

Mémoire présenté à
la commission parlementaire de la santé et services sociaux
dans le cadre des consultations particulières et des auditions publiques du
projet de loi 20

Présenté par



REGROUPEMENT DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS POUR
UNE MÉDECINE ENGAGÉE

Regroupement des médecins Omnipraticiens pour une Médecine Engagée

ROME

Mars 2015

TABLE DES MATIÈRES

I. Introduction	2
A. Une fausse prémisse sur les heures travaillées des médecins	4
B. Les données exactes concernant les heures travaillées des médecins	5
C. Les guichets d'accès ont facilité l'obtention d'un médecin de famille	6
II. L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES DE MÉDECINE FAMILIALE	7
A. Les quotas coercitifs transformeront les patients en numéros	7
B. L'assiduité brime la liberté personnelle du patient et du médecin	9
C. Les AMP contribuent à la pénurie actuelle	9
III. L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE	11
IV. LES MÉDECINS FONT PARTIE DE LA SOLUTION	14
A. La notion d'accessibilité	14
B. Un modèle novateur d'organisation permettra d'augmenter l'accessibilité au sein du réseau	15
C. Les propositions de ROME visant une amélioration durable de l'accessibilité dans le système de santé	16
D. Des solutions stratégiques et globales au problème d'accessibilité aux soins	17
1. Abolition des AMP	18
2. Comité Interdisciplinaire des Pratiques et Services (CIPS)	18
3. GASS (Guichet d'Accès aux Soins et Services) local dans toutes les régions	20
4. Création de CARS (Clinique d'Accès Rapide aux Soins)	23
5. Accueils cliniques	23
6. Collaboration interdisciplinaire	24
7. Autonomie dans la sélection des professionnels	26
8. Accès plus rapide aux spécialistes	26
9. Informatisation des cliniques	27
10. Implantation de l'accès adapté et la place du sans rendez-vous	27
11. Cliniques de suivi de maladies	28
12. Consultations téléphoniques	29
13. Prise en charge personnalisée pour la clientèle âgée grâce à un coordonnateur pivot	29
14. Création d'unité d'hospitalisation à domicile (HAD)	30
15. Apport essentiel des Unités de Médecine Familiale (UMF)	31
16. Création de journées annuelles locales de réflexion sur l'accessibilité	33
17. Importance de la valorisation de la médecine familiale	33
V. PERSPECTIVES D'AVENIR	36
VI. RÉFÉRENCES	37

I. INTRODUCTION

Le ROME est un regroupement spontané, composé majoritairement de médecins omnipraticiens motivés par la volonté d'améliorer l'accès aux soins. Tout en étant offusqué par le manque d'accessibilité à notre système de santé actuel, le ROME est en désaccord avec le projet de loi 20, une loi prétendant favoriser l'accès aux services de médecine familiale et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée. Les constats et les solutions présentées dans ce rapport émergent des multiples assemblées régionales effectuées par le ROME au cours des derniers mois.

Notre regroupement comprend des médecins de famille de toutes les régions du Québec, un sous-comité de spécialistes ainsi qu'un sous-comité d'étudiants et de résidents en médecine. Tous les membres du ROME sont préoccupés par les effets néfastes du projet de loi qui, sous l'apparence d'une augmentation de l'accessibilité, ne fera que désorganiser le réseau de santé actuel. Cette loi aura de multiples effets pervers qui nous éloigneront davantage des réelles solutions visant à donner accès aux Québécois à un médecin de famille et à des soins de santé appropriés.

Les conséquences désastreuses du projet de loi 20 sont prévisibles et largement partagées par l'ensemble des acteurs du système de santé :

- Un exode des médecins de famille vers les cliniques à financement privé ;
- Une diminution du nombre d'étudiants en médecine désirant faire carrière en médecine familiale ;
- Une retraite anticipée des médecins en fin de pratique ;
- Une perte d'expertise des médecins de famille travaillant en cliniques spécialisées telles que VIH/ITSS/jeunesse/sportive/santé mentale/etc. ;
- Une diminution du nombre d'enseignants en médecine familiale, conséquence pouvant mener à la fermeture d'Unités de Médecine Familiale (UMF) formant plus de 200 résidents en médecine familiale par année à travers le Québec ;
- Une augmentation du nombre de consultations en spécialité, la contrainte de temps imposée par les quotas freinant la capacité du médecin de famille à adresser tous les problèmes de santé des patients ;
- Une diminution de l'accès à un médecin de famille pour les clientèles vulnérables malgré les pondérations, puisque la logique de débit se prête mal aux clientèles lourdes ;

- Une explosion de la bureaucratie pour calculer les quotas/pondérations de vulnérabilité/AMF/dérogations. L'argent allant au financement d'une bureaucratie dispendieuse ne pourrait être investi en soins directs à la population ;
- Des risques évidents de découverte hospitalière dans les hôpitaux communautaires où les soins hospitaliers sont assurés par des omnipraticiens ;
- Une augmentation de l'exode vers d'autres provinces (particulièrement au sein du milieu anglophone, parmi les jeunes médecins et ceux des régions limitrophes à l'Ontario et au Nouveau-Brunswick).

Le manque d'accessibilité n'est pas une réalité nouvelle. Celui-ci est la résultante de décisions gouvernementales passées, dont la première est celle des mises à la retraite incitatives dans les années '90. Afin de régler une pénurie de médecins de famille qu'il avait lui-même causée, le gouvernement a ensuite imposé de multiples mesures coercitives aux omnipraticiens, telles les AMP et les PREM qui ont mené à plusieurs effets pervers.

Le manque de médecins en cabinet est également la conséquence d'un sous-investissement chronique en première ligne au profit, entre autres, d'investissements dans de coûteuses infrastructures hospitalières de pointe (CHUM/CUSM).

Nous croyons que le gouvernement a manqué de leadership dans la mise en place de solutions novatrices, dont plusieurs pistes ont été avancées depuis des années par les omnipraticiens du Québec. Un gouvernement responsable aurait tendu l'oreille aux solutions proposées par les médecins et les autres acteurs de terrain, au lieu de toujours utiliser les voies législatives et bureaucratiques afin de mieux "contrôler" les médecins. Le ROME est convaincu que le bâton, déjà utilisé par le passé et encore aujourd'hui par les mesures de coercition gouvernementale, ne parviendra pas à améliorer l'accessibilité.

Par conséquent, il est injustifié de pointer les omnipraticiens comme seuls responsables de la faible accessibilité actuelle aux soins de première ligne. Il existe toutefois des solutions concrètes, ainsi que des modèles inspirants et efficaces afin de parvenir à l'objectif visé.

A. Une fausse prémisse sur les heures travaillées des médecins

Le projet de loi 20 du gouvernement se base majoritairement sur le principe suivant:

Le problème d'accessibilité ne réside pas dans le nombre d'effectifs médicaux, mais plutôt dans le fait que les médecins de famille ne travaillent pas assez et qu'ils ne sont donc pas assez productifs selon les calculs du ministre de la Santé.

Les statistiques avancées par le ministre, soit que “59% des médecins de famille travaillent moins de 175 jours par an pour une moyenne de 117 jours”, sont complètement erronées. Le président de l’AJMQ, le Dr François-Pierre Gladu, l’a bien démontré lors de son passage en commission parlementaire le 24 février 2015.

Voici ce que le ministre a omis de mentionner à la population :

1. Une journée de travail considérée par le ministre doit correspondre à une journée facturée de sept heures minimalement, sans quoi elle ne compte pas du tout.
2. Même lorsque le médecin travaille plus de sept heures par jour, les heures excédentaires ne sont pas comptabilisées. Cette réalité est pourtant fréquente dans plusieurs domaines tels que l’urgence, l’hospitalisation, les soins intensifs et l’obstétrique, dont les journées s’étendent habituellement sur plus de dix heures.
3. Les gardes en disponibilité (soir et nuit) en hospitalisation, soins intensifs, centre d’hébergement, soins palliatifs, obstétrique, etc. ne sont pas comptabilisées dans les heures travaillées des médecins.
4. Les nombreuses heures de présence en réunions médico-administratives telles les comités du CMDP, l’élaboration des ordonnances collectives et protocoles, les comités d’évaluation de l’acte, les réunions de services et autres, ne sont pas considérées comme des heures travaillées.
5. Le temps passé à des tâches clinico-administratives telles que les multiples retours d’appels aux patients, les consultations et échanges téléphoniques avec les autres professionnels ou spécialistes, la rédaction des dossiers complexes, la complétion de formulaires administratifs gouvernementaux ou d’assurances, ainsi que l’analyse de tous les résultats des investigations et des rapports des consultants, n’est pas reconnu comme des heures travaillées puisqu’il n’y a pas de rémunération rattachée.
6. L’enseignement à l’université, rémunéré par cette dernière, n’est pas incluse dans les heures travaillées, de même que toutes les activités pédagogiques non répertoriées au ministère telles que les clubs de lecture et les formations de soins avancés (ACLS, NRP, ATLS, PALS, EDU¹, par exemple).

¹ ACLS: Advanced Cardiac Life Support / NRP : Neonatal Resuscitation Program / ATLS: Advanced Traumatic Life Support / PALS: Pediatric Advanced Life Support / EDU: échographie au Département d’urgence

7. Les heures obligatoires de formation médicale continue (incluant lectures, recherche, congrès, etc.) permettant au médecin de demeurer à jour dans son domaine de pratique ne sont pas comptabilisées.
8. Les congés de maternité et de maladie, les médecins en pré-retraite et les nouveaux médecins terminant leur résidence en juillet qui ne peuvent travailler que six mois sont par contre comptabilisés dans les statistiques : cela diminue nettement la moyenne.
9. Finalement, les 41% des médecins les plus actifs au niveau des actes rémunérés ont été volontairement exclus des statistiques du ministre de la Santé.

