

RÉINTÉGRER OU DÉSINTÉGRER LES CLINIQUES JEUNESSE?

Antoine Groulx, MD, MSc, FCMF
Directeur de l'organisation de
services de première ligne intégrés
MSSS

OBJECTIF DE LA PRÉSENTATION

Concevoir autrement les services aux
jeunes en première ligne

PLAN DE PRÉSENTATION

1. Données probantes
 - A. Analyse offre actuelle (CLSC)
 - B. CMF (*patient's medical home*)
 - C. GMF
 - D. Ailleurs (AHRQ)
2. Réflexions
3. Propositions

Données probantes

A. OFFRE DE SERVICE ACTUELLE EN CLSC

RAPPORT MSSS VISITES CLSC 2012

- Visite de 7 CSSS
- Objectifs liés services 1^{re} ligne en CLSC
 - Mieux comprendre organisation services
 - Explorer des pistes pour mieux faire

PRINCIPAUX CONSTATS

- Disparités importantes d'un CLSC à l'autre
 - offre et organisation des services (soutien administratif)
 - volumes de consultations
 - rôle des services de santé de 1^{re} ligne
- 2 écoles de pensée
 - Populationnelle : services à une clientèle inscrite
 - Programme : services à une clientèle spécifique

L'ÉCOLE DU SUCCÈS???

- Le plus de...
 - Satisfaction (MF, professionnels et direction CSSS)
 - Intégration (liens fonctionnels équipes cliniques/programmes)
 - Interprofessionnalisme de proximité
 - Résultats probants (indicateurs de santé et atteinte de résultats)

École populationnelle!
(non, pas l'école programme...)

Données probantes
B. CMF (PATIENTS MEDICAL HOME)

10 PILIERS DES CMF (selon CMFC)

1. Patient au coeur des services
2. Inscription et suivi par un MF
3. Interprofessionnalisme
4. Accès en temps opportun
5. Services intégrés
6. Continuum de soins
7. DME
8. Formation et recherche
9. Évaluation
10. Soutien structurel

Accent patient + intégration
(non, pas très programme...)

Données probantes
C. GMF

GMF : CMF QUÉBÉCOIS

- Modèle probant, et imparfait...
 - 258 GMF sur 631 sites
 - Suivi de clientèle générale inscrite
 - Pratique médicale de groupe
 - Interprofessionnalisme (infirmières et autres)
 - Informatisation

Accent intégration
(non, pas très école programme...)

Données probantes
D. Etats-Unis AHRQ

Meilleurs modèles de SPL

(AHRQ = INESSS américain)

- Pratique intégrée
- Responsabilité populationnelle: incluant la clientèle des programmes !
- Quatuor d'intervenants: médecin, infirmière, TS, pharmacien
- Liens avec les services (réseau, communauté)
- Approche réflexive

Accent intégration
(non, pas très programme...)

RÉFLEXIONS

Devant ces données accablantes :
Pourquoi des programmes???

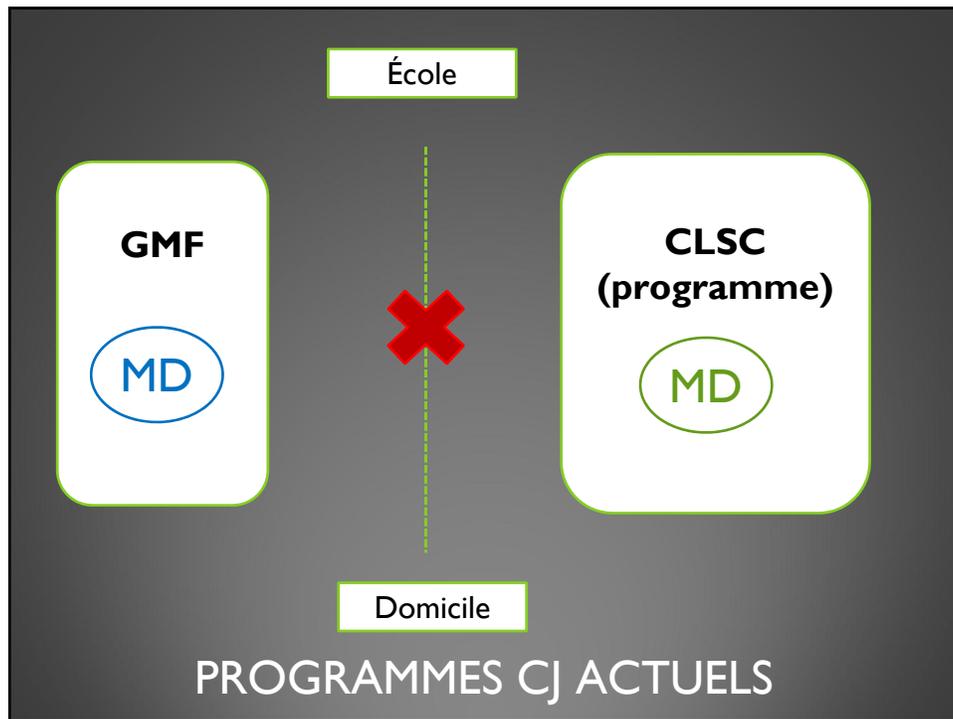
Votre avis?

