

PROJET SIPA

LES MÉDECINS ET LE SIPA

PRÉPARÉ PAR CÉLINE BUREAU

JUILLET 1998

1- INTRODUCTION

Le projet de démonstration de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA) se déroule dans deux (2) sites pilotes, de juin 1998 à mars 2000, grâce à une subvention du Fonds d'adaptation des services de santé (FASS) de Santé Canada et avec le soutien de la Régie régionale de Montréal-Centre.

Le SIPA est un mode d'organisation des services aux personnes âgées qui représente une avenue novatrice pour offrir une gamme de services à la clientèle tout en contrôlant les coûts qui y sont associés.

Un des principes directeurs du SIPA est de reposer sur une pratique de première ligne qui intègre les services de santé et les services sociaux en assurant la continuité et la cohérence des actions des différents intervenants, organismes et établissements des réseaux communautaires, hospitalier et d'hébergement.

Le rôle du médecin de famille à l'intérieur du modèle SIPA a été l'objet de nombreuses discussions. Le modèle SIPA veut intégrer pleinement le médecin de famille de cabinet privé dans l'organisation et la dispensation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Favoriser son entière participation comporte certes de nombreux défis mais a l'avantage d'être en continuité avec le mode actuel d'organisation des services médicaux de première ligne.

Ce n'est que par des efforts concertés entre les médecins eux-mêmes, leurs différents regroupements, les sites pilotes, la Régie régionale et le groupe universitaire SIPA que des mécanismes adaptés à la pratique de première ligne et favorisant l'implication du médecin de famille seront mis sur pied.

L'objectif du présent document est de susciter la discussion sur les mécanismes qui peuvent s'avérer les plus prometteurs pour permettre cette implication.

Après un court rappel des éléments de base du SIPA et du contexte de son expérimentation, des précisions sont apportées sur la notion de capitation véhiculée par le modèle SIPA. Par la suite, les rôles respectifs du médecin du SIPA et du médecin de famille et du médecin spécialiste sont énoncés. Ils sont suivis d'une description des éléments ou mécanismes offerts dans le cadre du SIPA au médecin de famille et qui apportent une « valeur ajoutée » à sa pratique.

2- LE SIPA ET SON EXPÉRIMENTATION

Si on le compare à l'organisation actuelle des services, le SIPA vise les objectifs suivants :

- une meilleure intégration et continuité des soins et des services ;
- l'utilisation optimale des ressources en fonction des besoins de la population cible, ce qui passe par la transformation et l'augmentation des services de santé et sociaux de première ligne et des services d'hébergement intermédiaire, et la diminution des admissions à l'hôpital et en CHSLD ;
- l'utilisation plus judicieuse des médicaments ;
- une plus grande satisfaction des dispensateurs de soins et de meilleures relations entre les partenaires cliniques ;
- des coûts (pour l'ensemble des participants du SIPA) inférieurs aux coûts des soins et des services dispensés à un groupe de personnes de niveau fonctionnel comparable.

Le SIPA intègre les différentes sources de financement public et assume la responsabilité financière de l'ensemble des services.

La dynamique que crée l'introduction d'un tel modèle dans le système de santé et de services sociaux est porteuse de grands changements tant au niveau clinique que financier. Une période d'expérimentation s'est avérée une étape essentielle et la Régie régionale a collaboré à une demande de financement avec le Groupe de recherche Université McGill/Université de Montréal en services intégrés aux personnes âgées.

Dans le cadre de l'expérimentation, le modèle clinique sera mis en place à peu près dans son entier alors qu'au niveau financier, la capitation sera seulement simulée. En effet, les sites pilotes auront le budget nécessaire pour les ressources communautaires et d'hébergement intermédiaire mais ils ne paieront pas l'utilisation des autres ressources telles que l'hôpital et CHSLD. Ces coûts seront comptabilisés et les sites recevront un « feedback » de façon régulière.

Deux (2) sites pilotes ont été retenus pour expérimenter le SIPA :

- l'Hôpital St-Joseph de la Providence/CLSC Bordeaux-Cartierville avec ses partenaires l'Hôpital Notre-Dame de la Merci et l'Hôpital du Sacré-Coeur ;
- le CLSC Côte-des-Neiges avec ses partenaires l'Hôpital général juif, l'Hôpital juif de réadaptation, le Centre hospitalier Maimonides et le Centre hospitalier Richardson.