B. Les données exactes concernant les heures travaillées des médecins

En réalité, les données de la RAMQ 2013-2014 démontrent une moyenne de 192 jours travaillés par année pour les médecins de famille versus 193 jours par année pour les spécialistes et ce, même en excluant le travail non rémunéré des médecins de famille et les gardes en disponibilité.

Les médecins d'urgence représentent 15% des médecins de famille (versus 1% des spécialistes) et leur nombre total annuel de journées travaillées est moindre considérant l'horaire variable de gardes de jour/soir/nuit. De plus, la lourdeur des responsabilités ne permettent pas un horaire typique; un temps plein à l'urgence équivaut donc à 145 quarts de travail par année, soit un maximum de 4 quarts par semaine.

Compte tenu des particularités des horaires des médecins en établissement, soit un horaire de sept jours de garde 24 heures en hospitalisation, des gardes de 24 heures en obstétrique et en pouponnière, des quarts de travail de plus de huit heures à horaire variable pour la salle d'urgence ainsi que la garde en disponibilité de nuit dans plusieurs secteurs, une pondération est nécessaire pour l'équivalence des journées de travail. **En pondérant pour les demi-journées et les journées de plus de 14 heures pour les groupes ci-haut, la moyenne de jours travaillés correspond plutôt à 247 jours par année. Un chiffre bien loin du "117 jours" martelé par le ministre.**

De plus, le Sondage National des Médecins de 2014, mené par l'Association Médicale Canadienne et le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, démontre que les médecins de famille québécois travaillent de façon similaire aux médecins du reste du Canada. Ils consacrent même plus d'heures de garde en moyenne que certaines provinces canadiennes.

Nombre d'heures semaine selon SNM 2014	Omnipraticiens (sans garde)	Nombre d'heures de garde* par mois selon SNM 2014	Omnipraticiens
Québec	45,18	Québec	109,42
Ontario	47,08	Ontario	92,16
Colombie-Britannique	46,87	Colombie-Britannique	110,17

* La garde correspond aux heures de disponibilité sur appel pour les médecins lors d'une consultation téléphonique et pour les patients en centre hospitalier, en CHSLD, en soins palliatifs, en soins à domicile, etc.

Il est donc faux de répéter que les médecins ne travaillent qu'à temps partiel. Les chiffres bien analysés et pondérés prouvent que les médecins de famille sont aussi performants et productifs que le reste du Canada.

C. Les guichets d'accès ont facilité l'obtention d'un médecin de famille

Depuis les cinq dernières années, plus de 920 000 patients se sont inscrits au GACO (Guichet d'Accès pour la Clientèle Orpheline) et en mars 2014, plus de 638 000 patients étaient pris en charge - dont 281 000 entre juillet 2013 et juin 2014. L'accès à un médecin de famille s'est donc amélioré au cours des dernières années. Toutefois, des facteurs hors du contrôle des médecins omnipraticiens empêchent une efficacité maximale.

À la lumière de ces informations, il est donc faux de prétendre que les mesures incitatives antérieures n'ont rien donné. D'ailleurs aucune donnée scientifique ne supporte une approche coercitive telle que proposée dans le projet de loi 20.

Éléments limitant l'organisation du travail des omnipraticiens
Le manque d'accès rapide aux spécialistes et aux autres professionnels de la santé
L'informatisation déficiente et non uniformisée
L'accessibilité aux plateaux techniques, aux laboratoires et à l'imagerie médicale ainsi qu'à leurs résultats
La complexité grandissante des problèmes de santé où il faut tenir compte des aspects physique, psychologique et social dans la prise en charge du patient
Les pathologies multiples en croissance au sein d'une population vieillissante
La coordination inefficace du réseau avec de multiples paliers décisionnels administratifs contre-productifs

II. L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES DE MÉDECINE FAMILIALE

Pour citer le ministre de la Santé : “ Le projet de loi 10 organise les soins, le projet de loi 20 augmente les soins ”.

Une telle affirmation suscite beaucoup d'interrogations : Est-ce réellement le cas ? En quoi ce projet de loi améliorera concrètement l'accessibilité aux soins? Comment est-il possible de débattre sur un projet de loi nébuleux qui ne précise pas les conditions et les modalités d'application ? Comment dans ce cas permettre une réelle analyse du soi-disant effet d'amélioration de l'accès aux services? Pourquoi le gouvernement réussirait maintenant en imposant encore des mesures coercitives alors qu'elles ont toujours échoué dans le passé ? Pourquoi ne pas inclure une vision à long terme d'accessibilité au sein du projet de loi ?

Le ROME est convaincu que le projet de loi 20 doit être retiré pour mettre sur la table de nouvelles propositions pour l'amélioration de l'accessibilité dans le système de santé québécois.

Toutefois, il nous apparaît important de soulever nos commentaires sur quelques articles du document du projet de loi :

***Section I. Article 3** Le ministre se prévaut du pouvoir d'établir les conditions de pratique des médecins : modalités de suivi de la clientèle, le nombre minimal de patients devant être suivis, le nombre minimal d'heures d'activités médicales, les règles particulières applicables lorsqu'un médecin souhaite exercer dans plus d'une région et surtout le gouvernement peut prévoir toute autre condition qu'un médecin doit respecter afin de satisfaire à ces obligations.*

Des conditions de pratique ne peuvent être imposées unilatéralement par l'État sans une consultation et des discussions avec les médecins. Cette attitude va à l'encontre des principes de démocratie et d'adhésion sociale. Effectivement, les médecins refuseront de se conformer à un projet de loi nébuleux régissant complètement leur mode de pratique et n'explicitant pas concrètement les détails associés. Comme le dit si bien un adage populaire : “le diable est dans les détails”. Tout groupe de travailleurs refuserait que l'État détermine à lui seul, sans aucune négociation, l'ensemble des règles régissant son domaine d'exercice, et les médecins ne font pas exception.

A. Les quotas coercitifs transformeront les patients en numéros

Tous les médecins de famille et spécialistes doivent se conformer à un code de déontologie qui dicte nos devoirs et nos obligations associés à la profession. À cet effet, selon le Code de déontologie des médecins :

Article 2. Le médecin ne peut se soustraire, même indirectement, à une obligation ou à un devoir contenu dans le présent code.

Article 3. Le médecin a le devoir primordial de protéger et de promouvoir la santé et le bien être des individus qu'il sert, tant sur le plan individuel et collectif.

Article 4. Le médecin doit exercer sa profession dans le respect de la vie, de la dignité et de la liberté de la personne.

Article 43. Le médecin doit s'abstenir d'exercer sa profession dans des circonstances où il est susceptible de compromettre la qualité de son exercice ou de ses actes ou la dignité de sa profession.

De ces principes fondamentaux inhérents à l'exercice de notre profession, un médecin sera rappelé à l'ordre et susceptible de sanction lors d'un non-respect du code de déontologie du Collège des Médecins du Québec.

La mise en place de mesures coercitives suggérées par le ministre telles que des quotas minimaux de patients et un nombre minimal de visites quotidiennes implique un changement de pratique des médecins vers une médecine de débit plutôt qu'une médecine de qualité. Effectivement, les clientèles les plus vulnérables (par exemple, les personnes âgées, les personnes atteintes de déficience intellectuelle ou avec des problèmes de santé mentale, la clientèle défavorisée, les patients atteints de multiples pathologies ou souffrant de maladies chroniques) seraient fortement pénalisés par ce type de mesure. Il est définitivement impensable de demander à certains patients peu mobiles de revenir en maintes visites pour répondre aux exigences de quotas et de la cible d'assiduité du ministre. Ces principes inciteraient les médecins à une pratique médicale plus risquée et hasardeuse pour la population avec des cibles irréalistes et inatteignables.

Par conséquent, une médecine de quotas coercitifs encourage une pratique axée sur le volume au détriment de la qualité des soins. De ce fait, le projet de loi 20 va donc à l'encontre de plusieurs articles du Code de déontologie médical.

Les médecins de famille ont été formés pour prodiguer des soins basés sur des valeurs d'humanisme, de compassion, d'empathie et d'écoute; ces dernières expliquent pourquoi une consultation avec un patient ne peut être minutée ou calculée en équivalences. La visite doit répondre aux besoins spécifiques du patient et ce, peu importe le temps nécessaire. Le patient doit demeurer au centre de nos préoccupations et mérite d'être traité dans un cadre respectueux. Subséquemment, ce projet de loi ne tient pas compte de ces considérations particulières et les médecins ne peuvent s'y souscrire sans trahir leurs valeurs profondes et leur conscience professionnelle.

B. L'assiduité brime la liberté personnelle du patient et du médecin

Quant à la contrainte du taux minimal d'assiduité coercitif, il s'agit d'un concept allant à l'encontre du principe de liberté de choix :

***Article 26 - Code de déontologie des médecins :** le médecin doit reconnaître le droit du patient de consulter un confrère, un autre professionnel ou une autre personne compétente. Il ne doit en aucune façon porter atteinte au libre choix exercé par le patient.*

Un patient a le droit d'aller consulter à une clinique de sans rendez-vous à proximité de son lieu de travail ou de sa résidence secondaire pour des raisons personnelles et familiales ainsi que pour des commodités de proximité et de temporalité. En effet, car même s'il accède à un rendez-vous rapide avec son médecin de famille, le patient peut avoir d'autres obligations le menant à préférer consommer son épisode de soins dans une autre clinique. Certains patients plus anxieux ne tolèrent pas une attente de 24-48 heures pour voir leur médecin et rechercheront alors une réassurance immédiate. Or, les médecins de famille ne peuvent être tributaires de la décision d'une tierce personne et être pénalisés pour un choix fondé sur les droits individuels et la liberté des patients.

De plus, les visites à l'urgence et les hospitalisations sont inévitables pour les patients atteints de maladies chroniques ou des pathologies aiguës qui ne peuvent être traitées qu'à l'hôpital. Les codifications du triage ne sont pas un portrait valide de l'adéquation de la visite en salle d'urgence : l'état du patient à un moment ne reflète pas toute la complexité et les raisons inhérentes à son passage en centre hospitalier. Bref, il ne faut pas tomber dans le piège de catégoriser les patients, car ces derniers sont des individus complexes et uniques qui doivent être considérés en conséquence.

