



Les GMF, dix ans plus tard

LES GROUPES de médecine de famille (GMF) ont maintenant dix ans. C'est en effet à l'automne 2002 que les premiers GMF furent accrédités. À l'époque, on parlait d'une petite révolution qui devait permettre aux médecins de famille d'évoluer dans un environnement professionnel où le soutien administratif et surtout professionnel ferait désormais partie de leur quotidien afin qu'ils puissent maximiser leur offre de services. Plus de 230 GMF plus tard, quel bilan peut-on en faire ?

Il est indéniable que la pratique en GMF a donné un peu d'oxygène à des médecins surchargés qui ne voyaient plus la lumière au bout du tunnel. De plus, il est clair que la qualité de la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques s'est souvent améliorée en raison du soutien infirmier dans le suivi de ces patients. Malheureusement, malgré ces points positifs qu'on ne peut négliger, les GMF n'ont pas réellement répondu aux attentes quant aux résultats escomptés sur l'offre de soins. Pourquoi ? Principalement pour trois raisons : l'absence d'un véritable soutien professionnel à grande échelle, la lourdeur administrative associée à la gestion d'un GMF pour le corps médical et la règle du mur à mur qui prévaut toujours et encore dans les officines gouvernementales.

Revenons d'abord sur la question du soutien à la pratique. Au mieux, ce soutien se traduit par un prêt, du CSSS, d'une ou de deux infirmières pour dix médecins. Ce nombre est nettement insuffisant. Idéalement, pour répondre adéquatement à la demande de soins, le ratio devrait plutôt être d'un médecin pour une infirmière. Si nous convenons que cet objectif est peut-être ambitieux à court terme, doit-on rester figé pour autant avec le ratio ridicule actuel ? Surtout quand on sait que les infirmières sont nombreuses à vouloir travailler dans nos cliniques et à ainsi contribuer à un environnement de travail stimulant ? Poser la question, c'est y répondre. On sait aussi que d'autres professionnels de la santé (nutritionnistes, psychologues, inhalothérapeutes, etc.) souhaiteraient nous aider à suivre des patients. Mal-

heureusement, faute de budget et de volonté politique, l'aide espérée par les médecins n'est pas au rendez-vous.

Quant à la gestion administrative d'un GMF, il suffit de discuter quelques minutes avec un médecin responsable pour réaliser le temps et les efforts qui y sont associés. Le simple fait de renouveler une entente avec l'agence régionale peut nécessiter des centaines d'heures de travail et un stress énorme ! Et bien souvent, l'obtention de l'accréditation initiale est encore plus fastidieuse. Encore là, une solution toute simple faciliterait la vie de tout le monde : rendre conventionnelles les ententes liant les GMF et l'État. Ainsi, le corps médical gagnerait un temps fou et les agences régionales pourraient être délestées de certaines responsabilités.

Enfin, dernier gros problème, le mur à mur. Le gouvernement a décidé qu'un GMF correspondait à dix médecins et à un minimum de 15 000 patients pris en charge. Même si le gouvernement a fait un effort louable en instaurant la notion de GMF progressif, il n'y a point de salut si, au bout du processus, votre clinique médicale ne satisfait pas aux critères dictés. Il faut rentrer dans le moule décrété par Québec, sinon aucun soutien digne de ce

nom ne vous est offert. C'est d'ailleurs le sort réservé actuellement à 2553 médecins de famille qui font de la prise en charge de patients exclusivement hors GMF.

Le nouveau ministre Hébert dit travailler actuellement sur bon nombre des problèmes que nous avons repérés. Espérons qu'il ressortira de ce travail une vision plus souple et mieux adaptée à la diversité de la médecine familiale au Québec, accompagnée de ressources supplémentaires pour les cliniques médicales. Sinon, la vision des soins de première ligne sous-jacente à la mise sur pied des GMF ne pourra clairement pas aller au bout de son potentiel.

*Le président,
D^r Louis Godin*

Le 17 octobre 2012



Photo : Emmanuelle Garnier