement payés à salaire et où les infirmières consacrent une grande partie de leur temps à faire du conseil, de l'évaluation, du triage et de l'orientation au téléphone n'a pas toujours été bien reçu. Plusieurs critiques ont été émises par les ordres professionnels, les syndicats, certains médecins, et les gestionnaires concernant l'entendue du champ de pratique infirmier, la productivité et la reproductibilité de ce modèle. En effet, il faut noter que ce modèle de prise en charge n'est probablement reproductible qu'à la condition que les médecins soient payés à salaire plutôt qu'à l'acte. Ces tensions se sont traduites par des mises en garde d'autres professionnels de santé du territoire auprès des patients du GMF ou de potentiels nouveaux médecins. Le niveau de productivité (nombre de consultations et nombre de patients suivis) et le mode de rémunération est critiqué, ainsi que le rôle des infirmières qui a été comparé à celui d'Info-santé.

La transformation du modèle de pratique vers le modèle du GMF décrit ici a ainsi créé des tensions sur le territoire et a nécessité beaucoup d'engagement de la part des médecins et des infirmières du GMF pour maintenir la mise en place de leur modèle. La fermeture du sans- rendez-vous pour les patients non-inscrits au GMF des Seigneuries a été critiquée par plusieurs autres cliniques aux alentours : « *Par contre, par la suite, on s'est rendu compte que les cliniques ont accepté le fait qu'une clinique devrait avoir la responsabilité de ses patients, puis les petites urgences ont fini par ouvrir autour de nous parce que justement, on avait arrêté de faire ce travail-là pour tout le monde. Alors tout le monde a pris sa responsabilité en termes de faire de l'urgence.* » (VA2).

Les tensions liées à la mise en œuvre du nouveau modèle de pratique GMF se sont toutefois en partie estompées et le plus grand défi actuel est de maintenir le nombre de patients inscrits. En effet, depuis son accréditation, le GMF des Seigneuries a risqué ou même perdu

temporairement plusieurs fois l'accréditation GMF. Les médecins déplorent des changements de règles et de cibles pour les GMF au cours du temps en fonction des ministres en poste. Le cadre GMF initial faisait que pour un plus petit GMF, il fallait 12000 patients suivis. La difficulté du GMF des Seigneuries a été de conserver les médecins au cours du temps et donc un nombre suffisant de patients inscrits. Par exemple entre 2014-2015, certains sont partis à la retraite, d'autres ont quitté avec leur clientèle à cause des exigences d'horaires d'ouvertures et de garde mais aussi à cause du sentiment de ne pas être suffisamment soutenus par le CIUSSS ou financés pour donner les services. *« Beaucoup de gens qui ont quitté parce qu'ils ne croyaient pas dans cette formule-là, qui était une formule qui était plus exigeante en termes d'investissement de sa personne, que ce soit en temps ou en énergie. Beaucoup de gens qui ont dit : « Non, nous autres, c'est un système qui donne trop. Ça n'a pas d'allure. On va se brûler. » Ça fait qu'il y a des gens qui ont préféré quitter le bateau. » (VA2).*

La seconde difficulté a été d'obtenir des postes autorisés par les Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) du MSSS afin d'attirer de nouveaux médecins. De plus, le fait que le site soit relativement plus éloigné des centres urbains complique le recrutement. La volatilité de l'effectif médical (de 14 médecins initialement, 9 sont en poste à la fin des années 2010) s'est traduite par des fluctuations du nombre de patients inscrits et explique la difficulté à maintenir l'accréditation GMF. Plusieurs solutions ont été mises en place : augmenter la productivité grâce aux infirmières; améliorer l'attractivité du GMF et la collaboration avec le CSSS pour attirer de nouveaux médecins (l'un d'entre eux a commencé mi-2016); prendre de nouveaux patients grâce entre autres à la délégation de tâches auprès des infirmières et surtout s'assurer que les codes de vulnérabilité pour chaque patient soient inscrits afin de permettre la pondération (par exemple, un patient en soins palliatifs à domicile est l'équivalent de 12 patients). *« On approche du 7000 patients [avril 2016]. Le nouveau médecin qui est arrivé avec nous prend des nouveaux patients régulièrement. Puis on continue quand même à prendre un peu de nouveaux patients aussi dans le cadre du projet de loi 20 qui dit qu'il faut qu'on suive 85 % de la population du Québec au 1er janvier 2018. Alors on continue de faire notre effort. Mais je dirais que dans mon cas, j'ai pas mal atteint la limite que je pouvais faire. J'ai environ 1300 patients pondérés. Moi, je suis à ma limite. » (VA2).*

Lors de la perte d'accréditation, soit du 1<sup>er</sup> avril au 10 août 2016, le budget de soutien a été coupé, et le GMF des Seigneuries n'avait plus la capacité de financer les postes infirmiers et d'assurer la prise en charge pour le nombre minimum de 6000 patients. Heureusement, le CISSS a accepté de financer des heures infirmières pour s'assurer que les médecins – participant par ailleurs à des programmes du CISSS et permettant une accessibilité médicale – puissent continuer à pratiquer. Plusieurs services ont toutefois été coupés pour pouvoir augmenter rapidement le nombre de patients inscrits et ainsi retrouver le financement GMF : le suivi infirmier des maladies chroniques, le sans- rendez-vous les fins de semaine et les jours fériés ont

été abandonnés : « *Donc pour nos patients, c'était une grosse perte. Pour nous aussi, on ne trouvait pas ça évident. C'est bien le fun être en congé le samedi, dimanche, mais tu sais que tu as des patients qui vont se cogner le nez sur la porte ou qui vont appeler puis qui n'auront pas de réponse. C'est un peu moche.* » (VA2).

Ce défi de conserver l'accréditation crée une instabilité dans l'équipe, dans les budgets et dans les pratiques : « *Ça n'a pas été une négociation facile parce que je pense qu'ils [le MSSS] ont manqué d'ouverture un peu à être un peu plus patients. [...] Vraiment, comme un couperet. Puis, on a perdu notre privilège de pouvoir continuer à dire qu'on était en GMF. Donc notre facturation a changé. Pour rattraper, c'est des longs processus. Là, on en sort à peine. Ça a duré 3-4 mois, cette saga. C'est plate! Mais c'est pas grave. On en sort.* » (VA4). Ce défi est aussi négatif sur le long terme :

« Si on a une plus grande clientèle, ça nous assure un meilleur suivi. Ça nous permet de ne pas mettre de l'énergie sur la survie du GMF, mais sur sa croissance parce que dans les 10 dernières années, il y a eu énormément d'énergie qui a été mise sur la survie et pas assez sur le développement. Puis je pense qu'on a beaucoup de personnalités innovatrices, des gens qui veulent innover. On a plein d'idées, on a plein de projets, mais c'est toujours un peu retardé parce que là : non, on ne peut pas, parce qu'il faut travailler vraiment sur notre relation avec l'hôpital, il faut travailler pour essayer de recruter des médecins. On est souvent en mode survie. Notre plus gros défi, c'est de s'éloigner de ce mode de survie, puis aller plus vers le mode croissance. Puis ça, je pense que tout le monde va y gagner quand on va être plus du côté croissance. Puis je pense qu'on va avoir beaucoup à offrir au niveau de notre clientèle quand on va pouvoir faire de la croissance. » (VA5).

## Gouverne

### Relations avec le CIUSSS

La structure GMF a permis à l'équipe médicale d'obtenir plus d'autonomie vis à vis du CIUSSS et de développer un modèle de pratique qu'ils estiment plus pertinent à leur situation. Cependant, certains facteurs sont mis en application par le CIUSSS, limitant l'autonomie du GMF. Par exemple, les ordonnances collectives doivent être validées, selon la réglementation québécoise, par le Conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens (CMDP) du CIUSSS ce qui allonge le processus et limite le développement de la pratique infirmière. De plus, le GMF est resté dans les locaux du CLSC et le partage de bureaux peut parfois représenter un défi lié à l'espace disponible. De même, les processus d'allocation des PREM attribués pour tout le territoire au CIUSSS repose sur le CMDP, ce qui ne garantit pas au GMF l'ajout de nouveaux médecins. Enfin, l'embauche, la formation et le remplacement des infirmières ne dépendent pas du GMF mais des services du CIUSSS.