C. Les AMP contribuent à la pénurie actuelle

Quant au nombre d'heures d'activités en établissement, nous devons apprendre des décisions antérieures gouvernementales qui ont été prises dans un contexte bien particulier. En 1993, l'imposition des Activités Médicales Particulières (AMP) est née pour répondre à une situation précise qui était le manque d'effectifs dans les hôpitaux. La persistance de cette mesure à travers les années a eu comme répercussion de voir les cabinets progressivement désertés par les médecins; elle a contribué au problème de recrutement d'effectifs en première ligne au fil des ans.

L'abolition des AMP doit être encadrée afin de permettre un équilibre progressif, tout en tenant compte de la situation particulière de chaque région. Cependant, il ne faut pas déshabiller Jacques pour habiller Paul : en

utilisant des méthodes coercitives afin de pousser les médecins de famille à quitter les hôpitaux et les établissements pour aller en cabinet, le gouvernement répéterait en 2015 la même erreur qu'en 1993. Par conséquent, une hiérarchisation et une coordination des soins et services de la première et deuxième ligne sont primordiaux.

Force est de constater que l'abolition progressive des AMP permettrait un rééquilibrage entre les activités en établissement et la première ligne .

III. L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

Le ROME a également des commentaires à émettre par rapport aux articles suivants :

Chapitre II. Section I. Article 10. *Tout médecin spécialiste soumis à une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie et dont la spécialité est visée par règlement du gouvernement doit recevoir en consultation, ailleurs qu'au service d'urgence d'un établissement, un nombre minimal de patients, déterminé par ce règlement, qui ne sont pas des usagers admis dans un centre exploité par un établissement et qui lui sont dirigés par un médecin omnipraticien ou par un autre professionnel de la santé visé par ce règlement.*

Le libellé est imprécis : quelles sont les spécialités visées par ce règlement de consultations minimales? Cette décision devrait au préalable faire l'objet de discussions entre les médecins omnipraticiens et les spécialités dont une problématique d'accès à la deuxième ligne a été notée. Par exemple, certaines spécialités nécessitant une évaluation plus complexe et plus longue, telles la médecine interne et la psychiatrie, ne se conformeraient pas aux obligations du Code de déontologie des médecins si de telles mesures étaient imposées.

Encore une fois, les "proportions et toutes autres modalités prévues par règlement" seront dévoilées à la dernière minute et pourraient être incompatibles avec la réalité. Par exemple, il serait aberrant qu'un chirurgien soit pénalisé parce qu'il n'a pas opéré le patient "X" en moins de 6 mois, alors qu'il est limité par les ressources (salle indisponible, personnel insuffisant, temps opératoire limité). Cette logique s'applique également à plusieurs spécialités dont l'orientation des soins repose sur l'accès à des plateaux techniques qui ne sont pas toujours rapidement disponibles.

La gestion de l'accès aux spécialistes devrait se décider de façon concertée entre la première ligne, la seconde et la troisième ligne en fonction des besoins locaux et des ressources nécessaire pour une région particulière.

Chapitre II. Section I. Article 11. *Tout médecin spécialiste dont la spécialité est visée par le règlement du gouvernement doit assurer la prise en charge et le suivi médical d'usagers admis dans ce centre.*

La médecine familiale est désormais considérée comme une spécialité. Dans la plupart des pays du Commonwealth, la polyvalence de l'omnipraticien lui ouvre de nombreux champs d'exercices dans différents secteurs de la santé.

Les omnipraticiens ont leur place à titre de médecin traitant en établissement dans plusieurs domaines : soins de courte durée, gériatrie active, soins palliatifs, cliniques de pathologies spécialisées, CHSLD, réadaptation, Unités Hospitalières d'enseignement de Médecine Familiale (UHMF), obstétrique, urgence, soins intensifs, etc. L'expertise en deuxième ligne des médecins de famille diminue la fréquence des consultations en spécialité et outille ces derniers au traitement des pathologies aiguës en cabinet, évitant ainsi des visites à l'urgence.

Sortir les médecins de famille des hôpitaux serait définitivement une erreur.

Les généralistes possèdent une vision globale et axée sur la dimension psychosociale, éléments primordiaux des décisions médicales et des plans de traitement. Cette vision se distingue de celle des spécialistes, experts dans un domaine plus restreint. Comme l'a démontré l'exemple d'hôpitaux non universitaires, où les omnipraticiens ont été remplacés par des spécialistes (souvent par un mécanisme de "tour de rôle"), les durées de séjour à l'hôpital se sont allongées et le nombre de consultants impliqués dans l'épisode de soins a été supérieur. Le coût de l'hospitalisation s'en trouve donc augmenté et la qualité des soins affectée. Par conséquent, il est aberrant d'obliger les spécialistes à hospitaliser à leur nom pour maintenir leurs privilèges en établissement.

Il est faux de prétendre, comme le fait le ministre, que les soins hospitaliers sont assurés par des spécialistes ailleurs au Canada : même dans les centres universitaires, les omnipraticiens assurent la majorité des hospitalisations dites générales. Ailleurs au Canada, les patients hospitalisés sont soit pris en charge par leur médecin de famille qui continue de travailler en cabinet (parfois en association avec d'autres médecins d'un même cabinet pour assurer la garde) ou par des omni-hospitalistes. Ces hospitalistes sont d'ailleurs de plus en plus présents pour dispenser des soins au Canada et aux États-Unis, dû à la spécialisation grandissante de la médecine hospitalière. À ce sujet, les modes de rémunérations dans les autres provinces évoluent vers une rémunération mixte, et/ou le salariat pour les omni-hospitalistes qui effectuent des gardes en milieu hospitalier.

La valeur d'un médecin de famille est sous-évaluée à tort par le ministre, car la présence de ces derniers en établissement est définitivement économique pour le système de santé, en plus d'assurer une prise en charge globale du patient et de permettre une continuité de soins plus cohérente avec les soins hors établissement.

Chapitre II. Section I. Article 12. *Tout médecin spécialiste doit assurer au service d'urgence de ce centre, le suivi des demandes de consultation entre 7 et 17 heures à l'intérieur du délai déterminé par règlement du gouvernement.*

Il serait contre-productif de devoir honorer une consultation le matin sans avoir les bilans - souvent disponibles qu'après 8h - pour orienter le diagnostic. De plus, cet article sera difficilement applicable dans certains centres où toutes les consultations demandées la nuit devront être faites rapidement au matin dans le délai prescrit par le ministre. Finalement, la même logique devrait s'appliquer au-delà des consultations et inclure les examens radiologiques et diagnostiques orientant le traitement du leur patient.

Dans l'optique mentionnée précédemment, le libellé de l'article demeure très vaste par son "délai déterminé par règlement du gouvernement". Pour une majorité de spécialités, il sera difficile de se conformer à un délai fixe compte tenu des urgences imprévisibles inhérentes à la profession médicale.

Chapitre IV. article 36 / article 417.5. *Le chef du département régional de médecine générale ne peut occuper un emploi, une charge ou une fonction au sein de la FMOQ ou de toute association qui y est liée ou agir pour leur compte. Il ne peut, en outre, recevoir de celles-ci, directement ou indirectement, une rémunération ou un avantage quelconque.*

Sans modification et clarification, cet article entend que seuls les médecins non impliqués ou retraités, peu au fait des réels enjeux locaux, pourraient appliquer à ce poste. Au contraire, nous croyons qu'un médecin actif et présent aux assemblées de son association comprendrait mieux les problématiques de sa région et aurait les outils pour y remédier en collaboration avec d'autres intervenants du réseau. Cet article constitue un flagrant déni de la démocratie et du droit de représentation.

Chapitre V. Article 39. *Cet article permet au ministre d'exercer son pouvoir absolu sur toutes les dispositions discutées et de faire certaines modifications aux conditions et modalités de rémunération applicables aux médecins permettant d'améliorer l'accessibilité aux services assurés au sens de cette loi et que ces modifications ne peuvent être convenues avec l'organisme représentatif concerné dans un délai qu'il estime acceptable, il peut apporter ces modifications, avec l'approbation du Conseil du trésor.*

La définition du "délai acceptable" demeure encore très floue; ce concept est basé sur la bonne foi du ministre. Toute entente ne devrait pas être modifiée sans un accord avec l'organisme représentatif. Un tel article rend caduque l'existence des fédérations médicales et octroie un pouvoir souverain au ministère de la Santé.

IV. LES MÉDECINS FONT PARTIE DE LA SOLUTION

A. La notion d'accessibilité

Est-ce que pour le gouvernement, l'accessibilité aux soins se résume uniquement à l'accès à un médecin de famille? Si oui, le ministère fait défaut dans son analyse d'un enjeu majeur de grande complexité. Est-il possible d'affirmer que le seul fait d'avoir un médecin de famille garantit à lui seul une augmentation de l'accessibilité des soins? La réponse est évidemment non. Le médecin de famille ne peut résoudre seul tous les problèmes d'accessibilité du réseau; il ne peut donc pas être présenté comme l'unique responsable de ces derniers.

Les médecins de famille ne sont pas le problème, ils font partie de la solution.

La définition d'accessibilité varie en fonction des personnes interpellées et des besoins du moment; d'où l'importance de caractériser cette notion de manière commune et selon un consensus social large.

Le fait qu'une première ligne forte soit gage d'une population en santé n'est plus à démontrer. L'accès à un médecin de famille réduit dramatiquement les coûts des soins; réduction du nombre de consultations en médecine spécialisée, réduction des examens de laboratoire et d'imagerie médicale, diminution des visites à l'urgence et du nombre d'hospitalisations, médecine axée sur la prévention de la santé et des maladies.

