

Les guichets d'accès aux clientèles sans médecin de famille

Des mécanismes d'orientation fort divergents au Québec

Mylaine Breton PhD MBA Jacques Ricard MD MSc Nathalie Walter PhD

L'accès à un médecin de famille est un dossier politique et un sujet d'actualité très présent. De fait, près de 16% des Canadiens déclarent ne pas avoir de médecin de famille¹. Parmi eux, près de 5% affirment avoir été incapables de trouver un médecin de famille, alors qu'ils désiraient en obtenir un². Le nombre considérable de patients sans médecin de famille constitue donc une problématique de première importance. En réponse à ce besoin, des registres de «patients orphelins» ont été créés³ dans le but de mieux coordonner les ressources médicales. Ces registres sont nés notamment en Ontario (*Health Care Connect*), en Alberta (*Primary Care Initiative*) et au Québec (guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille).

Peu importe le nom qu'ils portent, ces guichets d'accès ont pour but de centraliser la réception et le traitement des demandes de recherche d'un médecin de famille. Or, l'implantation de ces mécanismes d'orientation est très variable au Canada. Cette situation est particulièrement vraie au Québec, où les modes de fonctionnement sont grandement tributaires des orientations locales en matière de mode de fonctionnement. Nous décrivons ici l'exemple des guichets d'accès pour la clientèle orpheline (GACO) implantées au Québec pour montrer qu'une trop grande souplesse dans la mise en place de ces mécanismes d'orientation entraîne une grande variation dans les services offerts; ultimement, cela conduit à une iniquité pour la clientèle en attente d'un médecin de famille. Nous montrerons que sans balises claires, certains GACO ont des modes de fonctionnement peu efficaces.

Une formule pour la clientèle sans médecin de famille

Afin de favoriser l'accès à un médecin de famille, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) prennent la décision conjointe, en 2008, d'implanter 95 GACO. L'objectif de ces guichets développés à l'échelle du Québec est de faciliter l'accès de la population d'un territoire local à un médecin de famille, selon une échelle de priorisation clinique et selon la disponibilité des effectifs médicaux. Toutefois, l'entente conclue entre le MSSS et la FMOQ propose peu de balises pour l'implantation; elle laisse beaucoup de souplesse au niveau local pour déterminer les modes

de fonctionnement des GACO et les ressources allouées. Un coordonnateur médical local est nommé pour aider au fonctionnement de chacun des GACO implantés. Ce coordonnateur est un médecin de famille qui relève de la table locale du département régional de médecine générale et est rémunéré pour cette tâche. De plus, les médecins qui acceptent de prendre en charge des patients sans médecin de famille, via les GACO, ont tous droit aux mêmes incitatifs financiers négociés par la FMOQ. Ils reçoivent un montant forfaitaire calculé selon le niveau de vulnérabilité du patient pris en charge, soit 100\$ pour chaque patient non vulnérable et 200\$ pour un patient vulnérable, c'est-à-dire, présentant l'un des 14 codes de vulnérabilité définis par la Régie de l'assurance maladie du Québec (p. ex., diabète, maladie pulmonaire obstructive chronique, problème de santé mentale).

Il existe d'énormes disparités dans l'implantation des différents GACO au Québec. Comme premier exemple, le profil des clientèles inscrites dans les guichets n'est pas homogène, puisqu'il n'existe pas de critères uniformes d'inclusion ou d'exclusion. Certains GACO inscrivent seulement les clientèles jugées vulnérables et prioritaires, tandis que d'autres inscrivent toutes les clientèles peu importe leur état de santé. Cette divergence d'intégration de la clientèle entraîne une iniquité d'accès entre les différents GACO. En effet, comment concilier une couverture populationnelle adéquate tout en priorisant les clientèles vulnérables, dans un contexte de pénurie de ressources médicales? Et, une fois les patients inscrits sur une liste centralisée, comment gérer les attentes légitimes créés par cette inscription, d'autant plus que le délai de référence à un médecin de famille pour ces patients est souvent extrêmement long?

L'inscription des femmes enceintes pour un suivi de grossesse est également une pratique très variable. Certains GACO priorisent cette clientèle, tandis que d'autres ne traitent pas ces demandes de manière particulière. Les femmes enceintes requièrent un suivi étroit de la part d'un médecin sur une courte période et seulement certains médecins de famille souhaitent réaliser des suivis de grossesse, voire même se spécialisent dans cette pratique. Tenant compte de ces faits, est-ce que les GACO devraient prioriser les femmes enceintes pour les orienter vers une prise en charge efficace, quoique souvent temporaire? Idéalement, les femmes enceintes devraient être en mesure de trouver un médecin de famille qui accepte d'assurer leur suivi à long terme, incluant celui de leur bébé.

This article is also in English on page 921.


Les rôles exercés par l'infirmière au sein du GACO sont eux aussi fort variables. Ils se limitent à la documentation de l'état de santé du patient dans certains GACO, alors qu'ils s'étendent ailleurs à l'initiation des examens diagnostics et du traitement, par le biais d'ordonnances collectives, avant même que le patient soit référé à un médecin de famille. Même s'il s'agit d'une pratique exceptionnelle, certains GACO intègrent une infirmière praticienne spécialisée en première ligne afin de lui permettre un rôle beaucoup plus large.