Initialement, l'équipe du GMF percevait la transformation en GMF comme du donnant-donnant avec le CLSC, puisque le CLSC avait certaines ressources humaines et que le GMF apportait aussi des ressources financières. Au-delà des liens administratifs, les liens cliniques expliquent que la frontière entre qui travaille au GMF et qui travaille au CLSC et quel patient est suivi dans l'une ou l'autre des deux structures n'est pas toujours évidente. Par ailleurs, le fait d'être administrativement une entité distincte du CLSC a éloigné le GMF des centres décisionnels et a diminué la connaissance que les gestionnaires et les décideurs avaient du fonctionnement du GMF des Seigneuries ce qui complique la collaboration entre le GMF et le CISSS.

Cependant, plusieurs répondants du GMF des Seigneuries disent qu'au fil du temps, la collaboration avec le CISSS s'est améliorée. En effet, le CISSS a soutenu financièrement le GMF lors de ses problèmes d'accréditation afin, par exemple, que le poste d'infirmière GMF soit maintenu pour assurer les services aux patients.

### Développement de leadership local

Plusieurs des médecins, dont ceux responsables du GMF, étaient déjà impliqués au niveau de la gestion de l'établissement du temps où ils travaillaient au CLSC. Cependant, le fait de s'organiser comme GMF a permis l'émergence de médecins leaders qui ont contribué à développer le modèle de soins et les rôles de chacun: « *Donc ça prend vraiment quelqu'un qui va permettre à l'équipe de se rassembler, puis d'avoir toujours le même objectif pour ultimement donner les bons soins à notre clientèle.* » (VA1).

Localement, bien que limité par les problèmes d'accréditation, le leadership n'est pas l'exclusivité des médecins responsables: « *Souvent, c'est très informel. On bouillonne d'idées [pour développer de nouveaux services], puis on est très proactifs dans nos idées, puis on va les lancer. S'il n'y a pas d'intérêt de l'équipe, à ce moment-là, l'idée va être abandonnée, mais souvent, il va y avoir beaucoup d'échanges. Autant des médecins, parce que les médecins ne sont pas au-dessus de nous, ils sont à côté de nous. On ne travaille pas par paliers: le médecin n'est pas supérieur dans la hiérarchie par rapport à nous. On a vraiment un travail de collègue à collègue, peu importe notre formation. Ça, c'est vraiment intéressant parce qu'on peut donner notre opinion, on peut développer des idées.[...] Puis ça, c'est souvent tenu en compte: quand on a des intérêts, on va les développer, dans la mesure du possible.* » (VA5).

Concernant la pratique, les médecins se partagent facilement les guides et les façons de faire afin d'être homogènes. Par exemple ils ont fait le choix, suite à une étude qu'ils ont menée de ne pas complètement arrêter les suivis annuels, mais de les proposer tous les deux ans et pour certains patients seulement.

Au début de la création du GMF, la médecin responsable était en mesure de « monitorer » certains indicateurs et de faire des statistiques. Par manque de soutien administratif et d'un outil informatique adéquat, elle a toutefois dû abandonner la partie évaluation pour se



concentrer sur l'atteinte des objectifs d'un GMF. Elle a tenté plusieurs fois d'approcher des projets de recherche :

« C'était mon objectif d'avoir des chiffres : la qualité, [...] est-ce que c'est rien que nous autres qui pensons que c'est bon? Est-ce qu'on est tout seul à penser ça? Puis aussi, les coûts/bénéfices parce que je me disais : me semble que ça coûte moins cher, le fait que ce soit l'infirmière. Mais moi, je n'ai pas ces données-là. Il y a peu de patients qu'on envoie à l'hôpital. Tout ce qui est fait par l'infirmière, les retours d'hôpital qu'on suit, puis tout ça, je ne suis pas capable de faire cette trajectoire-là. Je n'ai jamais pu le faire, mais j'aurais trouvé ça intéressant. Puis au salaire qu'on fait, par rapport à l'acte, je serais curieuse... Tu sais, le nombre de spécialistes, les prescriptions, parce qu'on n'est pas des bons prescripteurs, nous autres! [Rire] D'ailleurs, les compagnies pharmaceutiques ne nous aiment pas parce qu'on n'est pas des médecins nécessairement prescripteurs. » (VA1).

## Valeurs et culture d'organisation

### Une organisation centrée sur le patient

Malgré les difficultés rencontrées au niveau structurel de l'accréditation GMF, l'équipe en place s'est soudée et a maintenu l'offre de services : « on s'est rattrapé parce qu'il n'était pas question qu'on abandonne ça, c'est sûr. » (VA4) ; « Le centre de notre univers, c'est le patient. C'est pas le GMF. C'est pas le médecin-chef. Il n'y a pas d'intérêt. Les intérêts sont vraiment tournés vers le patient : qu'est-ce qu'on peut faire de mieux pour servir notre patient pour qu'il puisse avoir le meilleur des soins? Éviter de consulter ailleurs, éviter d'alourdir le système de santé, c'est vraiment ça, notre but. » (VA5).

Ce principe de mettre le patient au centre est régulièrement mis de l'avant dans les discours comme une composante principale du modèle de pratique. Par exemple, les médecins sont conscients que les gardes, même téléphoniques, les soirs et la fin de semaine sont contraignantes pour eux : « D'avoir un accès quand même assez large, comme ce qu'on nous demande en GMF. [...] Les patients nous le disent. On court pas après ça, c'est pas pour ça qu'on le fait [rire], mais on le fait pour nos patients, je veux dire, si on le faisait juste pour nous, c'est sûr, ce serait plus facile de faire une médecine où j'ai pas à me lever le samedi puis le dimanche, ou être de garde. Ça serait plus facile de venir travailler du lundi au vendredi de 9 h à 5 h. Mais on est dans un projet où on s'est mis cette obligation-là de donner, ce désir-là, en fait, qu'on a de donner le meilleur service possible à l'intérieur de notre budget. » (VA2). Ils ont aussi à cœur la qualité des consultations : « je travaille dans un milieu où on préfère prendre un peu plus de temps pour que ce soit clair, que la consultation soit de la meilleure qualité possible, puis que le patient n'ait pas à revenir » (VA2).

Ils ont aussi inscrit dans leur statut le fait que les patients d'un médecin qui s'en va doivent être suivis par les autres médecins, mais conservent une vision souple de l'inscription : *« Je suis appelé à rencontrer aussi des patients qui ne sont pas les miens parce qu'on est tous solidaires de nos clientèles qui ont des difficultés » (VA4)*. Par contre, une fois qu'un patient est inscrit, ils le suivent jusqu'à la fin de vie, même s'il faut se déplacer à domicile : *« Nos patients qui deviennent plus malades, on ne les laisse pas tomber. Ça n'a pas de sens de faire ça. Donc l'engagement qu'on a vis-à-vis eux, c'est que si vous vivez des choses plus difficiles, si vous devenez en perte d'autonomie, on ne vous laissera pas tomber. On va continuer à être vos médecins, avec peut-être davantage plus de services autour de nous qui vont s'organiser : les infirmières, puis les inhalothérapeutes, tout ça, on va... Moi, je vais continuer à venir vous voir à la maison si vous n'êtes plus capable de venir me voir dans mon bureau. C'est déjà intéressant. Mais il n'y a pas si longtemps encore, c'était courant, là, que quelqu'un pouvait par exemple venir frapper à la porte, nos portes, nous dire : "Bien là, je me cherche un nouveau médecin. J'ai toujours été suivi par le Dr X, mais il ne peut plus venir me voir parce que... Moi, je ne suis plus capable de venir le voir à son bureau. Je suis trop malade." C'était pas logique, ça! » (VA4)*.

Enfin, placer le patient au centre des services rendus par le GMF est le facteur à partir duquel les rôles professionnels sont articulés :

*« Que l'infirmière soit beaucoup là, puis que le médecin soit plus comme consultant, ça change complètement la perception au niveau de la pratique médicale. [...] Pour nous, vraiment, le niveau médecins, infirmières, autres professionnels : on est tous égaux. C'est pas ni nécessairement le docteur qui est LE chef d'orchestre. Ce qu'on entend beaucoup actuellement dans la façon de parler des docteurs, c'est d'avoir des professionnels qui aident le médecin. Mais pour moi, ça, c'est quasiment une formule qui fait non-sens. Ils ne sont pas là pour m'aider, moi. Je suis un professionnel qui travaille avec d'autres professionnels parce qu'il y a un patient qui est au milieu de ça. C'était : des infirmières qui aident le docteur. Mais j'ai dit : " Moi, j'ai pas besoin. C'est pas ça que je veux. Je ne veux pas de l'aide pour faire ce que j'ai à faire! C'est pas comme ça qu'on devrait dire les choses. " [...] Il y a un patient, là, puis il faut s'en occuper toute la gang autour, le mieux qu'on peut, puis chacun fait sa job. C'est un peu ça l'essence, je dirais, de notre projet GMF : on est tous là pour un patient. Ils ne sont pas là pour m'aider, moi. [Rire] . » (VA1)*.