GÉNÉRALEMENT : USINES À PROGRAMMES

- PROBLÈMES D'ACCÈS GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES (Ex. CJ!)
 - Difficile d'avoir un MF
 - Difficile de voir son MF
- ISOLEMENT DES MF
 - Fuite des CLSC vers cliniques
 - Rejet du Réseau par les médecins
 - Confort mutuel dans l'isolement : médecins autonomes vs CSSS économes...

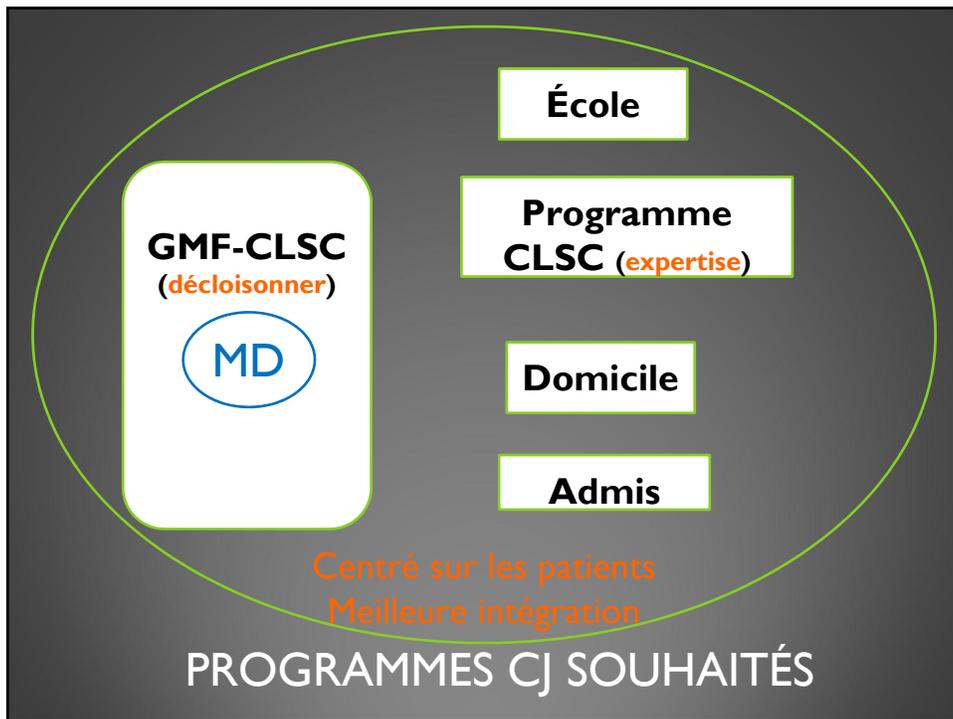
SPÉCIFIQUEMENT : PROGRAMME CJ

- PROBLÈMES D'ACCÈS
 - Jeunes peu mobiles
 - Jeunes captifs des milieux scolaires
 - Peur d'être ostracisés
 - Infidèles à leurs RV
- ISOLEMENT DES MF
 - Pratiques médicales qualité variable + indicateurs inquiétants = CSSS avec nécessité d'intervenir! (sans les médecins – Sauf exception)



PROPOSITIONS CLÉS

1. Revoir fondements et mission des programmes (expertise et meilleures pratiques, transfert de connaissances)
2. *Re-médicaliser et GMFiser* les CLSC (décloisonner relation CSSS-GMF)
3. Centrer les services sur les patients, pas sur les médecins, les professionnels ou les programmes (aller vers les patients!)



RETOUR SUR L'OBJECTIF

Concevoir autrement les services aux jeunes en première ligne et les Cliniques jeunesse...

RÉINTÉGRER ou ~~DÉSINTÉGRER~~

A decorative graphic at the bottom of the slide consists of a green trapezoidal shape pointing downwards, which is partially overlaid by a yellow trapezoidal shape pointing upwards.

MERCI !

QUESTIONS ET RÉFLEXIONS