

Cette présentation a été effectuée le 9 décembre 2015, au cours de la journée « La participation des médecins aux réseaux de services : miser sur une étroite collaboration » dans le cadre des 19<sup>es</sup> Journées annuelles de santé publique (JASP 2015). L'ensemble des présentations est disponible sur le site Web des JASP à la section *Archives* au : <http://jasp.inspq.qc.ca>.

# La collaboration: *une utopie dans les circonstances actuelles*

18<sup>e</sup> Journées annuelles de santé publique, *Incontournables*

La participation des médecins aux réseaux de services: miser sur une étroite collaboration

Hôtel Bonaventure, mercredi 9 décembre 2015

Marie-Claude Prémont, ENAP

2

## Des expériences intéressantes, mais surtout de niche et ciblées

- ▶ sur des besoins particularisés
- ▶ par des personnes d'exception (champions)
- ▶ surtout pour des personnes en situations de vulnérabilité *avancée*

M-C Prémont, décembre 2015

3

## Comment passer à l'étape de la généralisation?

- Besoin de plus que le seul sens de la vocation et de l'engagement d'individus
- Le cadre juridique doit y être favorable, ce qui n'est pas le cas
- Déploiement par les cliniques médicales, GMF et C-R où pratiquent les médecins

M-C Prémont, décembre 2015

4

## Quels obstacles identifiés par le récent rapport du VG sur les GMF?

- Pas de différence de prise en charge avec ou sans contrat de GMF en dépit des investissements \$
- Détournement de fonds: fonds versés pour une fin sont utilisés pour une autre (engagement d'infirmières techniciennes au lieu de cliniciennes)
- Des actes mal attribués: vaccination par le médecin: en dépit des amendements législatifs (actes réservés de l'infirmière) et de \$ versé pour le recrutement d'infirmières.

M-C Prémont, décembre 2015

5

## Causes profondes: Les pouvoirs publics se limitent à des outils de type privé pour une mission d'intérêt public

1. Le médecin considéré comme *travailleur autonome*, au statut *sui generis* dans le réseau (*difficile de faire équipe avec qui est hors gabarit*)
2. Le contrat-type (GMF; C-R) sans mécanisme de contrôle

M-C Prémont, décembre 2015

6

## Les contrats et mesures incitatives

- Signature de contrats sans vérifier s'ils répondent aux besoins
- \$ pour inscription, sans vérifier si meilleure prise en charge (dérive de faire passer le patient par le GACO dans le seul but de toucher la prime- Interdiction mène à une baisse de 50% de prise en charge GACO)

M-C Prémont, décembre 2015

7

## Établissements versus cliniques

- « Déshabiller Pierre pour habiller Jacques »
- Délocalisation des professionnels des établissements vers les GMF (« puissant motivateur pour la collaboration des médecins »)
- Simplification administrative des GMF (caveat du VG)- chargé de GMF
- VG: 24% des ressources ont été utilisées pour frais administratifs

M-C Prémont, décembre 2015

8

## Patient

- En contexte SS, le contrat GMF implique une notion *implicite* de « stipulation pour autrui »
- Les bénéficiaires du contrat doivent à terme être non pas le groupe de médecins, mais les patients à qui sont dus les services;

M-C Prémont, décembre 2015

9

## Au nom des patients...

- Or, les bénéfices sont versés aux médecins sans vérification ou suivi à l'effet que les bénéfices se rendent aux patients, ou qu'ils sont utilisés aux fins pour lesquelles ils sont versés;
- Outre les contrôles que devraient exercer le MSSS ou la RAMQ, il faudrait que le patient soit en mesure d'exiger le service. Sinon, son seul recours est l'urgence ou payer (une 2<sup>e</sup> fois) pour un service privé-privé.

M-C Prémont, décembre 2015

10

## Déséquilibre total entre le médecin et le patient



M-C Prémont, décembre 2015

11

## Le patient impuissant

- ▶ Le droit d'accès aux services prévu à l'a 5 L4S ne vaut qu'auprès des établissements et non pas auprès de la clinique
- ▶ Même une fois inscrit à la charge d'un GMF (qui reçoit la rémunération) le patient n'a aucun droit d'accès en temps opportun

M-C Prémont, décembre 2015

12

## La clinique est hors réseau (L4S)

- ▶ La clinique (GMF, CMS) n'est pas visée par la L4S
- ▶ On vide les établissements pour délocaliser les professionnels vers ces unités hors réseau
- ▶ Les programmes seront confiés à ces unités qui ont peu de compte à rendre.
- ▶ La responsabilité populationnelle appartient à qui ne donne pas les services

M-C Prémont, décembre 2015

13

## Une L4S en déshérence...

- ▶ De plus en plus de services sont donnés hors L4S
- ▶ On nous annonce une réforme de la L4S: Attendons les résultats...
- ▶ ... pour l'instant, c'est le monde à l'envers, puisque c'est le réseau qui est en appui aux cliniques, et non pas l'inverse...

M-C Prémont, décembre 2015

14



Nous sommes actuellement enfermés dans une logique où une collaboration à large échelle est difficile à atteindre; à moins d'avoir le courage comme société de repenser les soins de santé dans un réel esprit de service public.