Pour le ROME, la finalité d'une politique novatrice sur l'accessibilité doit répondre à quatre principaux objectifs :

1. Augmenter l'accessibilité à des soins de première ligne, qui permet un accès équivalent à la deuxième et à la troisième ligne ;
2. Augmenter la satisfaction de la population tout en répondant aux besoins locaux d'une région ;
3. Augmenter la qualité, la sécurité et la continuité des soins dans un système de santé public fort ;
4. Augmenter l'efficacité et l'efficacités des ressources organisationnelles avec une hiérarchisation et une coordination locale avec un pouvoir décisionnel local en partenariat direct avec les paliers ministériels.

L'atteinte de ces objectifs permettra définitivement de résoudre le problème d'accessibilité en orientant le patient au bon endroit, au bon moment et au bon professionnel de la santé.

B. Un modèle novateur d'organisation permettra d'augmenter l'accessibilité au sein du réseau

Tout nouveau modèle d'organisation de la première ligne visant à améliorer l'accès aux soins doit placer le patient au centre de ses décisions. En effet, une meilleure accessibilité nécessite de répondre aux attentes de la population ainsi que de respecter le droit des Québécois d'avoir accès librement et équitablement à un médecin de famille et à des soins de haute qualité.

Pour que ce modèle fonctionne, il faut une mobilisation et une volonté de tous les acteurs du système de santé, ce qui comprend les patients eux-mêmes. Cette approche nécessite une modification des pratiques des professionnels de la santé, de la culture en santé, et des habitudes de consommation de soins de la population.

La définition des rôles et des responsabilités de chacun - soit les patients, les professionnels de la santé, les administrateurs et le gouvernement - ainsi que l'imputabilité de ces derniers sont nécessaires pour la réalisation et le succès d'un tel changement dans le système de santé.

En analysant les résultats des essais antérieurs de réforme de la santé, force est de constater que les réformes continueront à échouer si elles ne se basent pas sur les fondements suivants: un accès universel, public, efficient, efficace et un continuum de soins reposant sur une compréhension réelle des besoins locaux de la région.

Deux choix s'offrent ainsi à nous :

1. Soit nous participons tous collectivement en nous engageant à régler le problème d'accessibilité globalement;
2. Soit notre inertie devient une partie du problème.

Une réforme ne peut se réaliser sans la participation des médecins qui sont un des piliers fondamentaux de l'organisation des soins. Une réforme doit également inclure les autres professionnels de la santé de même que la population. Un engagement de tous les acteurs est la clé du succès.

C- **Les propositions de ROME visent une amélioration durable de l'accessibilité dans le système de santé**

En se basant sur les principes fondamentaux énoncés ci-haut, **ROME propose de :**

1. **Retirer le PL20**, qui causera une déstabilisation du réseau de la santé, une diminution de l'accessibilité aux soins et une privatisation progressive de ce dernier.
2. **Organiser immédiatement un sommet sur l'accessibilité**, ayant pour objectif la mise en place d'un nouveau modèle d'organisation de soins de première ligne proposé par le ROME et ce, avec la participation de tous les acteurs du réseau de la santé (infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, nutritionnistes, travailleurs sociaux, psychologues, pharmaciens, médecins de famille et spécialistes, administrateurs de la santé, patients, représentants des enseignants universitaires et gouvernement). Ce sommet sera mandaté de produire un plan d'action précis pour l'obtention d'objectifs, et obtenir des résultats à court, moyen et long terme en ce qui a trait à l'accessibilité. Le défi est de taille, mais le ROME est convaincu qu'un sommet favorisera l'échange d'expériences et d'expertises. De plus, une telle initiative permettra des discussions débouchant sur des stratégies et des interventions concrètes avec un engagement de tous les acteurs impliqués (incluant les décideurs du gouvernement).
3. **Établir un programme permanent non-syndical**, tel que l'a fait la Colombie-Britannique en 2002 avec le General Practice Services Committee (GPSC), afin que les médecins de famille aient un mécanisme provincial hors de leur syndicat professionnel, d'orienter les décisions gouvernementales. À ce sujet, les Divisions of Family Practice de la Colombie-Britannique sont un exemple éloquent d'amélioration de l'accessibilité en permettant aux médecins, localement, d'orienter les politiques gouvernementales selon les déterminants socio-économiques locaux.

Le Québec, malgré certaines difficultés d'ordre économique, se doit d'agir face à de multiples problématiques inévitables telles que le vieillissement de la population, l'augmentation de l'espérance de vie, la croissance importante des maladies chroniques et les multi-morbidités (multiples pathologies chez un même patient). Restreindre l'augmentation des coûts du système de santé constitue évidemment un défi, d'où l'importance d'une réforme passant par une réorganisation et une première ligne forte, qui tiendra compte des besoins croissants de santé de la population.

Pour atteindre cet objectif, le pouvoir décisionnel doit être donné aux équipes locales de gestion et non à un pouvoir centralisateur gouvernemental.

Certes, ce type de réforme nécessite une remise en question des pratiques et des concessions pour chacun des groupes impliqués; cependant, aucune solution n'est efficace sans dialogue et sans consensus; les mesures punitives et coercitives ne permettent pas des solutions durables pour la population.

Les experts s'entendent sur le fait que le surdiagnostic et le surtraitement sont dispendieux et n'apportent aucun gain en qualité ni en espérance de vie. Le ROME est d'avis que l'INESSS² devrait obtenir le pouvoir de légiférer sur plusieurs pratiques, en concertation avec les groupes d'experts concernés, afin de diminuer le gaspillage de fonds publics. Par exemple, en 2010 après une révision exhaustive de la littérature médicale, l'INESSS a stipulé que le pantoprazole est équivalent cliniquement aux autres molécules de la même famille plus dispendieuses. Forte de cette analyse, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ne rembourse maintenant plus que cette molécule générique, mesure faisant économiser des millions de dollars chaque année au Trésor public.

Les Québécois et Québécoises ne veulent plus de solutions éphémères. Voulons-nous le statu quo? Ou voulons-nous collectivement participer à une réforme qui permettra d'améliorer la santé des Québécois et Québécoises avec un modèle inspirant ?

D. Des solutions stratégiques et globales au problème d'accessibilité aux soins

Toutes les solutions présentées s'inspirent des thèmes suivants : l'importance d'une première ligne forte, l'implantation du Dossier Médical Électronique (DME) uniformisé, la transposition de professionnels de la santé vers la première ligne pour favoriser les pratiques collaboratives et la place centrale du patient.

Leur mise en place pourrait être progressive. Plusieurs solutions sont applicables à court terme et impliquent peu de coûts (par exemple, l'abolition des AMP et l'implantation de l'accès avancé). Il est vrai toutefois que les autres solutions sont nécessaires pour permettre la pérennité de l'augmentation de l'accessibilité et à l'amélioration des soins aux patients. Un investissement graduel dans ces mesures non coercitives permettra assurément une diminution des coûts sur un moyen et long terme grâce à un virage axé sur la première ligne et l'ambulatoire.

² INESS : Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux

1. Abolition des AMP

Le ROME suggère une abolition progressive des AMP sur un an et demie, afin que les médecins qui désirent pratiquer en première ligne puissent le faire sans contrainte. De plus, ceux qui désirent pratiquer en deuxième ligne ou avoir une pratique mixte pourront continuer à le faire. Une abolition progressive des activités en établissement débiterait par les secteurs moins critiques de chaque région. Ce retrait graduel permettrait d'adapter la diminution tout en visant une élimination complète. *Il n'y aurait pas de nouvelle contrainte* en remplacement des AMP. Toutefois, une surveillance locale des besoins devrait être faite via le CLMF pour éviter les bris de service.

2. Comité Interdisciplinaire des Pratiques et Services (CIPS)

Le système de santé est un écosystème dont les besoins sont changeants. Afin d'être en mesure de répondre aux besoins locaux évolutifs, le ROME est d'avis que le Québec doit se munir d'un mécanisme non syndical, permanent, concerté entre les omnipraticiens et le ministère. Ce programme provincial se nommerait le Comité Interdisciplinaire des Pratiques et Services (CIPS).

Un tel programme existe déjà en Colombie-Britannique, une province dont le système de soins, similaire à celui du Québec, présente de bien meilleurs résultats en terme d'accessibilité aux soins. Il s'agit du *General Practice Services Committee* (GPSC). Bien que le GPSC aie permis la création de multiples programmes novateurs, le ROME est d'avis qu'une de ses initiatives les plus intéressantes pour le Québec sont les *Divisions of Family Practice*.

Le GPSC a été créé en 2002, d'un commun accord entre le gouvernement de la Colombie-Britannique (*Ministry of Health*) et le syndicat représentant les médecins de la province (*Doctors of BC*, anciennement appelé *British Columbia Medical Association*).

Ce comité provincial indépendant est né dans la foulée d'un bras de fer entre le gouvernement et le syndicat professionnel, sur un fond de crise majeure en médecine familiale. Effectivement, au début des années 2000, le Ministère et *Doctors of BC* ont reconnu que la médecine familiale en Colombie-Britannique était proie à de profonds problèmes. À cette époque, les omnipraticiens oeuvrant en cabinet se sentaient isolés, mal rémunérés, dévalorisés et mésestimés. Cette situation s'est transposée par un désintéressement des étudiants en médecine pour la prise en charge. D'ailleurs, selon la Dre Shelley Ross, actuelle présidente du GPSC contactée récemment par le ROME, le programme GPSC "a sauvé la médecine familiale en Colombie-Britannique".

En effet, le GPSC a augmenté l'attrait de la médecine familiale en la rendant plus efficace. Depuis, le nombre d'étudiants choisissant la médecine familiale est en hausse. Les initiatives incluses dans le programme incluent "A GP for Me" (permettant aux patients orphelins de trouver un médecin de famille), le "FP Incentive Program" (un programme d'incitatifs financiers favorisant la prise en charge et une médecine de qualité pour les patients atteints de maladies complexes), un programme pour encourager l'accès adapté, et bien d'autres.