Ce positionnement a permis au fil du temps de renforcer les liens entre les professionnels.

Bien que, depuis qu'ils sont un GMF, l'attention des médecins soit tournée vers les patients inscrits, ils ont conservé une vision populationnelle qui leur permet de prendre ponctuellement en charge des patients suivis au CLSC et qui n'ont pas de médecin de famille, surtout concernant les soins à domicile, les soins palliatifs, la santé mentale et la clinique jeunesse.

## La rémunération à salaire

Avec l'avènement de la rémunération mixte, le mode de rémunération des médecins a été discuté et le salariat a été conservé afin de permettre une pratique correspondant à leurs valeurs, à leur types de pratique et aux besoins des patients : travail d'équipe, temps de consultation plus long, suivi des maladies chroniques et santé mentale, soins à domicile et soins palliatifs.

« Moi, c'est un salaire, pis c'est comme ça, avec les codes de vulnérabilité, je trouve que c'est un salaire tout à fait adéquat. Puis l'équipe a regardé ça. Il y en a qui ont regardé ça de plus proche, puis la conclusion, c'était que ce n'était pas si intéressant. [...] Je ne sais pas si éventuellement ça aboutira qu'on n'aura pas le choix, mais pour l'instant, nous, on restait sur le mode à salaire. À tarif horaire, en fait. Mais on a aussi des honoraires fixes parce que c'est un droit acquis. Nous autres, on est tarif horaire, honoraires fixes. » (VA1).

« Puis on n'est pas payé à l'acte. On n'a pas de bénéfiques à voir des rhumes. » (VA2).

D'après les médecins, c'est aussi leur mode de rémunération qui leur permet l'implication dans les rencontres des programmes du CLSC, rencontres qui sont toutefois facturées à la RAMQ. Le point négatif de ce fonctionnement est que les médecins estiment avoir sous-inscrit la vulnérabilité de leurs patients, et que les patients du CLSC non-inscrits ne sont pas comptabilisés dans leur *case load*. Lors des difficultés de maintien de l'accréditation, l'équipe a fait des efforts pour inscrire la vulnérabilité des patients afin de permettre la pondération ainsi que pour facturer tous les actes qu'ils sont en droit de facturer afin de permettre une meilleure évaluation de leur productivité. Il a aussi été reproché aux médecins du GMF des Seigneuries de diminuer le taux d'assiduité des autres médecins du territoire du fait qu'ils pouvaient prendre en charge des patients inscrits dans une autre structure.

Enfin, les médecins du GMF des Seigneuries estiment que ce mode de rémunération ne les rend pas attrayants auprès des jeunes médecins, ce qui complexifie le recrutement et empêche d'augmenter le nombre de patients inscrits selon les quotas requis par l'accréditation GMF.

## Offre de soins et services

Le GMF offre une gamme de soins complète en première ligne, mais les professionnels peuvent se concentrer sur des thématiques ou des patients en particulier.

- Soins courants pour les adultes
- Clientèle gériatrique
- Pédiatrie
- Service à domicile assuré par tous les médecins pour une clientèle gériatrique, ayant un handicap ou en soins palliatifs oncologique (env. 80 patients pour le GMF)
- Santé mentale et toxicomanie

- Suivi des maladies chroniques
- Petites urgences
- Prévention et promotion de la santé : cessation tabagique, etc.

Tous les médecins font du service à domicile et des soins palliatifs et l'un d'entre eux s'est spécialisé en soins palliatifs pour les patients en oncologie. Ces prises en charge sont développées en lien avec le CLSC (voir collaboration externe) ce qui permet aux médecins d'être soutenus par des équipes multidisciplinaires et permet aux équipes du CLSC de toujours avoir un médecin répondant pour le patient qui n'a pas de médecin de famille. Pour les soins palliatifs, une fois que le patient rentre en maison de fin de vie ou à l'hôpital, le médecin traitant cesse le suivi.

La clinique est ouverte de 8h00 à 20h30 du lundi au jeudi, le vendredi de 8h à 18h et les matinées du samedi et du dimanche (8h à 12h). Elle est aussi ouverte la plupart des jours fériés. Une garde téléphonique est assurée par une infirmière en soirée et les médecins sont de garde en rotation pour toutes questions urgentes. Ils assurent une garde 24h/24 pour leurs 80 patients à domicile. Les horaires sont divisés en 2 types de soins : d'une part, les rendez-vous prioritaires, pour lesquels un patient a téléphoné et dont l'infirmière juge que le cas nécessite une consultation médicale et, d'autre part, les suivis normaux qui sont attribués mensuellement. Les horaires des médecins sont fixés mensuellement, mais les infirmières et les secrétaires connaissent la date d'ouverture des horaires et demandent aux patients de rappeler. Enfin, il y a les réunions avec les équipes du CLSC pour les médecins participant aux programmes de services à domicile, soins palliatifs et services jeunesse.

### **Le sans RDV**

Le sans rendez-vous (ou rendez-vous prioritaires) est ouvert aux patients inscrits seulement. Les patients appellent l'infirmière qui va assurer l'Accueil, l'Évaluation et l'Orientation (AEO) du patient et, si un rendez-vous avec une infirmière ou un médecin est nécessaire, va déterminer le code d'urgence. Elle peut donner des conseils ou le « congé » si la situation le permet. Si le médecin de famille du patient n'est pas disponible dans les délais requis par sa condition, il va pouvoir voir un autre médecin du GMF. Il y a toujours un médecin qui assure les rendez-vous prioritaires, même les samedis et dimanche matin. Quelques personnes se présentent directement au lieu d'appeler, mais elles ne sont pas forcément prioritaires et viennent la plupart du temps pour voir l'infirmière seulement. L'avantage du triage téléphonique est que les gens n'attendent pas dans la salle d'attente : *« les gens appellent, ne manquent pas de travail, appellent du bureau. Ils nous laissent leur numéro de cellulaire ou tout ça. Ça fait qu'on les rappelle dans un délai raisonnable. Ça fait qu'en général, ça n'empêche pas les gens de faire leur... de continuer leur vie parce qu'en général, on s'entend que si c'est un problème d'urgence*

*hospitalière, bien, ils vont s'en aller à l'hôpital, là. En général, la majorité des cas, c'est pas ça. Donc ils peuvent être au bureau, ils peuvent être à faire leurs affaires, on les appelle » (VA1).*

Les patients qui ne sont pas inscrits au GMF peuvent venir pour des urgences qui nécessitent un plateau technique : faire des points de suture, des crises d'asthme, des cas d'œil, des brûlures ou de douleurs rétrosternales :

« Il y a quand même une ouverture intéressante là parce qu'on a quand même des priorités, des raisons de consultation qui sont des urgences absolues, qu'on ne balaie pas du revers de la main, parce que ça, il faut quand même respecter, il faut rester... Ça, c'est la déontologie, je veux dire, quelqu'un qui passe le seuil de la porte un matin, puis qui est suivi par le Dr X de la clinique à côté, mais qui a une douleur d'angine, je ne lui dis pas : "Tu retournes voir le Dr X. " Je le prends en charge. Alors les problèmes cardiaques, les corps étrangers dans l'œil, les difficultés respiratoires aiguës, quelqu'un qui est en crise d'asthme : peu importe d'où il vient, on va le voir. Évidemment, on le prend en charge, on s'occupe de lui, mais on le retourne à son médecin de famille après. » (VA4).

Les patients suivis dans la Clinique jeunesse, qui ne sont pas inscrits auprès du GMF ont aussi accès à ce système de rendez-vous prioritaires que ce soit pour voir l'infirmière-GMF ou un médecin.

### **Développement de l'offre**

Bien que l'axe principal de développement du GMF des Seigneuries des dernières années ait été centré autour de la consolidation de l'équipe médicale, d'autres développements sont en cours. Par exemple, l'équipe négocie une entente avec un pharmacien du CISSS pour aider dans certains dossiers ou offrir de la formation sur des thématiques à raison de 7 heures par semaines. Les médecins cherchent aussi des outils pour développer les soins assurés par l'infirmière GMF : cytologies, examen mental, etc. Un projet de développement d'une offre pour les troubles cognitifs a été délaissé provisoirement du fait des problèmes d'accréditation GMF. De plus, le DME devrait être mis en place en 2017.