L'évaluation des résultats atteints dans le cadre du projet de démonstration est faite par le groupe de recherche. Elle porte sur quatre thèmes :

- l'appréciation de la qualité de services et des soins offerts ;
- la capacité d'un SIPA de répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie et son impact sur leur santé ;

- les configurations d'utilisation, les coûts et la rentabilité des soins et services médicaux et sociaux, communautaires et institutionnels ;
- l'application du modèle SIPA dans le contexte d'un système public et universel de soins de santé, sa mise en oeuvre, son organisation et ses relations avec les autres établissements d'un réseau.

3- LE SIPA ET LA CAPITATION

La capitation a été ou est à l'étude comme mode de rémunération des médecins de première ligne, mode de rémunération des directions régionales et mode de financement des systèmes de soins intégrés.

Dans le cadre du SIPA, la capitation s'adresse uniquement à la portion des services qui sont offerts à l'intérieur des budgets globaux des établissements du réseau (CHSGS, CHSLD, CLSC).

Une telle application de la notion de capitation est considérée comme amplement appropriée pour soutenir les principes directeurs et les modèles clinique et administratif du SIPA.

4- LES RÔLES DES MÉDECINS

4.1 Le médecin de famille

Le patient recruté pour l'expérimentation du SIPA est encouragé à conserver son médecin de famille. Ce dernier est informé de la participation de son patient, du rôle qu'il aurait à jouer, des bénéfices qu'il pourrait en retirer et de l'importance pour le système de santé de réaliser l'expérimentation avec la participation d'un bon nombre de médecins de famille.

Selon le modèle SIPA, le médecin de famille est appelé à :

- adhérer aux principes du SIPA ;
- assurer le suivi de première ligne de la personne âgée avec le partage de la responsabilité clinique lorsque la personne est hospitalisée ;
- effectuer des visites à domicile, au besoin ;
- transmettre des renseignements médicaux pertinents aux professionnels du réseau, avec l'accord de la personne âgée ;
- travailler en équipe interdisciplinaire et maintenir des liens étroits avec le gestionnaire de cas et l'infirmière ;
- participer au système de garde ;
- respecter les protocoles cliniques de soins et de communication ;
- participer à des activités de formation continue.

4.2 Le médecin du SIPA

Le SIPA prévoit l'embauche de médecins qui auront à assumer des fonctions cliniques et administratives à l'intérieur du site SIPA. Des estimés basés sur l'expérience de médecins de CLSC indiquent qu'un médecin est en mesure d'assurer le suivi d'environ 200 à 250 patients ayant le profil de la clientèle visée par le SIPA . Chaque site SIPA a donc besoin d'embaucher 1 à 2 médecins.

Les rôles de ces médecins sont :

→ pour le volet clinique :

- assurer le suivi de sa propre clientèle comme médecin de famille ;
- agir comme personne ressource auprès des médecins de famille et de l'équipe multidisciplinaire ;
- remplacer le médecin de famille en cas d'urgence ou d'absence de ce dernier ;
- effectuer une prise en charge commune de patients avec le médecin de famille lors d'épisodes de soins plus intensifs ou complexes.

→ pour le volet administratif :

- faciliter les liens avec les consultants et les établissements ;
- participer à l'élaboration et à l'implantation de protocoles de soins ;
- participer à l'organisation d'activités de formation continue ;
- participer aux activités d'évaluation du SIPA ;
- participer à des comités de gestion clinique et administrative.

4.3 Le médecin consultant

Le SIPA prévoit l'accès à des consultants de diverses disciplines. Parmi les médecins spécialistes, deux jouent un rôle important: le gériatre et le psychiatre. Leurs rôles sont :

- offrir des consultations téléphoniques, au bureau, en centre hospitalier ou au domicile ;
- participer à des discussions multidisciplinaires ;
- faciliter l'hospitalisation des patients ;
- participer aux activités de formation continue à titre de personne ressource.