Quant à elle, l'initiative des *Divisions of Family Practice* est ce que bon nombre de médecins de famille oeuvrant en Colombie-Britannique rapportent de plus intéressant. Un équivalent francophone pourrait s'appeler "Comité Local en Médecine Familiale" (CLMF). Ces divisions sont des organismes qui regroupent localement les omnipraticiens pratiquant en établissement et ceux pratiquant en cabinet. Chaque division possède un conseil d'administration qui gère les enveloppes d'incitatifs financiers prises à même l'entente de rémunération syndicale. Plus locales que les DRMG (Départements Régionaux de Médecine Générale) québécoises, ces groupes se forment par ville de taille moyenne, ou par quartier urbain, selon les réalités géographiques et sociologiques. Il existe présentement 34 divisions pour une population de 4,6 millions d'habitants, et d'autres continuent de se former suite aux demandes des omnipraticiens.

Lors des rencontres des *Divisions*, qui ont lieu environ une fois par trimestre, les omnipraticiens d'hôpitaux discutent avec les médecins de cabinet ainsi que des représentants du Ministère. On y règle des problèmes rapidement, et on y échange sur les meilleures façons d'améliorer l'accès selon le contexte socio-démographique local de la population. Les besoins n'étant pas les mêmes pour toutes les localités et quartiers urbains, la C-B a compris que des solutions concrètes ne peuvent être imposées unilatéralement à l'échelle de toute la province.

Le ROME est d'avis que, bien que les DRMG jouent parfois un rôle de coordonnateur, leur mandat régional est trop éloigné des besoins locaux des populations. Cette situation ne leur permet pas d'avoir la flexibilité nécessaire pour gérer rapidement les ressources humaines dans un territoire local. Selon le ROME, des CLMF québécoises seraient une alternative beaucoup plus efficace et flexible pour accélérer des réformes et coordonner des soins médicaux hospitaliers et ambulatoires. Le Québec pourrait facilement encourager, à partir des CMDP des hôpitaux, des cliniques, UMF, CLSC, GMF et CHSLD avoisinant ceux-ci, la création de tels regroupements locaux de médecins omnipraticiens. Après quelques années, ces divisions pourraient remplacer les DRMG, afin d'éviter une augmentation de la bureaucratie et le dédoublement de structure. En fusionnant en une seule structure locale

possédant un contact direct avec le Ministère, les échanges seront plus efficaces et plus performants.

Bref, en 2002, le gouvernement de la C-B a stipulé que la médecine familiale deviendrait non seulement la priorité des investissements à venir, mais qu'une grande portion de ces investissements allait être gérée par les omnipraticiens eux-mêmes, au niveau local. Cette philosophie, vous en conviendrez, est à l'opposé du PL20 et des méthodes de gestion du ministre Barrette, qui ajoute des règles bureaucratiques centralisées de reddition de compte aux effets pervers évidents. Au contraire, l'approche collaborative du gouvernement de la C-B, sans aucun bouleversement de structures, s'est vu mettre la table à un cercle vertueux d'améliorations de son système de santé. Quinze ans plus tard, le modèle de la C-B est aujourd'hui cité en exemple par les autres provinces et par plusieurs experts indépendants en politique de santé.

Le ROME est d'avis qu'efficience, imputabilité et flexibilité ne peuvent exister que si les acteurs locaux ont les pouvoirs d'organiser les soins localement. Nous croyons qu'un programme, inspiré du GPSC et des *Divisions of Family Practice* de la Colombie-Britannique, serait une bonne façon d'y parvenir.

Mandats des Comités Locaux en Médecine Familiale (CLMF)
Coordonner la gestion des changements de pratiques de la présente réforme sur son territoire
Évaluer mensuellement l'implantation et l'impact de ces changements
Suivre mensuellement la liste de patients orphelins du GACO
Rechercher de solutions locales pour les problèmes d'accessibilité de la région
Recruter la main d'oeuvre médicale pour s'assurer de leur distribution
Développer la formation médicale continue en fonction des besoins sur le territoire
Organiser annuellement des journées de réflexion interdisciplinaire sur l'accessibilité par région
Surveiller les statistiques de la main d'oeuvre médicale (CH vs cabinet)
Se coordonner avec les autres acteurs locaux en santé (dentistes, physiothérapeutes, cliniques d'inhalothérapie)

3. GASS (Guichet d'Accès aux Soins et Services) local dans toutes les régions

Aux GACO, s'ajouterait la création d'un nouveau guichet qui permettrait de diriger le patient au bon endroit, au bon moment et avec le bon intervenant. Ce type d'initiative nécessite :

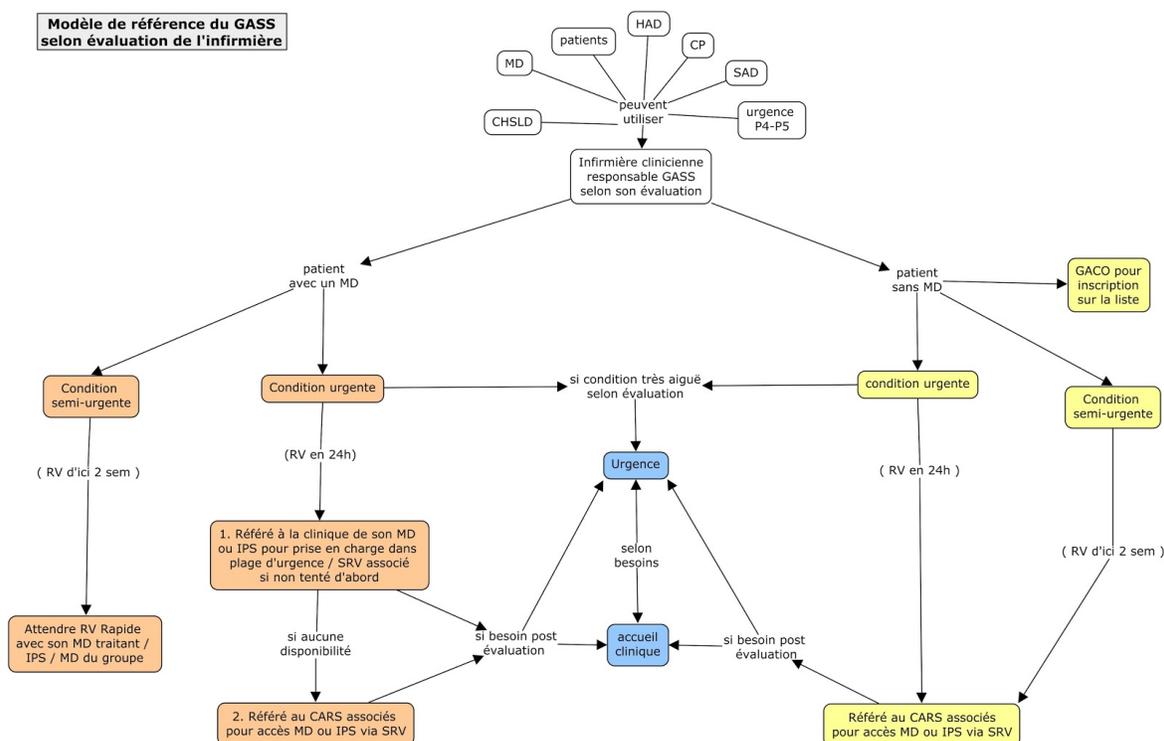
1. La présence d'infirmières cliniciennes avec un support à distance d'un médecin de famille consultant disponible;
2. Une plate-forme informatique permettant de voir les plages de disponibilités de toutes les cliniques du territoire; pour les grandes régions urbaines, une sectorisation par pôle nord/sud/est/ouest;
3. Des corridors d'accès préétablis avec les cliniques d'accès rapide aux soins (CARS), avec les accueils cliniques, les centres hospitaliers ou tout autre établissement de soins pertinent dans l'organisation.

L'infirmière clinicienne responsable, selon sa collecte de données, déciderait si la condition du patient est urgente ou semi-urgente. Par un contact avec un professionnel de la santé, le patient recevrait une éducation et une réassurance permettant d'éviter qu'il se dirige à l'urgence dans les situations où ce n'est pas nécessaire. En effet, ce dernier serait prioritairement dirigé à son médecin de famille (ou groupe associé) s'il n'a pas tenté de prendre un rendez-vous déjà. Sinon, il serait référé à une clinique désignée CARS (Clinique d'Accès Rapide aux Soins).

L'expertise de chacun des professionnels serait mise à contribution et la population devra être informée de cette nouvelle organisation. Le GASS permettrait de prévenir les visites non pertinentes à l'urgence en les orientant dans les cliniques disponibles avec le bon professionnel. Par exemple, un patient dont le diabète est mal contrôlé pourrait être vu par une IPS pour une prise en charge rapide combinée avec un nutritionniste au sein d'une clinique CARS.

Les P4 et P5 déjà triés à l'urgence, dont l'état de santé ne nécessite pas une prise en charge hospitalière selon l'infirmière, pourraient être dirigés automatiquement aux CARS si le patient le désire. La feuille de triage serait envoyée par voie électronique aux CARS. Comme le lien se fait directement de l'urgence via le GASS, le patient serait accueilli rapidement à son arrivée à la clinique.

**Modèle de référence du GASS
selon évaluation de l'infirmière**



* MD: médecins / IPS: infirmières Praticiennes Spécialisées / SAD : Soins à Domicile / HAD : Hôpital à Domicile / CHSLD : Centre d'hébergement et de Soins Longue Durée / CP : Coordonateur Pivotal / RV : Rendez-vous / SRV : Sans-Rendez-vous / CARS: Clinique d'Accès Rapide aux Soins / GACO : Guichet d'accès Clientèle Orpheline / GASS : Guichet d'Accès aux soins et services

L'instauration de tels guichets, cliniques et corridors d'accès est basée sur le principe que le bon patient doit être au bon endroit avec les ressources nécessaires à sa condition. Cette initiative rend le système beaucoup plus efficace, permet de désengorger par le fait même les urgences des cas moins urgents, et évite au patient de subir le froid glacial québécois en attendant le matin devant une clinique afin d'obtenir un rendez-vous.

