

Il faut préserver le projet médical en CLSC



Le 18 décembre dernier, l'Assemblée nationale a sanctionné le projet de loi 25 qui remplace les régies régionales par les Agences régionales de développement des réseaux locaux de santé. Au cours des dernières semaines, le Ministère a précisé ses intentions et son échéancier quant à la mise sur pied de ce vaste projet qui veut intégrer davantage les services. Dans cette foulée, la nouvelle agence de développement de Montréal-Centre a soumis en consultation les balises et critères sur lesquels devraient reposer les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal. Rappelons que la Loi 25 impose la fusion de divers établissements d'un territoire (CLSC, CHSLD, CHSGS). Ces établissements fusionnés deviendront l'instance locale responsable de fournir à la population de son territoire les services généraux et spécifiques requis. L'instance locale devra non seulement fournir elle-même ces services, mais s'associer de diverses manières avec d'autres organismes privés ou publics pour garantir au patient qu'il recevra tous les services requis. L'ensemble de ces éléments formerait le réseau local de services.

Un brassage précipité des structures

À la lecture de ces documents, les inquiétudes qu'avait exprimées la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) en Commission parlementaire sur l'étude du projet de loi 25 sont tout aussi vives.

Nul ne contestera l'importance de mieux intégrer les services et de faciliter le cheminement du patient dans les divers niveaux de soins que pourrait exiger son état. Mais sous ce noble objectif, le Ministère s'apprête à faire subir au réseau un important brassage de structures qui précède plutôt qu'il ne suit la mise en place d'un plan d'organisation clinique. Les consensus nécessaires à la réussite de ce projet afin d'atteindre les objectifs visés ne semblent pas la priorité du Ministère. Les dernières réformes nous ont pourtant montré qu'il s'agit de la première condition gagnante. L'échéancier proposé est très court et ne permettra pas les consultations requises, surtout dans un grand milieu comme celui de Montréal.

La mission de première ligne : une priorité

La mission de première ligne doit être une des premières priorités de ces nouvelles instances locales. Ces dernières incluant un centre hospitalier d'envergure pourraient favoriser une approche hospitalocentriste qui occulte les priorités relatives à l'ensemble des services de première ligne. C'est un danger que nous avons souligné en Commission parlementaire,

sans nier l'importance qu'il faut accorder à l'accessibilité des services qui relèvent des centres hospitaliers. Plusieurs des problèmes auxquels font face nos hôpitaux, particulièrement à l'urgence, sont liés à l'inaccessibilité des ressources de première ligne dans la communauté.

Les soins médicaux généraux dispensés par les omnipraticiens occupent une place prépondérante dans la gamme des services de première ligne. Et pourtant, le projet du Ministère, tout comme celui de l'Agence de développement de Montréal, est très flou à ce sujet. Il est bien mentionné qu'il devra y avoir, par l'intermédiaire du Département régionale de médecine générale (DRMG), « la définition d'ententes et de mécanismes de collaboration entre une instance locale et les cabinets de médecin », mais les documents soumis à la consultation sont très imprécis. Ils sont davantage silencieux sur la place qu'occuperont les omnipraticiens qui exercent actuellement dans les CLSC. Ces établissements perdront leur identité propre et deviendront partie de l'instance locale. Qu'advient-il de la pratique des 1777 omnipraticiens qui y exercent? Veut-on la confiner à certains programmes s'adressant à des clientèles spécifiques?

La médecine familiale en CLSC

La FMOQ a souvent plaidé l'importance de maintenir des services de médecine familiale dans les CLSC. Ces établissements ont créé plusieurs programmes spécifiques pour des

clientèles vulnérables et prioritaires qui exigent une approche pluridisciplinaire difficilement accessible dans des cliniques et des cabinets privés. C'est un mandat essentiel et qui doit être maintenu. Il est aussi normal que des omnipraticiens soient membres des équipes affectées à ces programmes puisque cette clientèle exige des soins qui relèvent de la compétence d'un médecin. Toutefois, l'activité des omnipraticiens en CLSC ne doit pas être confinée aux seuls programmes spécifiques, comme ce fut trop souvent le cas dans plusieurs CLSC, surtout en milieu urbain.

