

## De pratique individuelle à pratique de groupe

Isabelle Paré

*La taille de la patientèle est l'objet d'enjeux importants. Avant janvier 2009, date d'entrée en vigueur de la mesure de l'inscription générale des patients, le nombre de patients inscrits était largement sur-estimé. Rien d'étonnant compte tenu de la pratique surchargée des médecins. Ainsi, nombreux étaient ceux qui prétendaient avoir « au moins 3000 patients ». Les chiffres allaient se charger de jeter une douche froide sur ces prétentions... sans pour autant adoucir la réalité!*

**L**E NOMBRE FÉTICHE de 1500 patients est apparu voilà près d'une décennie comme étant « LA » cible à atteindre pour les médecins à temps complet en première ligne. Aucune recherche scientifique ne soutenait pourtant ce nombre. Au fil du temps, nous avons compris que celui-ci était, en fait, le rapport entre le nombre de Québécois et le nombre de médecins omnipraticiens en première ligne d'alors. Cet objectif de la taille de la patientèle n'en demeure pas moins marquant puisqu'il a balisé l'entente sur les GMF et qu'il trotte dans le paysage médical québécois depuis lors.

Ce chiffre a été remis en question maintes fois par la FMOQ. La polyvalence des médecins omnipraticiens qui œuvrent tant en première qu'en deuxième ligne n'y était pas étrangère. Cependant, rien à faire, ce chiffre revient périodiquement ! Nous proposons ainsi de faire le point sur la taille de la patientèle des médecins selon les différents lieux de pratique en première ligne.

Le tableau illustre la bonne performance des médecins de GMF qui affichent une moyenne de 1259 patients inscrits par médecin. Le GMF-réseau affiche une moyenne de 990 patients inscrits par médecin. Il est rassurant de voir que les GMF sont ceux qui offrent

*M<sup>me</sup> Isabelle Paré est conseillère en politique de santé et chercheuse à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Elle est titulaire d'un doctorat (Ph. D.) en science politique.*

**Tableau**

**Nombre moyen de patients inscrits par médecin selon le lieu de pratique en première ligne**

Lieu*	Patients inscrits	Patients vulnérables inscrits	Total†
GMF	916	343	1259
GMF-réseau	707	283	990
Clinique privée	587	304	891
Clinique-réseau	416	194	610
CLSC-GMF	326	127	453
UMF-GMF	334	104	438
UMF	168	70	238
CLSC	203	101	304
CLSC-réseau	158	74	232
<b>Total</b>	<b>795</b>	<b>325</b>	<b>1120</b>

\* Un médecin qui exerce à la fois en GMF et en CLSC compte pour un dans chacun de ces lieux. Pour ce même médecin, les patients inscrits en GMF sont rattachés au GMF et ceux qui sont inscrits au CLSC, le sont au CLSC. † Ce nombre total n'est pas pondéré (visites à domicile et accouchements).

la plus grande prise en charge de patients puisque ces groupes bénéficient du soutien d'infirmières de GMF, préluce nécessaire à une pratique partagée.

Toutefois, malgré une organisation qui apporte un soutien relatif aux médecins, la cible théorique de 1500 patients inscrits n'est pas atteinte.

La clinique privée est le modèle de pratique qui était le plus populaire jusqu'à tout récemment. Cependant, l'avènement des GMF a fait en sorte que plusieurs médecins ont délaissé le cabinet privé pour joindre ou former un GMF. Ainsi, les médecins en clinique privée se classent au troisième rang, ce qui est d'autant plus appréciable qu'ils ne reçoivent pas, règle générale, l'aide d'une infirmière. La clinique privée demeure donc un incontournable et un partenaire précieux dans la prise en charge et le suivi des patients.

La moyenne plus faible de patients inscrits dans les cliniques-réseau s'explique par l'obligation qu'ont ces cliniques d'offrir des services de consultation sans rendez-vous à la population. En ne considérant que les médecins qui ont 100 patients inscrits et plus, soit ceux qui participent à la prise en charge et au suivi de patients, la moyenne grimpe à 915 patients inscrits par médecin.

Les UMF et les CLSC affichent un nombre de beaucoup inférieur. La supervision d'étudiants et le mode de rémunération contribuent à expliquer cet écart. Il importe de préciser que les types de milieux de pratique en première ligne ne sont pas homogènes. Ainsi, quelques CLSC-GMF ont un type de pratique qui, nonobstant les modes de rémunération différents, se rapproche d'une pratique en GMF.

À la lumière des données du *tableau*, le nombre moyen de patients inscrits par médecin est loin de la cible de 1500 patients. Évidemment, comme 40 % des activités des médecins se font en deuxième ligne, la disponibilité pour la prise en charge et le suivi de patients est réduite d'autant. Pourtant, cette polyvalence des omnipraticiens, qui est encouragée dans notre système de santé et qui est tout à fait méritoire, a des effets sur l'accessibilité en première ligne qui doivent être pleinement reconnus.

### **L'équipe traitante : la voie d'avenir**

La pénurie de médecins de famille au Québec devrait perdurer encore plusieurs années. Parallèlement, certaines particularités, comme le vieillissement de la population, des patients plus malades, etc., font en

sorte qu'il est difficile pour le médecin d'assurer seul la prise en charge des patients. C'est pourquoi il faut désormais développer la pratique de groupe et la mise sur pied d'une équipe traitante qui assurera conjointement la prise en charge des patients. Pour de nombreux auteurs<sup>1-3</sup>, la prise en charge des patients doit être faite par une équipe de soins (médecin, infirmière, psychologue, etc.) plutôt que par le seul médecin<sup>3</sup>. Selon Ghorob et coll., il faut « promouvoir la création d'équipes de soins primaires qui répartit la responsabilité des soins aux patients entre des membres de plusieurs professions, permettant au médecin d'assurer une charge de travail raisonnable et d'avoir un nombre de patients inscrits considérables<sup>3</sup> ». Bref, il faut moderniser la pratique médicale actuelle et l'amener vers l'équipe soignante au sein de laquelle le médecin est le pivot et où prévaut un réel partage des tâches. Il faut, en fait, passer du « je » au « nous ».

Le nombre de patients en première ligne et le manque de médecins sont deux raisons qui, ensemble, expliquent que les médecins ne peuvent tout faire. « Sans une équipe, le médecin de première ligne aurait besoin de 18 heures par jour pour offrir des soins à 2500 patients et faire de la prévention<sup>3</sup> ». Puisque les médecins ne peuvent tout faire seuls, la nécessité d'une équipe s'impose.

La pratique interdisciplinaire n'est pas bien établie au Québec. Elle s'avère toutefois inévitable et essentielle afin de faire face au plus grand défi de la médecine de première ligne : l'accessibilité des services. Une équipe traitante, ayant en son centre le médecin, est la voie privilégiée afin d'offrir une accessibilité accrue. Le nombre de patients inscrits par l'équipe soignante dépassera ainsi largement les 1500 patients ! 📞

---

## **Bibliographie**

1. Altschuler J, Margolius D, Bodenheimer T et coll. Estimating a reasonable patient panel size for primary care physicians with team-based task delegation. *Ann Fam Med* 2012 ; 10 (5) : 396-400.
2. Margolius D, Wong J, Goldman ML et coll. Delegating responsibility from clinicians to nonprofessional personnel: the example of hypertension control. *J Am Board Fam Med* 2012 ; 25 (2) : 209-15.
3. Ghorob A, Bodenheimer T. Share the Care: building teams in primary care practices. *J Am Board Fam Med* 2012 ; 25 (2) : 143-5.