

LE FINANCEMENT DES IPS EN PREMIÈRE LIGNE EST CONTRE-PRODUCTIF

PAR FRANÇOIS-PIERRE GLADU, MD
 FPGMD@YAHOO.FR
 MÉDECIN DE FAMILLE
 PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DES JEUNES MÉDECINS DU QUÉBEC (AJMQ.QC.CA)

LA SOLUTION DE RECHANGE À L'IPS EN PREMIÈRE LIGNE

Cet article fait suite à l'article intitulé « L'IPS en première ligne : sauveuse, mirage ou erreur? », publié dans le plus récent numéro du magazine Santé inc.

Comme les médecins du Royaume-Uni, ce que les médecins de famille d'ici souhaitent, c'est d'être libérés des tâches normalement effectuées par des infirmières (données de base, prise de tension artérielle, immunisation, pansements, téléphones aux patients pour suivi de tests en laboratoire, relance des petits cas, suivi des maladies chroniques par ordonnances collectives, etc.) et de secrétariat (prise de rendez-vous urgents en spécialité, rédaction de rapports, résumés de dossier, etc.) qui monopolisent leur temps. L'article 36 de la Loi 90 permet d'encadrer l'amélioration de la collaboration entre médecins et infirmières. D'ailleurs, le modèle d'organisation de la pratique qui a cours chez les dentistes et les pharmaciens, qui ne sont pas limités par la notion de « lui-même¹ » de la Loi sur l'assurance-maladie, nous paraît très porteur. Pour le même coût qu'une IPS, un cabinet peut embaucher de deux à trois infirmières...

Les médecins de famille veulent pouvoir se concentrer sur le noyau dur de la médecine, soit le diagnostic et le traitement, et assumer le rôle de chef d'orchestre pour lequel ils sont formés. Dans cette optique, le financement des IPS en première ligne est contre-productif, sauf en régions éloignées où l'IPS est une solution de dernier recours. Le tableau ci-contre l'illustre bien.

Les modèles illustrés dans ce tableau représentent des professionnels à l'aube

de la quarantaine et qui se limitent au suivi en cabinet, avec et sans rendez-vous. Les problèmes des patients suivis par l'IPS sont moins complexes que ceux des patients suivis par le médecin de famille. Notons que l'IPS génère plus d'investigations. L'écart de productivité réel est donc ici grandement sous-estimé.



La troisième colonne illustre ce que les revenus de pratique du médecin de famille seraient s'il recevait le même montant par patient suivi que l'IPS. À l'inverse, pour que l'IPS arrive à un coût par patient aussi avantageux que le médecin de famille, son salaire net devrait être ramené à 46 700 \$. Cela correspond à peu près à l'hypothèse de Danton et coll. (1983)² d'un

ratio maximal de 2/7 entre les coûts annuels de pratique de chacun des deux types de professionnels afin de pouvoir dégager des économies. L'efficacité inférieure des IPS vient infirmer les arguments qui sous-tendent le développement de l'IPS en première ligne.

UN LOBBY QUI FAIT TREMBLER

En ce qui a trait à la défense des intérêts de nos patients, nous ne pouvons faire confiance au lobby des IPS. En 2006, elles clamaient qu'elles se sont pas une solution de rechange au médecin et que l'idéal serait qu'elles travaillent en collaboration avec une équipe de médecins³. Quatre ans plus tard, plusieurs dizaines de cliniques d'IPS uniquement ont fait leur apparition en Ontario. Au Québec, l'OIIQ a changé son fusil d'épaule et demande à son tour la pratique autonome sans médecin⁴. Et une fois la boîte de Pandore ouverte...

Le comble, c'est qu'alors que les IPS du Canada devraient, à tout le moins, remplir prioritairement les besoins en régions rurales, comme elles le clamaient il y a dix ans, elles sont seulement 10 % en régions éloignées, contre 25 % pour les médecins de famille du Québec. Et paradoxalement, elles boudent les trois autres spécialités⁵, seule la première ligne leur offrant l'indépendance des médecins, dont l'OIIQ a fait son cheval de bataille unique. Il semble clair qu'il n'y a actuellement pas de pilote dans l'avion!

