

LES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE 2.0

Au moment d'écrire ces lignes, une nouvelle version du programme des groupes de médecine de famille est sur le point d'entrer en vigueur, la date prévue étant le 16 novembre 2015.

Serge Dulude

Après plus de dix années d'existence des GMF, il est intéressant de rappeler que ce modèle d'organisation fait suite aux recommandations issues du rapport de la Commission sur les solutions émergentes, surnommée commission Clair.

Ce rapport, rendu public au cours de l'hiver 2000-2001, a suscité de nombreuses discussions animées. Fait rare, les solutions proposées faisaient consensus, mais tout était dans la manière de les actualiser.

Plusieurs organisations et partenaires du réseau y ont mis leur grain de sel. La FMOQ était, quant à elle, aux premières loges de ce grand chantier. Rien d'étonnant, puisque la Fédération avait déjà amorcé une importante réflexion sur la médecine familiale, le rôle du médecin de famille et le travail interprofessionnel.

C'est à cette époque, en 2000, que les DRMG ont vu le jour. Chaque régie régionale a alors procédé à un collège électoral afin d'élire, parmi les médecins de famille de chacune des régions administratives du Québec, les trois membres de chaque comité de direction. Par la suite, les élus ont nommé une douzaine d'omnipraticiens afin de compléter le comité de direction du DRMG. Non seulement les DRMG devaient respecter des paramètres, mais ils devaient surtout trouver les bonnes personnes pour faire partie de l'aventure DRMG. Une fois le comité de direction sur pied, les membres ont dû élire le chef, le chef adjoint et le secrétaire.

Lorsque l'équipe a été constituée, chaque DRMG s'est doté de règlements de régie interne, a formé ses comités de travail lui permettant d'honorer son mandat, notamment en ce qui concerne le plan régional d'organisation

des services de médecine générale (PROS), le plan régional des effectifs médicaux (PREM) et les priorités quant aux activités médicales particulières (AMP).

Parallèlement à ces grands changements administratifs et organisationnels, le MSSS faisait cheminer le modèle des GMF. Une équipe tactique présidée par le **D^r Jean-Guy Émond** avait pour but d'accompagner les décideurs et les médecins intéressés par le projet GMF. Les pressions politiques ont fait en sorte qu'il a fallu plusieurs mois avant que les premiers GMF ne soient accrédités, la résistance étant encore plus importante dans les grands centres. Néanmoins, à ce jour, nous comptons près de 270 GMF auxquels environ 4000 médecins de famille sont affiliés. Ultimement, l'objectif est que tous les médecins de famille faisant de la prise en charge soit membre d'un GMF. Plus de dix ans après l'accréditation des premiers GMF, il était temps de revisiter le projet. Bien que celui-ci ne soit pas conventionné, la FMOQ a participé activement aux discussions avec le MSSS sur ce que devrait être le projet GMF 2.0. Nous parlons ici de pratiquement deux années de discussions qui ont finalement permis de lancer le programme de financement et de soutien professionnel GMF. Voici en quelques lignes ce qu'il en est.

PRINCIPES GÉNÉRAUX

- ▶ L'adhésion volontaire à un programme fait place à la signature d'une convention. Formule plus simple, le tout issu de l'initiative de médecins désirant s'inscrire au programme et former un GMF à la recommandation de leur DRMG.
- ▶ Le degré de financement et de soutien professionnel est désormais établi à partir des inscriptions pondérées réelles et non estimées. L'offre de service doit être complète au moment de la demande d'adhésion.

Le D^r Serge Dulude, omnipraticien, est directeur de la Planification et de la Régionalisation à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

- ▶ Le nombre minimal exigé de patients inscrits après pondération pour être admissible n'est plus de 9000, mais de 6000. En outre, le MSSS a bonifié de façon significative le soutien financier et professionnel des GMF.