## L'équipe du GMF des Seigneuries et les collaborateurs professionnels

### Effectifs

<p>Équipe soins généraux</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infirmière clinicienne : 1,6 ETP</li> <li>• Infirmières-techniciennes : 1 ETP (dont une prêtée par CLSC)</li> <li>• Médecins : 8</li> </ul>	<p>Équipe de soutien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Secrétaire médicale : 1 ETP</li> <li>• Agente administrative : 0,5ETP</li> </ul>
---	--

Depuis le début des années 2000, l'équipe médicale a été fortement réduite et elle est vieillissante. L'équipe infirmière est, par contre, relativement stable puisque la plupart des infirmières y travaillent depuis plusieurs années. Cependant, par la formation que nécessite le fonctionnement de la clinique (triage téléphonique, etc.), l'équipe trouve difficile de remplacer les infirmières lors des congés, maladies ou grossesse. L'équipe ne ressent pas le besoin d'avoir d'autres professionnels de santé au sein de leur GMF, étant donné qu'elle entretient de bons partenariats avec les équipes du CLSC avec qui elle partage ses locaux. La plupart des médecins sont présents dans le milieu à temps partiel, mais fonctionnent par demi-journées complètes afin d'assurer une réponse rapide aux questions et une présence plus régulière.

### Rôle et modèle de prise en charge au sein de l'équipe

#### Le personnel de soutien clérical

Du fait du triage infirmier, la secrétaire assure surtout la prise de rendez-vous pour les suivis, tandis que l'infirmière gère les rendez-vous prioritaires. La secrétaire accompagne aussi les patients dans leur dossier pour les consultations auprès d'un spécialiste.

Il y a aussi une adjointe administrative qui assure, entre autres, la création des horaires, les feuilles de temps et la facturation des actes médicaux.

#### Les infirmières techniciennes (IT) et cliniciennes (IC)

Il y a peu de différenciation entre les IT et les IC dans la nature de leur travail. Une des IT et une des IC vont faire une demi-journée par semaine pour le suivi des patients ayant des maladies chroniques (environ 1 patient par heure) ou d'autres types de prise en charge. Le reste des 4 jours par semaine est attribué à l'Accueil Évaluation et Orientation (AEO) fait lors du triage téléphonique ou des rendez-vous prioritaires (plus de 80% de leur temps) afin d'assurer une prise en charge rapide de nombreux patients : elles peuvent assurer autour de 60 interventions par jour. Lors de l'AEO, elles déterminent les besoins des patients selon le guide de triage établi par le GMF des Seigneuries et si elles peuvent elles-mêmes lui donner le congé ; dans le cas contraire, elles vont leur attribuer un code permettant de déterminer si une consultation médicale est nécessaire et d'en évaluer le délai : aux urgences de l'hôpital, le jour même avec un

médecin du GMF ou les jours suivants avec le médecin de famille. Elles voient aussi seules beaucoup de patients, soit pour des conseils soit pour des traitements ou des techniques (électrocardiogramme; traitement inhalothérapie; prélèvement urine ou gorge; aide lors de réparation de plaie; pansement; signes vitaux; débit de pointe etc.) ne nécessitant pas d'implication médicale : *« On est un peu une forme de dispatch, mais on essaie le plus possible de régler les problèmes du patient avant que le problème devienne trop grand. Mon rôle, c'est vraiment de prendre en charge le patient, puis de l'amener jusqu'à un congé ou jusqu'à une résolution du problème en question. » (VA5).*

Lors de plusieurs consultations, elles vont pouvoir donner le congé au patient suite à une rapide discussion avec le médecin. *« Je suis libre de faire ce que je veux à l'intérieur du cadre de ma profession. Je n'ai pas de contraintes patronales, dans le fond, parce que j'ai le soutien patronal [des médecins]. Puis ils comprennent c'est quoi, notre rôle, aussi. C'est un rôle qui est large. On en fait beaucoup, là. On fait autant une clientèle de santé mentale, une clientèle pédiatrique, une clientèle âgée, une clientèle adulte. On a vraiment de tout, puis dans la même journée. » (VA5).* Au téléphone ou en présence, certaines consultations vont porter sur de la réassurance ou des conseils (comment faire tomber la fièvre, quand consulter...), mais elles vont toujours assurer un suivi de cet épisode de soin jusqu'à sa résolution : *« Ça, c'est des suivis qu'on se met nous-mêmes parce qu'on veut s'assurer que le patient ne va pas aller ailleurs. On veut s'assurer qu'il va avoir les bons services au bon moment, pour la bonne raison. Souvent, ces suivis-là sont faits de façon ponctuelle par nous-mêmes, on le décide. » (VA5).*

D'après un répondant, actuellement c'est environ 40% des appels téléphoniques de patients qui vont déboucher sur un rendez-vous prioritaire. Pour 20%, l'infirmière va donner elle-même le congé, pour 20% il va y avoir une référence au médecin sans rendez-vous qui nécessitera donc un suivi de la part de l'infirmière.

Les infirmières ont donc développé leurs capacités et leur confiance afin de donner le congé aux patients. Les infirmières apprécient de pouvoir prendre des décisions, mais l'équipe reconnaît que plusieurs infirmières, ne se sentant pas à l'aise au début de la réorganisation vers un GMF, ont préféré démissionner : *« Je pense que pour les infirmières, c'est apprécié, parce que ça leur permet d'avoir un volet plus polyvalent dans leur pratique. Ils gèrent des cas, ils gèrent du monde, ils gèrent de la maladie. Au lieu d'être juste des techniciennes, ils prennent des décisions. Ça, je pense que c'est apprécié de nos infirmières. Ça en fait fuir quelques-unes aussi. » (VA2).* La complexité du travail a beaucoup augmenté suite à la mise en place de ce triage, nécessitant un bon jugement clinique afin de déterminer quand transférer un patient à un médecin. De plus, les exigences des médecins sont élevées puisqu'ils ont besoin que les dossiers qu'ils vont devoir traiter soient complets (antécédents médicaux; suivi des visites à l'hôpital et résultats des tests...)

Comme nous l'avons vu dans la section « gouverne », les ordonnances collectives sont peu développées, mais les infirmières ont facilement accès aux médecins et la confiance mutuelle est suffisamment bonne pour que la prescription se fasse rapidement : « *les infections urinaires non compliquées chez la jeune femme. Souvent, l'infirmière la voit seule, puis on fait la prescription. Ça devient une ordonnance individuelle, mais on n'a pas besoin vraiment de voir le patient [...] on en a discuté, puis je corrobore et je fais une ordonnance ou... Donc, c'est un partenariat dans ce sens-là.* » (VA1). Cependant, l'augmentation des compétences des infirmières permet aussi une saine remise en question des pratiques médicales : « *J'arrivais d'un congrès, j'étais toute fière de moi, puis elle, elle avait entendu autre chose, puis là elle me dit : " Hein? Es-tu sûre de ce que tu fais? " Là, j'étais comme... Est-ce que je suis sûr de ce que je fais?! Ça fait qu'on est obligé de se challenger parce que là, on est deux à traiter le diabète, puis deux à faire des congrès, puis... Ça fait qu'on se challenge. Je dirais que c'est challengeant, parfois! » (VA1).*

Les infirmières assurent aussi les suivis des laboratoires et des tests diagnostiques, font des suivis téléphoniques de patients, et assurent la liaison pour les demandes provenant du CLSC. Elles informent les patients des résultats des tests, les rassurent et leur expliquent la suite du processus (nouveau test, traitement, référence vers un professionnel...)

Concernant les suivis des maladies chroniques, les infirmières assurent les consultations conjointes pour le diabète, la dyslipidémie et l'hypertension artérielle. Par exemple, pour le diabète, les infirmières assurent 3 consultations par années sur 4, mais ne peuvent pas encore faire du renouvellement ou de l'adaptation de prescription :

« Si on voit que le patient, vraiment, là, il ne répond pas du tout aux cibles qui étaient fixées ou il se détériore, on va consulter le médecin : " Est-ce qu'on pourrait changer sa médication? Est-ce qu'on commence l'insuline? Le patient a beaucoup d'effets secondaires sur tel médicament. Ses prises de sang ne sont pas correctes. Est-ce qu'on peut modifier certaines choses? ". Là, le médecin va modifier, mais il ne verra pas le patient pour ça. Il va simplement agir comme prescripteur parce que nous, on ne peut pas le faire. Mais souvent, comme par exemple l'introduction de l'insuline, on est beaucoup plus habilité à le faire que les médecins. Souvent, les médecins vont nous dire : " Bien là, qu'est-ce que t'as besoin comme insuline? " Puis là, c'est nous qui allons lui dire : " Telle, telle, telle choses... " Puis si on voit que ça ne fonctionne pas, bien, on va retourner voir le médecin : " On peut-tu mettre de l'insuline rapide? Parce que là, ça va pas, ça s'améliore pas juste avec la lente. " Ça fait que souvent, on travaille en collaboration avec le médecin. » (VA5).