D'autres questions sont soulevées par l'article 36.1 de la Loi 90. Sachant que le MSSS prévoit déjà qu'il manquera 7000 infirmières d'ici 2015, on peut se demander qui prendra leur relève dans le cas où les infirmières du réseau laisseraient de côté leurs responsabilités pour venir jouer dans les plates-bandes médicales. Cela fait dix ans que la Loi 90 sur le nouveau partage des responsabilités entre les infirmières et les infirmières auxiliaires a été promulguée. Mais ces dernières peinent à assumer leurs responsabilités, tandis que les premières peinent à superviser ces infirmières-auxiliaires, le tout avec beaucoup plus d'instabilité et d'effets adverses pour les patients que l'on aurait pu prévoir. Et advenant que cette situation se corrige avant 20 ans, où va-t-on subitement trouver les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires nécessaires à cette dévolution de rôles?

Trop longtemps laissée de côté par une OIIQ obnubilée par sa promotion démesurée de l'IPS, l'infirmière au chevet du patient est indispensable au bon fonctionnement de nos hôpitaux, mais elle s'est fait démoraliser par une charge de patients grandissante, une organisation du travail rigide (dans le milieu francophone) et par la nécessité de compenser pour l'absence de préposés aux bénéficiaires. Les sommes englouties dans les 500 IPS devraient prioritairement être réorientées vers l'amélioration des conditions de travail des 50 000 infirmières.

PRIMUM NON NOCERE

Finalement, nous ne devons pas oublier les conclusions du Rapport Flexner de 1910 (Fondation Carnegie) et ses recommandations quant au resserrement des normes pour pratiquer la médecine. En 1910, la plupart des prescripteurs américains étaient formés de façon très aléatoire dans des conditions approximatives, ce qui ne les empêchait pas de se prétendre « docteurs en médecine ». Ainsi, beaucoup de « médecins » étaient, à l'origine, des soignants, baptisés « infirmiers », qui avaient acquis leur expérience sur le terrain durant la guerre civile. Avec l'arrivée

des infirmières-praticiennes qui pourront poser des diagnostics avec très peu de formation⁶ (si on la compare à celle des médecins), l'histoire se répète.

Comme professeur il est impressionnant de superviser nos étudiants en médecine, triés sur le volet pour leur capacité d'analyse et de synthèse. Ils intègrent d'abord les connaissances physiopathologiques et les habiletés psychomotrices qui permettent de mener à bien une démarche diagnostique qui conduit à l'élaboration d'un plan d'investigation et de traitement. Ensuite, ils développent une connaissance approfondie de la pharmacologie, des indications, des contre-indications et des effets adverses (et de leur gestion), des solutions de rechange et des controverses des traitements. Sachant cela, il est d'autant plus décevant de voir avec quelle facilité certains veulent, par ignorance, passer outre la sélection des candidats aptes et la formation médicale obligatoire pour devenir apte à prescrire.

La médecine familiale étant déjà fragilisée, on ne peut qu'être hautement préoccupés par les impacts de ce chevauchement des

responsabilités qui est imposé. La médecine familiale a une approche longitudinale et intégrée qui est à la source même de ses bienfaits sur la santé des populations. Il est essentiel de veiller à ce que le Collège des médecins n'ait pas qu'une vision spécialisée de la médecine dans les représentations qui entoureront l'IPS en première ligne. Le Québec a 14 % de plus de médecins par habitant que le reste du Canada⁷, mais l'organisation de la pratique des médecins de famille n'a pas été modernisée. Donnons les outils adéquats (une infirmière par médecin, écarter l'obligation du « lui-même », informatisation, accès au plateau technique) aux médecins de famille et le Québec entier profitera du meilleur retour sur son investissement depuis des décennies.