La participation des médecins de famille aux GACO est, elle aussi, très variable d'un territoire à l'autre. Comment susciter la participation des médecins de famille sans les surcharger davantage, dans un contexte où de moins en moins de médecins souhaitent assumer une prise en charge des clientèles? Or, l'un des phénomènes de plus en plus observés dans certains GACO est celui de «l'autoréférence», lorsque le médecin de famille inscrit lui-même un patient qu'il accepte de prendre en charge. Est-ce la finalité des guichets d'accès? Cette stratégie court-circuite l'idée initiale des GACO, qui est d'orienter les patients orphelins inscrits sur une liste centralisée selon un ordre de priorité clinique défini par une évaluation infirmière de l'état de santé du patient. Certains GACO affirment qu'il faut prendre toutes les offres, aussi minimales soient-elles, comme la participation des médecins par des autoréférences. D'autres proposent des négociations plus serrées avec les médecins de famille entre le fait d'accepter l'autoréférence et l'acceptation de patients via le GACO. D'autres réflexions sont en cours pour favoriser l'implication des médecins de famille dans la prise en charge de patients orphelins via le GACO, réflexions basées par exemple sur l'examen des ratios de priorités cliniques évalués par l'infirmière ou encore, des proportions entre patients vulnérables et non vulnérables. Encore une fois, des discordances existent entre le fait d'encourager une participation volontaire sans contrainte administrative et la nécessité d'établir certains critères pour orienter la participation des médecins de famille aux GACO. Pour notre part, nous croyons que les GACO devraient baliser la participation des médecins de famille, en leur demandant notamment de prendre un nombre minimal des patients vulnérables et prioritaires inscrits aux GACO.

Enfin, certains GACO soutiennent la gestion des patients qui relèvent de médecins prenant leur retraite. Toutefois, les stratégies d'accompagnement de ces départs varient elles aussi. Il arrive qu'un médecin de famille proche de la retraite se désresponsabilise des actions de suivi de sa clientèle et demande à tous ses patients de s'inscrire aux GACO. Or, si les GACO représentent un mécanisme d'orientation intéressant pour aider les médecins qui partent à la retraite, nous croyons que des démarches minimales doivent être entreprises par le médecin concerné, tel que spécifié par son code de déontologie. Ainsi, référer certains patients à ses collègues est

préférable au fait de «déverser» l'ensemble de sa clientèle au niveau des GACO. La référence de la clientèle complète d'un médecin aux GACO devrait être réservée à des situations exceptionnelles, comme le décès d'un médecin.

Conclusion

Plusieurs travaux de recherche ont montré les bénéfices qu'apporte aux patients une prise en charge par un médecin de famille: traitements précoces⁴, davantage d'interventions préventives (p. ex., suivi pression artérielle, mammographie, test Papanicolaou), de meilleurs résultats de santé⁵ et une meilleure gestion des maladies chroniques⁶⁻⁸. Afin d'orienter les patients sans médecin de famille et de mieux coordonner les ressources médicales disponibles, des guichets d'accès centralisés ont été implantés dans certaines provinces canadiennes. Nous pensons que ces différents mécanismes d'orientation sont une excellente stratégie pour aider les patients à se trouver un médecin qui assure leur prise en charge sur une base continue. L'implantation des 95 GACO au Québec a montré cependant que de grandes divergences peuvent exister lorsqu'il manque des balises pour orienter leur développement, créant ainsi une grande disparité dans les modes de fonctionnement. Or, un cadre de référence devrait être proposé prochainement par le MSSS pour orienter l'implantation des GACO. Nous espérons que ce cadre sera l'occasion pour plusieurs GACO de revoir leur fonctionnement, ce qui permettra d'harmoniser l'offre de services des GACO sur l'ensemble du territoire québécois. 

D^{re} Breton est professeure adjointe au Département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Sherbrooke au Québec. **D^r Ricard** a travaillé pendant de nombreuses années comme médecin de famille et il est actuellement directeur des affaires médicales, universitaires et des partenariats professionnels à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie au Québec. **D^{re} Walter** travaille au centre de recherche de l'Hôpital Charles-Lemoyne à Greenfield Park, au Québec, à titre d'adjointe à la direction de la recherche pour les affaires scientifiques.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^{re} Mylaine Breton, Université de Sherbrooke, Sciences de la santé communautaire, Centre de recherche, Hôpital Charles-Lemoyne, 3120, boul. Taschereau, Greenfield Park, QC J4V 2H1; téléphone 450 466-5000, poste 3327; télécopieur 450 670-4135; courriel mylaine.breton@usherbrooke.ca

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles sont sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

- Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Davis K, Zapert K et collab. Primary care and health system performance: adults' experiences in five countries. *Health Aff* (Millwood) 2004;23(Suppl Web Exclusives):W4-487-503.
- Statistique Canada [site web]. *Indicateurs de mieux-être au Canada*. Ottawa, ON: Statistique Canada; 2005. Accessible à: www4.hrsdc.gc.ca/.3ndic.1t.4r@-fra.jsp?iid=9&bw=1. Accédé le 8 mai 2012.
- Le partenariat sur les temps d'attente en soins de première ligne. *L'attente commence ici*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne; 2009. p. 1-29.
- DeVoe JE, Fryer GE, Phillips R, Green L. Receipt of preventive care among adults: insurance status and usual source of care. *Am J Public Health* 2003;93(5):786-91.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83(3):457-502.
- Lambrew JM, DeFriesse GH, Carey TS, Ricketts TC, Biddle AK. The effects of having a regular doctor on access to primary care. *Med Care* 1996;34(2):138-51.
- McIsaac WJ, Fuller-Thomson E, Talbot Y. Does having regular care by a family physician improve preventive care? *Can Fam Physician* 2001;47:70-6.
- Xu KT. Usual source of care in preventive service use: a regular doctor versus a regular site. *Health Serv Res* 2002;37(6):1509-29.