En effet, pour prescrire les infirmières auraient besoin d'une formation et, étant donné les difficultés de gestion rencontrées par le GMF, cela n'a pu être possible ces dernières années. Cependant, la prescription reste toutefois une compétence que les médecins aimeraient



maintenir dans leur pratique étant donné le peu de volumes de patients : « *il y a un petit côté où on ne veut pas perdre nos compétences. Ça fait que c'est le fun d'en parler. Si on n'en voit plus, puis qu'on ne prescrit plus rien, on va se ramasser juste avec les cas problèmes. C'est pas ça qu'on veut non plus [...] J'ai 520 patients, (...) ça fait que j'en n'ai pas tant que ça [des diabétiques complexes]. C'est pas que je veux avoir le pouvoir de prescrire, je veux juste être capable d'en parler avec elle, puis de rester dans la capacité de faire un bon suivi conjoint, dans le fond.* » (VA1). Les infirmières peuvent toutefois demander un renouvellement de prescription auprès du pharmacien sans l'aval du médecin si la situation du patient est normale.

La contribution infirmière dans les cas de maladies chroniques va s'orienter autour du suivi rapproché et téléphonique :

« Nous, on l'appelle dans les 24-48 heures après son rendez-vous avec le médecin pour voir où il en est par rapport au diagnostic et tout ça. " Est-ce que vous êtes surpris? Est-ce que vous êtes... triste? " et tout ça. Et puis souvent, on va céder un rendez-vous, tout dépendant de la situation, soit rapidement ou soit 3 mois après. [...] Pour quelqu'un que c'est un diabète de novo, on va le voir souvent la semaine après pour essayer de lui donner un enseignement vraiment global sur le diabète : quoi faire, quoi ne pas faire, tout ça. Et puis c'est une rencontre individuelle qui dure à peu près une heure. [...] Puis on va le rappeler souvent une ou deux semaine(s) après pour voir si ça va. « Est-ce que vous avez bien compris? Avez-vous des questions? Avez-vous des inquiétudes? Avez-vous... » Et puis ce patient-là va nous poser les questions qu'il peut poser, puis il peut nous appeler à tout moment, aussi, s'il a des questions. Et puis souvent, on va le voir comme trois mois après, après ses prises de sang, puis on va le voir aux trois mois. Et puis s'il y a un pépin entre les deux, il peut nous rappeler pour prendre rendez-vous avec nous. La même chose pour l'hypertension, le cholestérol. » (VA5).

Étant donné que les infirmières peuvent voir les patients de tous les médecins et que plusieurs médecins sont présents au GMF à temps partiel donc ont moins l'opportunité de collaborer entre eux, les infirmières acquièrent un rôle pivot dans l'équipe : « *Quant aux infirmières, aussi ce qui est le fun, elles nous voient toutes pratiquer. Elle connaît tous les docteurs, puis nous autres, on connaît toutes nos infirmières et des fois, si moi, j'ai un doute sur quelque chose, elle va dire : " Ah, bien, Dr [X], lui, il fait ça comme ça d'habitude. Est-ce que ça peut t'aider? ", " Ah oui, c'est vrai, je n'y avais pas pensé! " » (VA1). De plus, elles ont une bonne connaissance des patients et de leur situation sociale et économique, c'est pourquoi elles peuvent conseiller un médecin afin qu'il personnalise le traitement :*

« Ça peut être juste un cas de sinusite, que tu prescrites quelque chose, puis là, finalement, l'infirmière : " As-tu pensé : il n'a pas d'argent ", " Ah oui, c'est vrai, il n'a pas d'argent. OK. Je vais essayer de voir pour des échantillons " ou t'sais, [...] l'infirmière, elle connaît la famille. Je ne sais pas, c'est incroyable, la connaissance que ça peut apporter. Ça sauve

des démarches ou des mauvais coups ou des impairs sur la façon dont tu pourrais témoigner quelque chose à un patient parce que là, je ne sais pas, t'apprends les choses. Je trouve que ça, c'est vraiment une complémentarité de tous les instants. » (VA1).

Au-delà de leur contribution à l'augmentation de la productivité, les infirmières ont un rôle majeur dans la prise en charge :

« C'est notre colonne vertébrale [...] En fait, de la façon dont je vois ça, puis on est tous pas mal de même, on se perçoit plus comme des consultants vis-à-vis les infirmières. Les infirmières sont vraiment des infirmières de famille. Ce sont elles qui prennent en charge les soins de santé généraux. Puis pour orienter le patient, s'ils ont un questionnement, ils vont demander au médecin de famille ou sinon au médecin de garde à l'urgence quelle est la meilleure attitude, si elles ne sont pas capables de répondre elles-mêmes à comment ils vont gérer le trafic de patients. Les patients, que ce soit des patients urgents ou des patients qui ont des suivis systématiques : diabète, haute pression, cholestérol. Alors elles font tout le travail elles-mêmes. Puis quand elles ne sont pas capables de répondre à une question, elles nous consultent. » (VA2).

### Médecins

La plupart des médecins pratiquent au GMF seulement une partie du temps, mais ils ont réparti leurs heures de travail afin d'assurer le plus grand nombre de jours de présence. Afin de pouvoir répondre au rendez-vous non prioritaire malgré une présence à temps partiel, les médecins sont habitués à voir les patients de leurs confrères : « *Je suis appelé à rencontrer aussi des patients qui ne sont pas les miens parce qu'on est tous solidaires de nos clientèles qui ont des difficultés.* » (VA4).

Les médecins n'ont pas réellement de sous-spécialité et font tous du soin à domicile. L'un d'entre eux est surtout reconnu comme expert de soins palliatifs à domicile et un autre des problèmes de santé mentale adulte (psychose, trouble de personnalité, schizophrénie). Le médecin spécialisé en soins palliatifs est devenu une référence pour les autres, qui acceptent cependant de suivre ses patients lors de ses congés puisque tous disposent des bases nécessaires pour le faire. Les médecins sont payés à salaire par le GMF, mais facturent à la RAMQ les réunions en lien avec les programmes de santé mentale, soins à domicile, soins palliatifs et clinique jeunesse. Dans tous les cas, les médecins peuvent bénéficier de l'équipe multidisciplinaire du programme du CLSC pour leurs propres patients, mais en contrepartie, ils permettent aux patients du CLSC sans médecin de famille d'obtenir des consultations médicales prioritaires si nécessaires. Un médecin assure aussi une fois toutes les 2 semaines des consultations pour la clinique jeunesse du CLSC pour les clientèles non inscrites chez eux et n'ayant pas de médecin de famille. Ce sont surtout pour les ITSS, mais parfois aussi pour les agressions sexuelles. Enfin, un médecin pratique aussi, en dehors de ses heures GMF, en CHSLD

où il est payé par forfait. Ces médecins sont donc présents aux réunions des programmes et soutiennent les équipes du CLSC. Cette méthode de travail ainsi que les soins à domicile sont d'après eux favorisés par le mode de rémunération : « On n'est pas confiné à nos bureaux, on peut se déplacer, on peut se rendre à domicile. *Puis ce n'est pas parce qu'on est plus fins que les autres, c'est parce qu'on a des modes de rémunération qui nous permettent de le faire. Le travail à l'acte ne rend pas ça simple, mais si on est payé à l'heure, c'est plus facile. Donc c'est vraiment une question de mode de rémunération* » (VA4).

Les 8 docteurs assurent une semaine chacun de garde 24heures/24, pour les soins à domicile. La plupart du temps, ils sont capables de régler le problème par téléphone. Ils travaillent en tandem avec l'infirmière qui va compléter certaines consultations une fois le diagnostic posé : « *Je peux débiter l'intervention, puis l'infirmière va la terminer. Par exemple, je vois une entorse, je l'évalue, puis je leur dis : " Écoutez, il faudrait peut-être vous installer une bande élastique. Je vais vous laisser avec l'infirmière qui est avec moi qui va compléter le travail. ", " On aurait besoin de vous faire un prélèvement de gorge. Je vous laisse avec elle, on va faire ça. " Ou : " Elle va vous indiquer comment vous y prendre pour faire le prélèvement d'urine que je vous prescris. On pourrait le faire tout de suite. " [...] Faire un pansement, assister le médecin à faire des points... tout ça, finalement. Il y a plein de situations où c'est sûr qu'on travaille en équipe. Plein, plein. »* (VA4). Mais ce que les médecins apprécient le plus c'est l'AEO et le suivi des maladies chroniques, qui leur a permis d'augmenter le nombre et la complexité des cas suivis.