Nous laissons le mot de la fin à Mme Horrocks: « Le manque de preuve à propos de l'impact économique de la substitution des médecins par des IPS pour les cas mineurs doit être l'objet d'études, sinon des changements seront introduits parce qu'on espère qu'ils soient efficaces bien qu'ils ne le soient pas dans les faits⁸. »

En somme, les IPS ne sont pas la solution à préconiser pour la première ligne parce que les preuves de leur efficacité sont faibles ou nulles dans la littérature; les IPS fragmentent la continuité des soins, doublent les responsabilités et consomment plus de ressources du réseau; au ratio salarial actuel, les IPS coûtent plus cher par patient que les médecins de famille; il faut agir de manière responsable avec des effectifs infirmiers insuffisants en CH; seul un médecin possède l'étendue des connaissances qui est requise pour une prescription efficace; les médecins de famille veulent collaborer plus étroitement avec les infirmières par l'entremise de l'article 36 de la Loi 90 afin de se concentrer sur le diagnostic et le traitement. ☒

Comparatif - Coût du suivi entre un médecin de famille et un IPS			
	IPS	Médecin	À coût/patient égal
Heures travaillées/semaine	33,75	40,3	40,3
Semaines travaillées/année	43,5	45	45
Salaire net (36,25 h/sem.)	76 000 \$	134 964 \$	208 329 \$
Heures supplémentaires	?	26 193 \$	40 431 \$
Taux au-delà de 36,25 h/sem.	150 %	100 %	100 %
Congés fériés	200 %	115 %	115 %
Autres avantages sociaux	15 960 \$	33 843 \$	52 240 \$
En pourcentage	21 %	21 %	21 %
Salaire brut	91 960 \$	195 000 \$	301 000 \$
Frais de cabinet	30 000 \$	65 000 \$	65 000 \$
% du coût total	24,6 %	25,0 %	17,8 %
Coût total pour l'État	121 960 \$	260 000 \$	366 000 \$
Nombre de patients	500	1 500	1 500
Coût horaire	83 \$	143 \$	202 \$
Coût par patient/an	244 \$	173 \$	244 \$

Notes méthodologiques: 1: L'IPS bénéficie de 2 pauses de 15 minutes par jour, ce qui diminue son nombre d'heures de travail de 36,25 h à 33,75 h/semaine. C'est l'équivalent de 3 semaines de travail par année, ou 5,76 % du salaire versé. 2: L'IPS a aussi 9,6 jours de congé de maladie et 20 jours de vacances payés en plus des 13 fériés, ce qui correspond à un autre 16,4 % de son salaire qui est versé en heures non travaillées. 3: Le nombre d'heures et de semaines de travail liées au patient par le médecin de famille sont adaptées du Sondage national des médecins 2007. 4: Le nombre de patients correspond, pour l'IPS, à la norme prévue, et, pour le médecin, au ratio qui prévaut actuellement en considérant 50 % de l'activité clinique en rendez-vous et 2 millions de patients orphelins. 5: Advenant le recours aux heures supplémentaires pour l'IPS, son coût par patient augmentera significativement puisque ces heures sont payées entre 150 et 200 % du tarif horaire habituel.

1 Les médecins, contrairement aux dentistes ou aux pharmaciens, ne peuvent être rémunérés par la RAMQ pour un acte fait par un employé. Cela touche particulièrement l'organisation du travail en cabinet, où les résidents en médecine sont peu présents. 2 Denton F., Gafni A., Spencer B. et coll. [1983]. Potential savings from the adoption of nurse practitioner technology in the canadian health care system, Socio-Econ Plan Sci, vol 17, n° 4, pp. 199-209. 3 Madge Applin, Canadian Nurse Practitioners Initiative. CMAJ, March 28, 2006. 174(7), p.911 4 Reportage d'Enquête, Radio-Canada, 18 novembre 2010. 5 Cardiologie, néonatalogie, néphrologie-dialyse. 6 Actuellement, la formation est comme un mini-externat médical, mais sans les préalables qui permettent aux étudiants en médecine de les intégrer. 7 www.cihi.ca 8 Horrocks, S., Anderson, E., Salisbury, C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ 2002;324:819-23.