Une présence régulière au SIPA assurera cette participation.

5- Les aspects cruciaux de la participation des médecins de famille

Comparé au mode actuel d'organisation des services médicaux, certains aspects du modèle SIPA sont plus confrontants et exigent ainsi des ajustements importants tant de la part des médecins eux-mêmes que des instances qui les représentent.

Le défi est de trouver des mécanismes de soutien qui sauront bien compenser les exigences supplémentaires.

Parmi ces aspects particulièrement cruciaux, il faut noter :

- la garde spécifique pour la clientèle SIPA (il faut noter ici que les 2 sites expérimentaux pourraient être regroupés pour les services médicaux lors de certaines plages horaires, afin de créer une masse critique de clients qui en fera une modalité d'organisation efficiente) ;
- l'inclusion véritable du médecin dans l'équipe multidisciplinaire dans un esprit d'influence réciproque, principe qui est à la base d'une telle pratique ;
- la rémunération juste du médecin pour les rôles qu'il jouera dans ce nouveau mode d'organisation ;
- la dynamique de « co-management médical » qui devra se développer entre le médecin du SIPA et le médecin de pratique privée ;
- le suivi médical par le médecin de famille de cabinet privé de patients en perte d'autonomie, avec le souci d'accentuer les services de première ligne pour diminuer l'hospitalisation, les visites à l'urgence et l'hébergement.

6- Les mécanismes de « valeur ajoutée » à la pratique du médecin de famille

Soutenir le médecin de famille dans l'accomplissement des rôles qui lui sont confiés dans le modèle SIPA exige toute une série de mécanismes qui touchent à des aspects cliniques et à des aspects organisationnels et de rémunération.

Certains des mécanismes sont sous le contrôle des sites SIPA alors que d'autres sont plutôt sous la juridiction des instances médicales telles le CMDP, la FMOQ, l'AMOM et la Commission médicale régionale.

Chacun de ces groupes, en plus d'être impliqué dans le choix des mécanismes, aura à faire la promotion de ceux qui sont retenus.

Les mécanismes d'ordre clinique:

Le soutien nécessaire à la pratique de médecin de famille en cabinet privé prendra la forme de:

- prise en charge conjointe avec le médecin du SIPA lors de situations qui nécessitent des interventions urgentes ou intensives
- simplification des démarches pour obtenir des services pour ses patients, grâce à l'implication du gestionnaire de cas
- contact direct et rapide avec le gestionnaire de cas et l'infirmière (pagette, cellulaire)
- accessibilité rapide à des consultants
- partage de la garde avec un groupe de médecins qui adhèrent à une même philosophie d'intervention

- garde médicale en collaboration avec une garde infirmière; chaque SIPA offre une accessibilité rapide, 24 heures sur 24, à une intervention infirmière téléphonique ou à domicile. Au besoin, des services d'aide sont mis en place rapidement
- suivi de la clientèle assurée par le médecin du SIPA lors d'absence
- partage de la prise en charge des patients avec l'équipe multidisciplinaire, en particulier le gestionnaire de cas et l'infirmière
- facilitation des liens avec les professionnels hospitaliers lors des hospitalisation grâce aux ententes SIPA-CH
- accessibilité à des sessions d'éducation médicale et interdisciplinaire continue axées sur des besoins de formation spécifiques en rapport avec sa pratique auprès de la clientèle du SIPA

L'équipe professionnelle en 2001-2002**pour 40 usagers SIPA**

Professionnel	Site 1	Site 2
Gestionnaire de cas	1.00	1.00
Ergothérapeute	.14	.10
Physiothérapeute	.11	.14
Diététiste	.06	.08
Travailleur social	.09	.14
Infirmière	.37	.65
Organisateur communautaire	.06	-
Pharmacien	.14	-
Ratio / 40 usagers *	1.97 ETC professionnel	2.11 ETC professionnel
Ratio moyen / 40 usagers	2.04 ETC / 40 usagers	
Ratio / gestionnaire de cas	.97 ETC professionnel complémentaire	1.11 ETC professionnel complémentaire

* Ne tient pas compte des ressources médicales et des services d'aide à domicile