Afin de limiter les réunions pour augmenter le nombre de services rendus, chaque médecin a une responsabilité (informatique, formation médicale continue ou activités sociales) ou participe à un comité tel que le comité informatique pour l'implantation prochaine du Dossier Médical Électronique (DME). Le GMF a reçu une forte pression du MSSS pour augmenter le nombre de patients inscrits et atteindre les cibles du programme GMF. Dans un premier temps, les médecins se sont assurés que leurs patients avaient bien tous les codes de vulnérabilité nécessaires étant donné qu'ils ont des clientèles « *extrêmement lourdes où il n'y a pas nécessairement de reconnaissance officielle de cette lourdeur. Puis ça fait qu'on se prend moins de charges de patients que d'autres qui peuvent... C'est sûr, quand tu vois des bébés roses en santé, t'en vois pas mal... mais quand tu fais du borderline, puis de la schizophrénie, bien... c'est plus lourd, mais ce n'est pas nécessairement une clientèle reconnue. Ça fait que c'est même pénalisant, à la limite, là. C'est pour ça qu'en général, les GMF ne prennent pas ces cas-là.* » (VA1). Ensuite, grâce à l'augmentation de la productivité liée à l'AEO et aux suivis des maladies chroniques effectués par les infirmières, les médecins ont pu inscrire des nouveaux patients, soit des patients vulnérables inscrits sur le GACO soit des patients référés par bouche-à-oreille.

## Collaboration

### Collaboration interne

Dès le début de l'implantation du GMF, des réunions formelles avec les infirmières avaient lieu 3 fois par année. Avec les récents problèmes d'accréditation GMF, ces réunions ont cessé. Elles ont laissé place à beaucoup de travail d'équipe ad hoc informel. Il n'y a plus de réunions cliniques avec tous les professionnels de soins et concernant le fonctionnement, seule la responsable du GMF va rencontrer le personnel non médical si nécessaire. Dans ces rencontres, les difficultés du GMF liées à son accréditation sont abordées, mais pour le moment encore le développement de l'offre de soin est encore peu discuté. Néanmoins, il y a un souhait de réimplanter les 3 réunions annuelles d'équipe.

### Facilitateurs

Les professionnels n'ont pas de bureaux attitrés, cependant le bureau infirmier est placé au centre ce qui permet de nombreuses interactions et des référencements rapides de cas si nécessaire pour donner le congé, même lorsque la consultation se fait par téléphone : *« Mettons que je suis à l'urgence si elle a un appel, c'est pas trop... Elle peut me demander. Il y a beaucoup, beaucoup d'entraide. La même chose pour moi : si j'ai une information à lui demander ou je ne suis pas sûre de telle affaire. On travaille beaucoup ensemble. C'est vraiment le fun! »* (VA3). Les consultations entre médecins se font aussi de manière informelle et au besoin. Bien qu'ils n'aient pas de réunion clinique formelle, les médecins et les infirmières échangent régulièrement leurs expériences cliniques lors de consultation conjointe. Les médecins semblent cependant se rencontrer formellement 3-4 fois par année avec l'agente administrative afin de prendre des décisions concernant le GMF.

La plupart des professionnels travaillent ensemble depuis plusieurs années ce qui a permis de renforcer la confiance mutuelle et le sentiment d'appartenance malgré les périodes difficiles : *« On est une équipe de plus en plus soudée par les malheurs qui nous arrivent. Je pense que ça nous a permis de créer des liens très forts, des liens de confiance qui nous ont permis, nous comme infirmières, de vraiment s'asseoir, puis de dire : bien là, mon... j'ouvre mes ailes, puis je me développe. »* (VA5).

Les médecins se connaissent bien et sont peu nombreux, ce qui facilite la cohésion. Ils s'organisent parfois des rencontres à l'extérieur ou se retrouvent dans la place commune des médecins. La camaraderie est aussi présente avec les infirmières. Afin de s'assurer que les nouveaux médecins comprennent bien leur fonctionnement et la place de l'infirmière, un plan d'intégration sur plusieurs jours est prévu.

### Obstacles

Il existe des formations pour les médecins, mais les infirmières ne semblent pas y participer. Avec la mise en place du suivi des maladies chroniques pour les infirmières, la collaboration a dû évoluer pour augmenter les référencement. La médecin responsable a été obligée de rencontrer certains médecins, de les rassurer afin qu'ils acceptent de référer plus souvent à l'infirmière. De la même manière, les infirmières ne semblent pas impliquées dans les réunions de gestion du GMF alors que celui-ci a du faire face à de nombreux défis liés au nombre de patients inscrits et à la perte des médecins. Ce peu d'implication pourrait limiter le sentiment de transparence.

Le dossier médical électronique n'a pas encore été implanté bien que ce soit un outil qui pourrait faciliter la collaboration clinique. Les professionnels utilisent pour le moment les courriels, et les textos pour les communications rapides ou discutent directement.

### Collaboration avec des partenaires

Le GMF, bien qu'intra-muros avec le CLSC, reste une entité distincte, ce qui permet une collaboration fluide et même des activités sociales communes (diner dans les mêmes locaux...). Certains médecins du CLSC ont d'ailleurs préféré ne pas rejoindre le GMF, mais des ententes de prises en charge ont été élaborées : « *Alors elle ne se donnait pas d'obligation de nombre de patients, malgré le fait qu'elle avait des patients. [...] Elle ne voulait pas mettre son nom sur un contrat avec le gouvernement. Alors elle a continué à travailler avec nous. [...] Le deal qu'on avait [elle est en pré-retraite], c'est qu'elle faisait l'urgence et les gardes en disponibilité [soit une semaine sur 9]. Puis en retour, on offrait l'urgence à ses patients [les autres semaines].* » (VA3). Lors des rendez-vous prioritaire, il n'est pas rare que l'infirmière-GMF ou que les médecins réfèrent vers les professionnels du CLSC : « *Des cas d'asthme [...] on va référer à leur inhalothérapeute, un problème d'allaitement à l'infirmière d'allaitement. En santé mentale, directement au travailleur social ou au centre de crise.* » (VA1). Ces collaborations peuvent se faire de vive voix ou par fiches de liaison, sauf pour les soins à domicile où tout doit être consigné par écrit dans le dossier du patient pour assurer la continuité.

Les programmes jeunesse, santé mentale, soins palliatifs et service à domicile bénéficient d'ententes avec les médecins du GMF des Seigneuries : « *Quelqu'un dans la communauté a de la difficulté à gérer certains cas, on va demander à Dr [médecin en soins palliatifs] : " Pouvez-vous m'aider dans la gestion? " Les infirmières [du CLSC] vont beaucoup se référer à lui, un peu comme chef d'orchestre dans l'organisation des soins, mais encore là, c'est des équipes de plus en plus, je dirais, autonomes. Il y a tellement d'actes délégués, tellement de connaissances et tellement des infirmières spécialisées que c'est vraiment un partenariat de plus en plus étroit et facile. C'est fluide, étant donné le niveau de connaissances des gens qui sont dédiés à temps plein en soins palliatifs* » (VA1). La plupart des médecins du GMF notent que les compétences des infirmières CLSC ont beaucoup progressé ces dernières années, c'est pourquoi elles sollicitent moins les médecins ou pour les cas les plus complexes : « *c'est des infirmières [du CLSC pour le programme*

*jeunesse] qui ont eu une formation, des infirmières cliniciennes qui maintenant ont la contraception orale d'urgence, qui ont toute la formation pour les ITSS, le dépistage. Donc le médecin vient vraiment en complémentarité. [...] je dirais qu'éventuellement, peut-être que les cliniques jeunesse vont être quasi-autonomes, mais il demeure que pour la contraception définitive, pour le suivi, ça prend un médecin. S'il y a des problèmes gynéco qui ne relèvent plus de l'infirmière, c'est le médecin qui les voit, à ce moment-là. [...] Beaucoup de choses sont faites par l'infirmière. Je dirais que ça a beaucoup évolué à travers les années. Avant, les docteurs voyaient à peu près tout. Maintenant, l'infirmière travaille beaucoup en solo et quand ça dépasse ses compétences, elle a une porte d'entrée vers le médecin, vers cette clinique-là, puis ça fonctionne bien comme ça. » (VA1).*