Mandats du GASS - Guichet d'Accès aux Soins et Services
Référer au GACO pour l'inscription des clientèles orphelines
Diriger le patient au bon endroit et au bon moment selon sa condition en fonction de l'évaluation de l'infirmière clinicienne (secondée par un médecin répondant)
Détenir une plateforme informatique pour avoir une vue d'ensemble sur les plages de disponibilité / non disponibilité sur le territoire
Redistribuer au besoin les P4-P5 du triage de l'urgence dans une clinique appropriée
Établir des corridors d'accès aux CARS, accueil clinique, urgence, établissements de première ligne, etc.

4. **Création de CARS (Clinique d'Accès Rapide aux Soins)**

Les CARS, inspirées des cliniques réseaux tout en étant bonifiées, seraient des super-cliniques ciblées dans une région possédant des plateaux techniques et des corridors de services nécessaires via une entente avec les hôpitaux de la région. Dans ces cliniques se trouveraient des médecins de famille faisant leurs suivis et oeuvrant dans les plages de sans rendez-vous, des spécialistes désignés et des professionnels pour un suivi interdisciplinaire de pathologies particulières. Les ressources des CARS pourraient également servir aux autres établissements de première ligne du territoire (GMF, UMF, CLSC, cabinet privé).

Ces super-cliniques offriraient à tour de rôle des plages de sans rendez-vous; tous les médecins du territoire pourraient être appelés à participer aux horaires de garde de celle-ci. L'accès aux soins serait donc de sept jours sur sept, avec une plage d'ouverture de 12 heures pour la majorité d'entre elles.

Mandats des CARS - Cliniques d'Accès Rapide aux Services
Offrir des plages étendues de SRV : 7 jours sur 7 / 12h par jour
Avoir sur place l'accès aux plateaux techniques rapides, aussi disponibles pour les autres établissements de première ligne du territoire
Avoir sur place des professionnels de la santé en pratique collaborative, aussi disponibles pour les autres établissements de première ligne du territoire
Avoir des spécialistes sur place pour les consultations des différents établissements de première ligne
Être le lieu d'exercice de médecins de famille oeuvrant en suivi de clientèle

5. **Accueils cliniques**

Les accueils cliniques ont déjà commencé à faire leur apparition dans le système de santé québécois durant les dernières années. Il faut continuer à favoriser l'implantation hospitalière de ces protocoles d'investigation établis pour des pathologies ciblées, visant à éviter une consultation double à l'urgence pour un patient qui a déjà consulté en cabinet. Un poste de médecin répondant (omnipraticien ou spécialiste selon la condition) permettrait une communication rapide avec l'infirmière clinicienne en poste. Tout médecin omnipraticien, spécialiste ou IPS dans le système de santé pourra référer son patient à l'accueil clinique.

Exemples de pathologies pouvant être référées au programme d'accueil clinique
Hématurie macroscopique asymptomatique
Lithiase urinaire
Épistaxis récidivant plus de deux fois sur quatre mois
Cellulite nécessitant un antibiotique intraveineux
Accident ischémique transitoire sans syncope depuis de 48 heures
Angine d'effort typique évoluant depuis plus d'un mois
Douleur rétrosternale atypique avec des facteurs de risque
Fibrillation auriculaire depuis plus de 48 heures
Coliques hépatiques récidivantes
Complication post-opératoire en chirurgie/gynécologie/urologie
Anémie ferriprive asymptomatique
Diarrhées persistantes depuis plus de quatre semaines
Thrombophlébite profonde

6. Collaboration interdisciplinaire

Les critères d'admissibilité pour les services publics de physiothérapie, ergothérapie, service social, nutrition, orthophonie et psychologie pour la clientèle du territoire devraient être assouplis. Une prise en charge plus rapide des autres professionnels éviterait des visites récurrentes chez le médecin de famille pour une pathologie nécessitant une approche paramédicale. En effet, plusieurs Québécois sans assurance pour ces services ne peuvent se permettre de consulter au privé. Sur la liste d'attente publique, les demandes provenant des centres non hospitaliers peuvent prendre des mois avant d'être honorées.

Selon un rapport du *United Health Group*, un médecin de famille qui désire répondre à tous les soins recommandés pour un pool de 2000 patients aurait besoin de 17 heures dans sa journée. Il est donc facile de comprendre pourquoi une attribution de ressources professionnelles au sein des établissements de première ligne est nécessaire pour améliorer l'accessibilité, optimiser les soins et offrir des traitements efficaces avec une productivité accrue. Effectivement, de nombreuses études ont démontré que les patients diabétiques ou en processus de perte de poids suivis par des équipes multidisciplinaires ont une plus grande probabilité d'atteindre leurs objectifs.

Les IPS en soins de première ligne sont également des professionnelles de la santé pouvant participer à l'amélioration de l'accessibilité aux soins en partenariat avec les médecins. Elles peuvent offrir des soins à une clientèle ambulatoire très variée en préparant les patients à leur visite médicale et en prescrivant des examens diagnostiques et traitements médicaux pour des problèmes de santé courants et chroniques. Lorsque l'état de santé d'un patient exige des compétences au-delà de son champ d'expertise, ces dernières font appel au médecin partenaire qui assure alors le suivi médical. Enfin, leur présence est pertinente dans d'autres domaines relevant de la première ligne tels que les soins à domicile et en résidences.

L'augmentation du ratio infirmière/médecin sera assurément une mesure efficace pour permettre au médecin de voir plus de patients en concentrant son temps sur des actes médicaux. Les infirmières cliniciennes permettent entre autres de préparer les patients à leur visite médicale, mais aussi de faire le suivi de multiples conditions médicales grâce à des ordonnances collectives (par exemple, ajustement d'hypoglycémifiants oraux ou d'antihypertenseurs).

Les pharmaciens sont des experts en matière de médication. En effet, ces derniers jouent un rôle important dans le système de santé en s'assurant de l'usage rationnel des thérapeutiques, de la sécurité des ordonnances et de la surveillance d'interaction médicamenteuses. Ils sont des acteurs-clés pour la dispensation de conseils appropriés aux patients et peuvent diriger, si nécessaire, ces derniers aux ressources appropriées. Une collaboration et une communication étroites entre les pharmaciens et les médecins permettent notamment de réduire les erreurs médicamenteuses, de favoriser un changement responsable de la consommation des médicaments et une meilleure prise en charge globale du patient.

Au cours des années, les services de soins de santé en première ligne se sont fragmentés et désorganisés. La centralisation de l'expertise et de la collaboration interprofessionnelle au sein des établissements de deuxième ligne doit se transposer davantage en première ligne; ceci permettrait d'accroître l'accessibilité aux soins et de réduire les délais d'attente des consultations. Enfin, soulignons que les négociations avec les infirmières et les pharmaciens doivent être conclues afin de concrétiser cette collaboration visant l'accessibilité et une qualité optimale des soins.

7. Autonomie dans la sélection des professionnels

Le choix des professionnels doit être faite de façon autonome par les établissements, et non désigné par une entente avec le CISSS. Chaque clinique possédant des clientèles spécifiques, la compétence du personnel doit être privilégiée à l'ancienneté. Le candidat doit être évalué par un comité paritaire de médecins, professionnels et gestionnaires du lieu d'embauche, qui vont définir l'offre d'emploi en fonction des besoins de la clientèle. Enfin, il est important que tous les établissements de première ligne puissent avoir accès aux ressources professionnelles du CARS.

8. Accès plus rapide aux spécialistes

Un arrimage à la deuxième ligne est essentiel pour le bon fonctionnement de cette réforme. L'accès rapide à un médecin spécialiste avec des plages semi-urgentes et urgentes pour les références provenant des établissements de première ligne devrait être coordonné et systématisé. Ce corridor rapide peut prendre plusieurs formes, pour citer les accueils cliniques entre autres.

De plus, un médecin spécialiste répondant devrait assurer une garde téléphonique pour répondre aux questionnements des médecins de première ligne au besoin. En ce qui a trait aux régions éloignées plus pauvres en effectifs médicaux spécialisés, la télé-consultation avec un spécialiste répondant devrait être développée.

Finalement, une liste à jour des établissements d'un territoire offrant des plages de consultation/suivi dans différentes spécialités avec le délai moyen d'attente devrait être accessible pour tous les médecins (omnipraticiens et spécialistes). Un délai maximal de 3 mois par spécialité doit être privilégié.

Quelques suggestions pour améliorer le délai des consultations en spécialité
Centraliser les références
Inscrire des critères de référence clairs
Prioriser les demandes de consultations de façon systématique et les réviser de façon régulière
Adopter une conduite cohérente dans sa priorisation des consultations
Éviter les consultations avec plusieurs spécialistes de la même discipline pour le même problème
S'assurer que les spécialistes soient rejoignables - du moins par téléphone
Diffuser un bottin local et régional de toutes les spécialités par cliniques CARS, avec mise à jour régulière des délais de consultations par spécialité

9. Informatisation des cliniques

Une uniformisation des DME³ et des logiciels au Québec facilitera l'accès aux données (résumé d'hospitalisation, imageries antérieures, résultats de laboratoires, dossiers pharmacologiques). Par exemple, après une consultation avec un spécialiste, celui-ci pourra demander les tests requis tout en spécifiant via un sommaire remis en temps réel au médecin de famille d'en faire le suivi en un laps de temps déterminé, en plus de l'informer de la conduite à prendre selon les résultats. Un tel dossier permettrait d'éviter le dédoublement des demandes de consultations et des investigations; il permettrait aussi d'éviter une visite inutile pour un patient dont les résultats ou résumés pertinents ne sont pas disponibles. Il est important de spécifier qu'un DME doit être efficace et s'interfacer facilement avec les différentes plateformes informatiques du réseau pour obtenir des résultats probants.

Un continuum de soins et des informations partagées entre tous les dispensateurs des soins est plus que nécessaire. De plus, une uniformisation provinciale des formulaires et requêtes les plus courants est à privilégier pour faciliter l'universalisation des soins.