Au début des années 1990, l'Association des médecins de CLSC du Québec (AMCLSCQ) constatait les limites d'une approche à l'aide de programmes orientés vers des clientèles spécifiques, par groupes d'âge ou par catégories de problèmes. Ce mode d'organisation comportait de nombreuses lacunes : manque de continuité d'un groupe d'âge à l'autre, manque de globalité dans l'approche des personnes malades (limitée à certaines problématiques de santé) et sous-utilisation de l'expertise des omnipraticiens qui sont d'abord des médecins de famille.

Tout en reconnaissant l'importance d'une participation médicale aux programmes spécifiques, l'Association a proposé un nouveau modèle de pratique qui alliait des activités de médecine familiale auprès de la population du territoire et une participation aux programmes du CLSC. La FMOQ et d'autres partenaires du réseau, le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, ont adhéré au projet intitulé : « Le projet médical en CLSC ». Actuellement, ce mode de pratique est bien implanté dans la plupart des CLSC du Québec. Les médecins de CLSC comptent pour près de 20 % des effectifs médicaux en première ligne, calculé en équivalents temps plein. Le double rôle des médecins de CLSC, à la fois médecins de famille et membres d'une équipe multidisciplinaire, doit être préservé au sein des nouvelles instances de santé, d'abord et avant tout pour le bénéfice des personnes qu'ils prennent en charge et qu'ils suivent.

Par ailleurs, la FMOQ et l'AMCLSCQ constatent que certains CLSC ne donnent pas à leurs médecins tout le soutien administratif nécessaire à l'exercice de leur profession. La Fédération espère que les nouvelles instances locales corrigeront cette situation pour assurer aux omnipraticiens qui y exercent les ressources dont ils ont besoin. ☸

Le président, Renald Dutil, m. d.

Montréal, le 2 février 2004

Communiqués de presse et autres documents

- **Communiqué du président de la FMOQ** – Avis de nomination ou de renouvellement et attestation du médecin – 20 janvier 2004
- **Bulletin de nouvelles de la FMOQ** – Les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) – Vol. 24, n° 1, janvier 2004
- Lettre du D^r Renald Dutil à l'attention de tous les médecins omnipraticiens du Québec – 5 janvier 2004
- Mémoire à la Commission parlementaire des affaires sociales relativement au projet de loi n° 25 – « Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux » – 2 décembre 2003
- **Communiqué de presse** – La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec recommande des modifications substantielles au projet de loi 25 – 2 décembre 2003
- **Bulletin de nouvelles de la FMOQ** – La nouvelle entente particulière sur les activités médicales particulières est en vigueur ! – Vol. 23, n° 4, novembre 2003
- **Communiqué de presse** – Projet de loi 25 : La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'inquiète de la place des soins de première ligne au sein des nouveaux réseaux de la santé – 11 novembre 2003
- **Communiqué de presse** – La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec propose son soutien à l'établissement d'un campus offrant un programme d'études prédoctorales en médecine à Trois-Rivières – 4 novembre 2003
- Guide pratique à l'intention des médecins – Grossesse et adoption : congés prévus aux ententes
- **Bulletin de nouvelles de la FMOQ** – Activités médicales particulières – Les négociations se poursuivent – Vol. 23, n° 3, septembre 2003
- Des omnipraticiens à la grandeur du Québec : évolution des effectifs et des profils de pratique – Juillet 2003
- **Lettre** – Nouvelle entente sur les activités médicales particulières (AMP) : les médecins ne seront pas tenus d'adhérer dès le 1^{er} septembre 2003 – 14 juillet 2003