Pour ces programmes, les professionnels de soins bénéficient d'ordonnances collectives locales spécifiques, élaborées par l'ex-CSSS Pierre-Boucher, mais là encore, la confiance et la disponibilité font que les professionnels parviennent à agir sans : « *Mais on est tellement proche que ça devient beaucoup d'ordonnances individuelles. Mettons, je ne sais pas, elle [l'infirmière du CLSC] est rendue à domicile [...] on n'a pas d'ordonnance collective pour l'installation de la sonde, mais on s'appelle, puis on dit : " Oui. Go! Je vais le mettre au dossier. C'est correct. Vas-y " » (VA1). Cette collaboration entre GMF et CLSC est favorisée par le fait que les médecins pratiquaient anciennement dans le CLSC, ce qui leur donne de bonnes connaissances du fonctionnement institutionnel et des professionnels qui y travaillent.*

Les médecins du GMF des Seigneuries participent aussi aux réunions de ces programmes : « *J'ai un cas problème, je m'en vais avec l'infirmière clinicienne en santé mentale, on suit un cas commun, je m'assois dans son bureau, on en discute, puis on prend une décision. Comme là, demain, j'ai deux cas de santé mentale. Je vais aller rencontrer l'équipe de santé mentale qui viennent au CLSC, 2<sup>e</sup> étage il y a une petite salle prévue pour ça. Puis c'est toute l'équipe de santé mentale qui va me recevoir, écouter les cas que j'ai à leur présenter, puis qui vont me conseiller sur des choses, soit sur le médicament, le professionnel vers qui je vais être dirigée. » (VA1). Les médecins notent que cette collaboration leur permet de développer ou mettre à jour leurs compétences. Des suivis conjoints peuvent avoir lieu entre un médecin du GMF et l'infirmière du programme de santé mentale, qui va pourvoir assurer certaines consultations pour un patient inscrit au GMF plus stable ou moins complexe, mais aussi pour augmenter l'intensité des soins quand nécessaire.*

Certains médecins, de par leur implication au sein des programmes du CLSC, maintiennent des contacts avec les directions du CISSS et le DRMG, permettant de tisser des liens avec les autres établissements et de s'informer. Certaines collaborations entre le CISSS et le GMF sont formalisées (répondant en cas d'agression sexuelle), d'autres semblent plus organiques (suivis à domicile ou palliatifs). Dans le cas des rendez-vous prioritaires, non seulement l'entente est informelle pour les infirmières du service courant du CLSC, mais les patients de la clinique

jeunesse peuvent eux-mêmes appeler directement le GMF pour obtenir une consultation si nécessaire.

Enfin, les médecins collaborent aussi avec des cliniques privées de physiothérapie qui sont situées aux alentours ainsi qu'avec les autres ressources de la communauté.

Cependant, la plus grande difficulté à être deux entités distinctes est de gérer la rotation du personnel. En effet, les nouveaux employés du CLSC ne sont pas présentés au GMF et inversement.

## Profil des patients ESPI du GMF des Seigneuries

Pour le projet ESPI, 471 patients du GMF des Seigneuries, recrutés entre le 29 mars et le 02 août 2016, ont rempli un questionnaire portant sur leur expérience de soins perçue (en termes d'accessibilité, de continuité et de globalité) – au cours des deux dernières années ou au cours des deux ans avant de fréquenter le GMF des Seigneuries –, leurs besoins non comblés, leur état de santé et leurs caractéristiques sociodémographiques. Les données recueillies lors de ce premier temps de mesure permettent de dresser un portrait de notre échantillon.

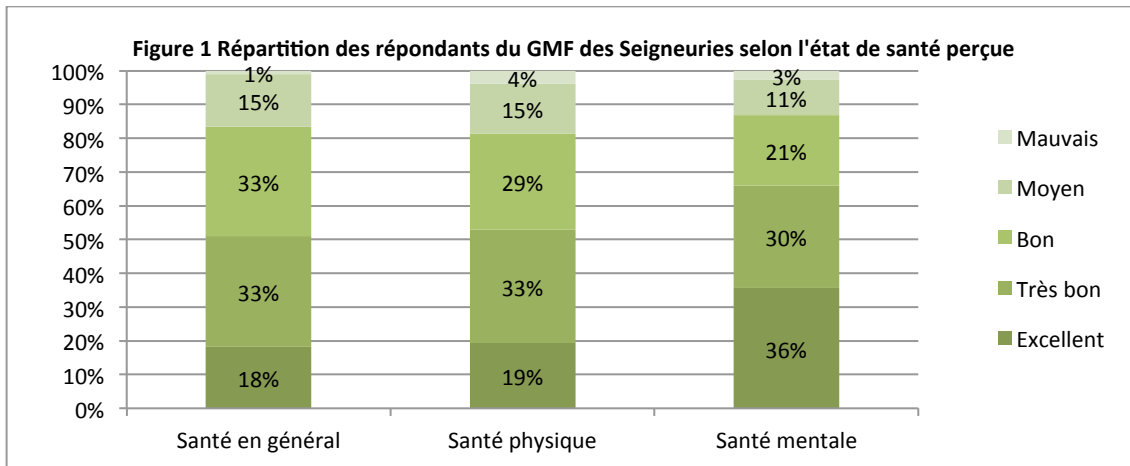
### Caractéristiques sociodémographiques.

L'échantillon est composé majoritairement de femmes (65%) et l'âge moyen des répondants est de 49 ans. Plus des deux tiers des répondants sont conjoints de fait, vivent en union libre ou sont mariés (67%) et près du tiers des répondants ont un diplôme universitaire (29%). La majorité des répondants (98%) parlent français à la maison et sont nés au Canada. Près de la moitié des répondants sont des travailleurs à temps plein (45%). Par ailleurs, la majorité des répondants se considèrent à l'aise financièrement ou avec des revenus suffisants (87%) et plus de la moitié des répondants ont un revenu annuel du ménage avant impôt supérieur à 55 000\$ (55%)<sup>1</sup>. Enfin, plus de de la moitié des répondants rapportent avoir un régime d'assurance privée ou collective qui rembourse, en partie ou en totalité, les médicaments (70%), des services complémentaires comme de la physiothérapie ou des examens diagnostiques (68%) ou les soins dentaires (52%).

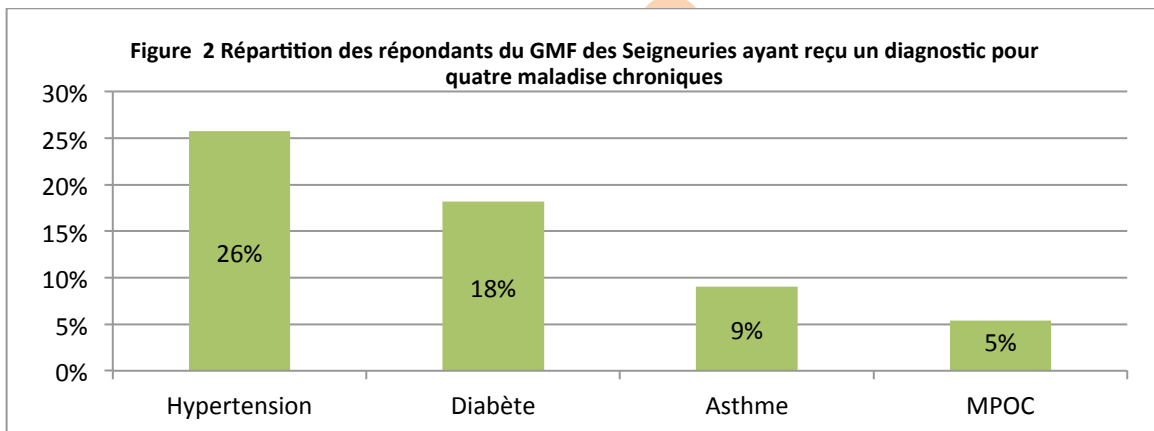
### État de santé.

La moitié des répondants du GMF des Seigneuries considèrent avoir une très bonne ou une excellente santé en général (51%) (figure 1). En comparaison, cette proportion est de 58,6% dans la population québécoise [2]. Plus précisément, plus de la moitié des répondants considèrent avoir une très bonne ou excellente santé physique (53%) et une très bonne ou excellente santé mentale (66% vs 74% dans la population québécoise [3]).

<sup>1</sup> À titre indicatif, le revenu total médian au Québec en 2013 était de 56 200\$ selon l'Institut de la statistique du Québec[1].