10. Implantation de l'accès adapté et la place du sans rendez-vous

Les cliniques offrant uniquement un service de sans rendez-vous sont à proscrire; une combinaison de sans rendez-vous avec de la prise en charge doit être obligatoire au sein d'un établissement de première ligne. L'implantation de l'accès adapté dans les cliniques médicales permettra de conserver les plages de sans rendez-vous pour les situations où 1- le patient est sans médecin de famille ou 2- le médecin et/ou son groupe de médecin est indisponible pour recevoir le patient dans leurs plages d'urgences.

Le principal intérêt de l'accès adapté - ou accès avancé - est de permettre au médecin une pratique axée sur les besoins de ses patients et d'être disponible quand ces derniers en font la demande. Les pratiques préventives sont donc intégrées au fil des visites du patient.

Le principe est simple : il s'agit d'abolir les plages de rendez-vous usuelles et d'ouvrir l'agenda dans les jours qui précèdent (en général deux semaines). Cette façon de faire permet d'offrir une accessibilité optimale; le patient aura un rendez-vous rapide le jour même ou dans les prochains jours selon un délai adapté à sa condition.

³ DME : Dossier Médical Électronique

Par exemple, une patiente de 25 ans appelant pour un renouvellement de contraceptifs oraux et un dépistage d'infections transmises sexuellement pourrait se voir attribuer une plage avec son médecin dans la semaine qui suit. Dans un autre cas, la mère d'un enfant de cinq ans qui appelle pour une suspicion d'otite obtiendrait un rendez-vous la journée même.

Deux modèles existent :

1. Accès adapté pur : toute la pratique est en accès adapté;
2. Accès adapté modulable : la majorité de la pratique est en accès adapté. Une proportion maximale de 35 % de rendez-vous pris d'avance est permise pour des clientèles particulières : femmes enceintes, enfants, patients souffrant de trouble de la santé mentale, entre autres.

En somme, l'accès adapté demande un changement de paradigme du médecin, du personnel administratif, des patients et leur vision de la prise en charge. Ce modèle a commencé à être implanté en 2007 au Québec après avoir fait ses preuves aux États-Unis. Lors d'une conférence en 2012 de l'Association Médicale du Québec, le Dr André Munger - médecin de famille en Estrie et pionnier de cette méthode au Québec - a affirmé que l'accès adapté a diminué de façon significative le temps d'attente moyen pour voir le médecin de famille, ainsi que les visites à l'urgence et au sans rendez-vous.

11. Cliniques de suivi de maladies chroniques

Plusieurs cliniques de suivi de maladies chroniques (insuffisance cardiaque, diabète, MPOC, insuffisance rénale, arthrite, MCAS⁴, etc.) ont déjà vu le jour en centre hospitalier. Il serait dès lors important d'encourager leur déploiement à plus grande échelle en fonction des besoins et des clientèles particulières d'un territoire déterminé. Les services seraient prodigués par des infirmières cliniciennes et un médecin consultant spécialiste. Une telle organisation libère des plages pour les spécialistes pour répondre aux nouvelles consultations de médecins de famille.

Grâce à un intervenant de type Coordonnateur Pivot (CP) au sein de la clinique, le patient pourra avoir accès plus rapidement aux services. Cette approche permet un suivi téléphonique rapproché des patients en anticipant les décompensations, évitant ainsi des visites à l'urgence. De plus, dans le cas où un patient nécessiterait une évaluation médicale, il pourra être redirigé par son CP dans une plage de disponibilité du médecin répondant, du groupe associé à son médecin de famille ou à une CARS via le GASS.

⁴ MPOC : maladie pulmonaire obstructive chronique / MCAS : maladie cardiaque athérosclérotique

12. Consultations téléphoniques

Il est primordial de rémunérer une interaction téléphonique avec un patient déjà connu par son médecin de famille. Ces consultations téléphoniques ou via courriel éviteraient à plusieurs patients de se présenter à un rendez-vous de suivi simple - situation qui entraîne souvent la perte d'une journée de travail pour ces derniers. Suite à une initiative du GPSC, les appels téléphoniques en Colombie-Britannique sont maintenant rémunérés à 15\$, jusqu'à un maximum annuel par patient et par médecin. Cette méthode libère plusieurs plages de visite pour les omnipraticiens qui peuvent ainsi voir des patients dont l'état de santé nécessite d'être vus en personne.

13. Prise en charge personnalisée pour la clientèle âgée grâce à un Coordonnateur Pivot (CP)

Avec la population vieillissante, le niveau d'occupation des urgences et une augmentation du nombre d'hospitalisations est à prévoir au cours des prochaines années si une réorganisation du système de santé n'est pas mise en place pour prévenir les visites en centre hospitalier.

Dans le modèle du ROME, les patients âgés bénéficieraient de la présence d'un Coordonnateur Pivot (CP) identifié dans le système, permettant de personnaliser leurs soins en fonction de leurs besoins. Ce dernier deviendrait l'intervenant contact pour les références aux autres membres de l'équipe interdisciplinaire (incluant médecin, IPS, autres professionnels de la santé, services d'aide et bénévoles). Il faciliterait le continuum des soins à l'admission et au congé du centre hospitalier. De plus, le développement de multiples ordonnances collectives ciblées sur la réalité de la clientèle vieillissante devrait faciliter l'accès aux soins nécessaires. En somme, cette approche s'aligne parfaitement avec les solutions proposées ci-haut, en termes d'augmentation des pratiques collaboratives et de professionnels en santé disponible en première ligne.

La clé d'une telle initiative est l'informatisation. Cette dernière permet une communication de façon efficace et sécuritaire entre les différents intervenants et le centre hospitalier. Un transfert d'information rapide via téléphone ou courriel permet de répondre rapidement aux questions et besoins du patient. L'informatique aidera aussi à optimiser les admissions et les congés hospitaliers par la compréhension des soins particuliers aux patients et des recommandations thérapeutiques. Il est aussi important d'encourager les résidences privées de personnes âgées à participer à ce système de partage de données.

Le médecin doit de son côté être à l'affût des particularités d'une clientèle gériatrique en permettant une flexibilité dans son horaire pour des rendez-vous prolongés, ainsi qu'une flexibilité dans le mode de consultation (téléphonique/messagerie vidéo).

Cette approche centrée sur la personne âgée, sa complexité et les besoins liés à sa condition de santé améliore la qualité de vie de cette dernière en plus de diminuer les coûts, après un investissement initial, par une diminution des visites à l'urgence et des hospitalisations.

Exemples de critères de sélection pour la clientèle pouvant avoir un Coordonnateur Pivot (CP)
Personne âgée de 75 ans et plus
Personne vivant à domicile ou en résidence privée
Personne ayant eu plus de 3 visites à l'urgence dans la dernière année
Personne ayant un médecin de famille

* Ces critères pourraient servir de balise initiale et être modifiés au cours des années pour permettre une plus grande proportion de patients (ex. clientèle de santé mentale)

14. Création d'unités d'Hospitalisation À Domicile (HAD)

Il s'agit d'un programme de soins intégrés personnalisés pour la clientèle âgée afin qu'elle reçoive majoritairement des soins à domicile, évitant des visites fréquentes dans les hôpitaux. Des Coordonnateurs Pivots dédiés à l'HAD et un omnipraticien de garde pour le pool de patients seraient à la base du concept.

L'HAD permet de traiter des patients atteints de maladies graves aiguës, subaiguës et chroniques nécessitant un minimum de plateau technique et pouvant être gérées de façon sécuritaire à domicile. Par conséquent, les visites à l'urgence, l'hospitalisation et même la réadaptation se voient raccourcies voire évitées. Les unités de soins offriraient par exemple : des traitements de chimiothérapie et de radiothérapie, des ajustements de médication pour les douleurs, une évaluation du délirium, des soins palliatifs, des traitements intraveineux (antibiotiques ou transfusion par exemple), des soins post-chirurgicaux ou la prise en charge d'une décompensation aiguë de maladie chronique.

La demande d'hospitalisation à domicile peut provenir de différentes sources : médecin de famille du patient, salle d'urgence et service d'hospitalisation. Pour le bon fonctionnement de cette approche, la présence d'un CP désigné, d'un suivi systématique avec des infirmières et d'autres professionnels à domicile et d'un DME uniformisé sont primordiaux. De plus, l'introduction d'une HAD peut également se justifier dans un contexte d'approche centrée sur les patients : ces derniers ont décrit une augmentation de leur qualité de

vie et une meilleure connaissance de leur maladie et de l'autogestion des plans d'action.

Cette approche existe depuis plusieurs dizaines d'années en Europe et a démontré à maintes reprises qu'elle amenait une diminution de coûts significative via la réduction du nombre de visites en salle d'urgence, ainsi que par une durée d'hospitalisation plus courte à domicile qu'en établissement.

Exemples de critères d'admission pour l'HAD *
Personne de 75 ans et plus, en perte d'autonomie aiguë ou chronique, avec un besoin d'évaluation d'un problème aigu ou subaigu
Personne résident à son domicile ou dans une résidence privée sur le territoire desservi
Personne ayant un médecin de famille

* Inspirés du projet pilote en Montérégie au CSSS de la Pommeraie : Soins médicaux Aigus pour le 3e âge, À domicile (SMA-3D)

15. Apport essentiel des Unités de Médecine Familiale (UMF)

Les UMF ont un rôle essentiel dans le réseau de la santé. En plus de desservir des soins aux patients, ces dernières se doivent de former la nouvelle génération de médecins de famille et d'intéresser les étudiants et externes en médecine à l'omnipratique.

Les médecins enseignants ont de nombreux rôles parallèles en dehors des soins aux patients qu'ils prodiguent :

- Évaluation, mentorat et supervision des différents stagiaires ;
- Responsabilités au sein de comités locaux/universitaires/canadiens ;
- Recherche en première ligne et soutien à l'érudition ;
- Mise à jour du cursus des stagiaires pour satisfaire les exigences de formation ;
- Préparation et mise en place de cours pour les différents stagiaires ;
- Maintien de ses aptitudes pédagogiques et cliniques.