OFFRE DE SERVICE

- ▶ L'offre de service doit être en vigueur au moment de l'accréditation.
- ▶ L'offre de service minimal obligatoire à effectuer par le GMF de façon autonome varie selon le nombre de patients inscrits pondérés. Elle s'étend de 52 heures par semaine sur cinq jours pour un GMF de 6000 patients à 68 heures sur sept jours pour un GMF de 18 000 patients et plus.
- ▶ Tout GMF qui n'atteint pas 68 heures en sept jours doit compléter son offre de service par une entente officielle avec un autre GMF, une clinique médicale, une UMF, un CLSC ou l'urgence d'un hôpital. Dans la mesure où l'organisation est fonctionnelle, le GMF peut être composé de plus d'un point de service.
- ▶ Pour les semaines de Noël et du jour de l'An, les GMF peuvent retirer de leur offre de service jusqu'à 24 heures par semaine et au plus une journée complète.

Les GMF situés sur le territoire d'un réseau local de services de 25 000 à 49 999 habitants peuvent réduire leur offre de service de quatre heures par semaine, tandis que ceux qui se trouvent sur un territoire de moins de 25 000 habitants pourront soustraire huit heures à leur semaine. Dans certains cas, cela signifie une journée de moins à couvrir. Notons que malgré ces adaptations, le degré de soutien et de financement est maintenu en ce qui a trait au nombre de patients inscrits pondérés.

RESSOURCES ET FINANCEMENT

- ▶ Le nombre d'infirmières bachelières est bonifié par un ratio de 0,5 infirmière ETP pour 3000 patients inscrits.
- ▶ Le soutien des travailleurs sociaux est établi selon le ratio de 0,25 ETP par tranche de 3000 patients.
- ▶ Le soutien d'autres professionnels repose sur le même ratio que celui des travailleurs sociaux.
- ▶ Un budget pour rémunérer les services d'un pharmacien de quartier est accordé aux GMF pour appuyer l'équipe.
- ▶ Un budget de fonctionnement est alloué aux GMF sous la forme d'une enveloppe globale. Cette formule offre

une plus grande souplesse dans la gestion, tout en permettant de répondre aux réels besoins de fonctionnement, qui peuvent varier d'une année à l'autre pour un même GMF, d'un GMF à l'autre pour un même nombre de patients, mais aussi selon les réalités régionales. Dans ce budget global de fonctionnement sont compris les équipements informatiques (ordinateurs, imprimantes, écrans, liens Internet, câblages, etc.). Rappelons toutefois que le Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques continue de s'appliquer. Ainsi, les médecins en GMF pourront toujours se prévaloir des volets Implantations, Licences, Gestion du changement et Forfait de familiarisation, du moins pour ceux qui y auront adhéré au plus tard le 30 juin 2016.

OBLIGATIONS

- ▶ Respecter la cible d'inscriptions pondérées.
- ▶ Respecter son offre de service autonome et prendre une entente formelle avec un autre milieu afin de compléter l'offre à hauteur de 68 heures sur sept jours.
- ▶ Respecter le taux d'assiduité ciblé pour l'année en cours.
- ▶ Utiliser un DME homologué.

MANQUEMENTS

- ▶ Un GMF ne respectant pas ses obligations s'exposera à des sanctions allant d'une réduction du soutien et du financement à une perte d'accréditation.

ACCOMPAGNEMENT

Afin de s'y retrouver, le document sur le programme de financement et de soutien professionnel des GMF est accessible sur le site Internet de la FMOQ, tout comme les divers formulaires et fiches explicatives. De plus, au sein de chaque CISSS/CIUSSS, un professionnel est responsable du dossier GMF sur son territoire. Les DRMG ainsi que les présidents des associations affiliées à la FMOQ sont bien informés de ce nouveau programme.

Le programme de financement et de soutien professionnel GMF 2.0 est fort intéressant pour les médecins de famille, la médecine familiale, les autres professionnels de la santé et les patients. Il est clair que pour les nouveaux médecins de famille désirant œuvrer en première ligne, le GMF est un incontournable.

Qu'attendez-vous?

Pour de plus amples renseignements, vous pouvez communiquer avec les personnes suivantes à la FMOQ, au 514 878-1911 : Marianne Casavant, mcasavant@fmoq.org ; Pierre Belzile, pbelzile@fmoq.org ; Serge Dulude, sdulude@fmoq.org