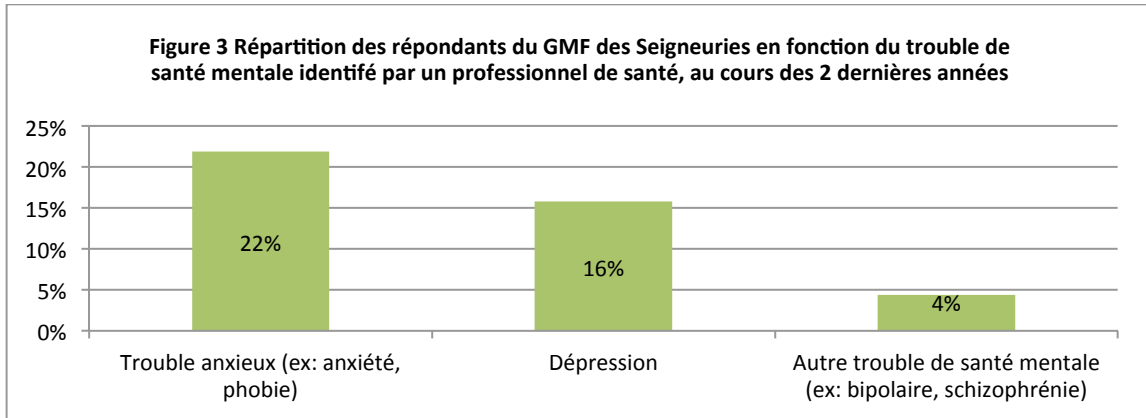
En ce qui concerne les maladies chroniques (figure 2), les données montrent que 26% des répondants de l'échantillon ont déjà reçu un diagnostic d'hypertension et 18% un diagnostic de diabète, soit des proportions plus élevées que ce que l'on retrouve dans la population québécoise (17,4% et 6,7%)[4, 5]. Les taux d'asthme (9%) et de MPOC (5%) chez les répondants sont similaires à ce que l'on retrouve dans la population québécoise (9,1% et 4,5%)[6, 7].



Plus du quart (28%) des répondants ont déclaré avoir reçu, au cours des 2 dernières années, un diagnostic pour un trouble de santé mentale. Plus précisément, 22% des répondants auraient reçu un diagnostic de trouble anxieux, 16% de dépression et 4% d'un autre trouble (ex : trouble bipolaire ou schizophrénie) (figure 3)<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> À titre indicatif, les taux de prévalence au cours de la vie dans la population générale du Québec sont de 9,4% pour les troubles anxieux et de 12% pour la dépression [8].





### Besoins non comblés<sup>3</sup>.

Chez les répondants pour lesquels le GMF des Seigneuries est la source habituelle de soins depuis plus de deux ans, les résultats indiquent que 26% ont rapporté avoir ressenti le besoin de consulter un médecin ou un professionnel de la santé sans en avoir vu un au cours des deux dernières années. À titre indicatif, les autres milieux participant au projet ESPI ayant une structure organisationnelle et/ou une offre de soins et services comparables, varient entre 23 et 33%.

Sur les 26% ayant ressenti des besoins non comblés au cours des deux dernières années, un peu moins de la moitié (48%) estimaient consulter pour un problème urgent. Par ailleurs, 69% ont finalement obtenu un rendez-vous et rencontré un professionnel de la santé pour ce problème au moment de compléter le questionnaire.

<sup>3</sup> Le concept de besoin non comblé (BNC) correspond à la différence entre les services de santé jugés nécessaires pour traiter un problème de santé particulier et les services effectivement reçus [9]. Une personne ayant perçu le besoin de recevoir des services de santé mais ne les ayant pas obtenus au moment où il en sentait le besoin présente donc un besoin non comblé de services de santé. La question utilisée dans le questionnaire pour mesurer les BNC est la suivante : *Au cours des 2 dernières années, avez-vous ressenti le besoin de consulter un médecin ou un professionnel de santé sans en avoir vu un?* Cette mesure reflète partiellement le non accès aux services de santé [9].

Annexe 1

Sexe	Homme	35%	Langue parlée à la maison	Français	98%
	Femme	65%		Anglais	1%
Groupe d'âge	moins de 18 ans	5%	Occupation principale (+18 ans)	Autre	0%
	18-24 ans	7%		Travailleur temps plein	45%
	25-34 ans	14%		Travailleur temps partiel	6%
	35-44 ans	12%		Prestataire aide social	2%
	45-54 ans	19%		Étudiant	6%
	55-64 ans	22%		À la maison	2%
	65 ans et plus	21%		Retraité	29%
Statut matrimonial (+18 ans)	Célibataire	22%	Perception situation socio-économique	Congé temporaire du travail	6%
	Conjoint de fait, union libre ou marié(e)	67%		Autre	4%
	Divorcé(e) ou séparé(e)	7%		À l'aise ou revenu suffisant	87%
	Veuf(ve)	5%		Pauvre ou très pauvre	13%
Lieu de naissance	Canada	98%	Revenu du ménage avant impôt	Moins de 15 000 \$	6%
	Extérieur du Canada	2%		15 à 25 000 \$	8%
Temps vécu au Canada	Moins de 15 ans	0%	Niveau de scolarité (+18 ans)	25 à 35 000 \$	11%
	15 ans et plus	100%		35 à 55 000 \$	20%
Niveau de scolarité (+18 ans)	Secondaire non complété	14%	Assurances privées ou collectives <sup>c</sup>	55 000 à 75 000 \$	13%
	Secondaire complété	17%		75 000 à 100 000 \$	16%
	Diplôme d'étude professionnel	16%		100 000 \$ et plus	26%
	Collégial	23%		Médicaments	70%
	Universitaire	29%		Soins dentaires	52%
	Autre	0%		Services complémentaires – ex.: examens diagnostiques, psychologue, physiothérapeute	68%

<sup>a</sup> Seules les réponses valides sont présentées.

<sup>b</sup> En raison des arrondissements, il se peut que le total des pourcentages dans certaines figures soit légèrement inférieur ou supérieur à 100%.

<sup>c</sup> Catégories non exclusives.

## Références

1. Institut de la Statistique du Québec, *Revenu médian, revenu total, ménages, Québec, 2012-2013*. 2016, Gouvernement du Québec. Lien vers le document : [http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/revenu/revenu/mod1\\_hh\\_1\\_2\\_5\\_0\\_.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/revenu/revenu/mod1_hh_1_2_5_0_.htm)
2. Statistique Canada, *Santé perçue, selon le sexe, par province et territoire*. 2011-2014, Gouvernement du Canada: Ottawa. Lien vers le document : <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health109b-fra.htm>
3. Statistique Canada, *Santé mentale perçue selon le sexe, par province et territoire*. 2011-2014, Gouvernement du Canada: Ottawa. Lien vers le document: <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health111b-fra.htm>
4. Statistique Canada, *Hypertension, selon le sexe, et par province et territoire* 2010-2014, Gouvernement du Canada: Ottawa. Lien vers le document : <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health70b-fra.htm>
5. Statistique Canada, *Diabète, selon le sexe, provinces et les territoires*. 2009-2014, Gouvernement du Canada: Ottawa. Lien vers le document : <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health54b-fra.htm>
6. Statistique Canada, *Asthme 2014*. 2001-2014, Gouvernement du Canada: Ottawa. Lien vers le document : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2015001/article/14179-fra.htm>
7. Statistique Canada, *Maladie pulmonaire obstructive chronique, selon le sexe, par province et territoire* 2012-2014, Gouvernement du Canada: Ottawa. Lien vers le document : <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health105b-fra.htm>
8. Baraldi, R., K. Joubert, and M. Bordeleau, *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012*. 2015, Institut de la statistique du Québec - Gouvernement du Québec.: Québec. Lien vers le document : [http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR\\_portrait\\_sante\\_mentale2015H00F00.pdf](http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR_portrait_sante_mentale2015H00F00.pdf)
9. Levesque, J.-F., et al., *Les besoins non comblés de services médicaux: un reflet de l'accessibilité des services de première ligne ?* 2007, Agence de Santé et des Services Sociaux de Montréal, Institut National de Santé Publique du Québec : Montréal. Lien vers le document : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/709\\_cahier\\_thematique\\_bnc.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/709_cahier_thematique_bnc.pdf)  
<http://dx.doi.org/978-2-550-51103-8>

## Contact

Mélanie Perroux

[Melanie.perroux@umontreal.ca](mailto:Melanie.perroux@umontreal.ca)

Responsable d'unité de recherche,  
Institut de Recherche en Santé Publique,  
Faculté des Sciences infirmières,  
Université de Montréal

### Pour citer ce rapport

Contandriopoulos D., Duhoux A., Perroux M., Lachapelle K., Laroche D. & Lardeux A.  
(2017, v1). *GMF des Seigneuries, Descriptif de milieu*. Projet de recherche ESPI. Montréal.

Travail en cours