Les UMF sont tenues d'offrir un cursus de qualité basé sur l'approche par compétences inspirée des normes CANMEDs du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada. Ces unités de formation doivent respecter des normes d'agrément pancanadiennes pour permettre la graduation des cohortes de résidents en médecine familiale. Pour ce faire, elles ont besoin de soutien à la formation par des professionnels non médecins dont les tâches sont dévouées en partie à la clinique et en partie à la formation. Il est donc impossible de se fier uniquement aux quotas et au volume de patients comme norme décisionnelle pour l'allocation des ressources aux UMF. Le modèle doit être

fluide et équitable, mais surtout adaptable aux besoins spécifiques des milieux en fonction de l'organisation des services locaux et de leurs clientèles particulières.

Il ne faut pas négliger l'apport des UMF aux autres professions de la santé. En effet, nombreux stagiaires en pharmacie, soins infirmiers, administration et IPS viennent parfaire leur formation et participer à la vie pédagogique de la clinique. De plus, des résidents d'autres spécialités telles la psychiatrie effectuent des stages au sein de ses institutions. **En bref, les UMF contribuent à la formation d'une multitude d'acteurs du système de santé et doivent se voir octroyer les ressources en conséquence.**

Les UMF sont des artisans de changement de pratiques médicales et de l'intérêt des générations futures en médecine générale. Pour ne citer qu'un exemple, la réforme SAPA (soins aux personnes âgées) de l'Université de Montréal permet de sensibiliser les résidents aux besoins particuliers de cette clientèle en plus de les exposer plus régulièrement à différents milieux en présence de mentors modèles impliqués. Déjà, une telle mesure a permis de bonifier les équipes médicales de soins à domicile (SAD) et CHSLD de nouveaux médecins qui enseigneront leur passion et leur dévouement pour la prise en charge des patients vulnérables. De plus, les UMF contribuent à la rétention d'un certain nombre de résidents dans la région environnante, un effet non négligeable pour les localités non urbaines.

L'expérience des stagiaires influence grandement leur choix de carrière et de spécialité future. En effet, un étudiant en médecine qui s'est identifié à un modèle d'omnipraticien pendant ses années d'études aura beaucoup plus tendance à choisir la médecine familiale. Le même raisonnement s'applique pour les résidents formés en UMF. En étant exposés à une méthode de prise en charge stimulante - caractérisée par la collaboration interprofessionnelle, une gestion avancée des rendez-vous, etc., ces derniers voudront retrouver la même façon de travailler dans leur carrière.

Ainsi, toutes les solutions citées au cours du présent mémoire doivent s'appliquer à la fois aux UMF ainsi qu'à tous les autres établissements de première ligne, tout en gardant en tête la double mission des UMF.

Quelques suggestions pour améliorer l'accessibilité en UMF*
Encourager l'implantation de la pratique en accès adapté dans les UMF (pour les enseignants et les résidents)
Soutenir l'informatisation des UMF (avec un DME adapté pour l'enseignement)
Fournir des ressources pour la collaboration interdisciplinaire
Avoir un soutien administratif adéquat pour permettre des heures d'ouvertures prolongées, la gestion d'horaire des médecins, la planification pédagogique, etc.
Financer des infrastructures facilitant la communication : logiciel de gestion et de prise de RV, outils de communication électronique avec les patients, système de monitoring en temps réel de l'achalandage
Fournir du personnel de soutien aux directions d'enseignement hospitalières
Demander un engagement ferme des directions pour soutenir le changement

*Plusieurs de ces solutions sont d'ailleurs déjà mises en place

16. Création de journées annuelles locales de réflexion sur l'accessibilité

Les grands changements débutent par de petits pas. Au fil des ans, plusieurs mesures simples et concrètes ont été initiées dans plusieurs établissements de première ligne et dans les centres hospitaliers pour optimiser les soins aux patients. Le but d'une journée de réflexion est d'offrir un environnement propice à la discussion entre différents intervenants du système de santé, aux partages de bons coups et à la résolution de problèmes d'accessibilité locaux. À la fin de l'activité doivent émerger des recommandations accompagnées d'un engagement individuel et collectif à implanter ces mesures dans les différents centres de soins.

Il est important d'avoir une plate-forme internet accessible par toutes les régions du Québec pour partager les différentes initiatives et les engagements retenus. Ainsi, les bonnes idées circuleront plus rapidement et pourront possiblement être mises en application tout aussi rapidement. L'organisation d'un tel événement pourrait faire partie du mandat du CLMF, en collaboration avec les médecins locaux désirant réfléchir à l'amélioration de leur méthode de travail.

17. Importance de la valorisation de la médecine familiale

Tel que mentionné à maintes reprises au cours des pages précédentes, une première ligne forte est le gage d'un système de santé public fort. Plusieurs rapports d'experts des autres provinces canadiennes (C-B, N-É, Ontario) concluent qu'un ratio d'omnipraticien de 55 à 60% versus 40 à 45% en spécialité est souhaitable.

Dans cette optique, les acteurs du réseau doivent continuer à encourager les initiatives faisant la promotion de la médecine familiale, tels que les groupes d'intérêts en médecine familiale dans les universités. Ceux-ci travaillent à promouvoir la diversité, la polyvalence et la gratification d'une pratique en médecine générale. Il est donc important de valoriser et souligner la nécessité de la médecine familiale :

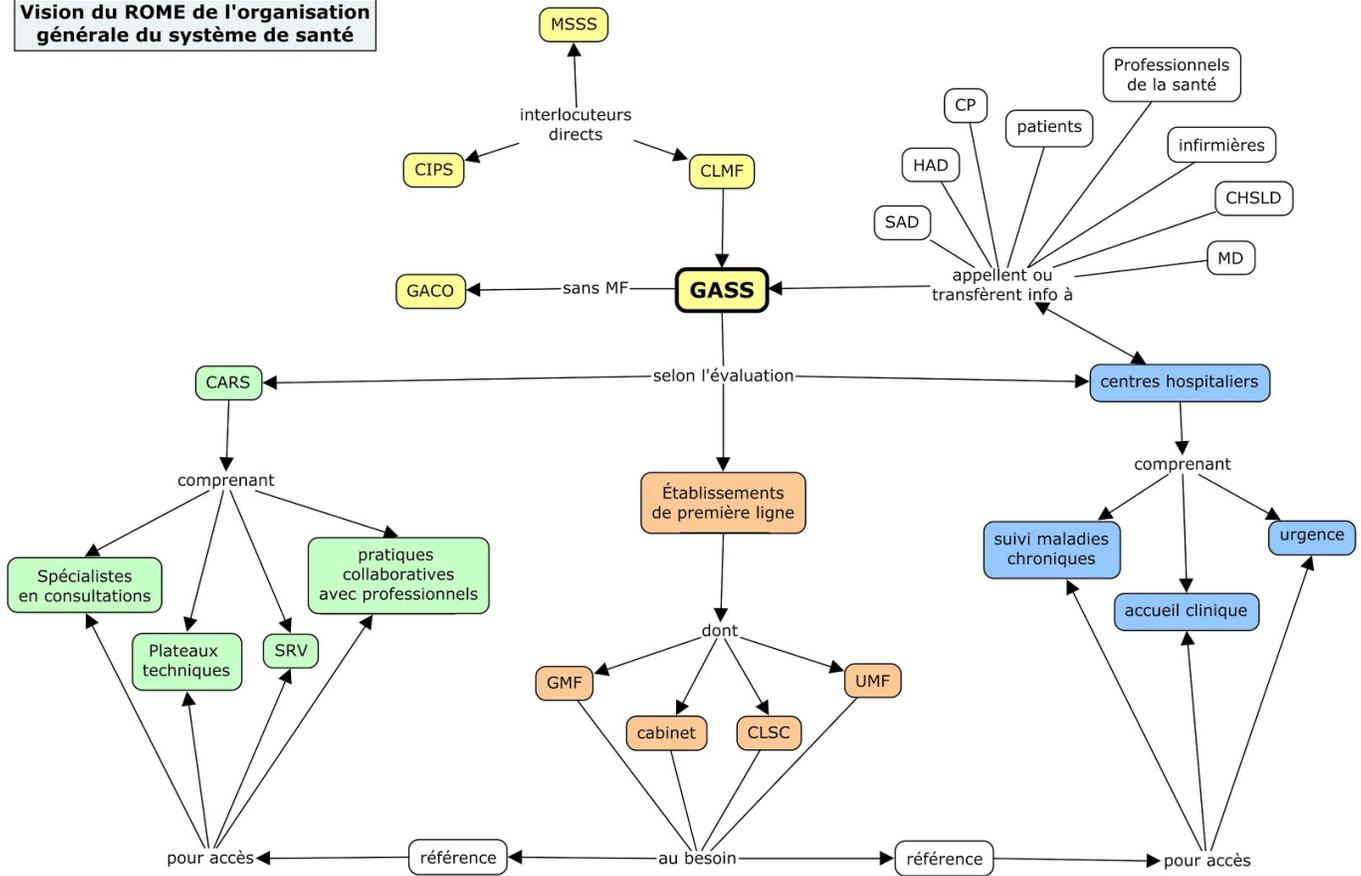
1. À l'interne : dans les facultés de médecine, les hôpitaux communautaires et le centres hospitaliers universitaires ;
2. À l'externe : dans les communications médiatiques des organismes impliqués dans le domaine médical ainsi que dans les interventions du Ministère de la Santé auprès de la population.

Malheureusement, le désintérêt pour la médecine familiale se reflète déjà dans les intentions de carrière des externes après l'annonce du PL20. Un sondage récent mené auprès des externes de l'Université de Montréal démontre que les choix de résidence ont changé après le 28 novembre 2014. En effet, AVANT le PL20, 62% des externes désiraient appliquer en médecine familiale comme premier choix au CaRMS⁵ versus 39% seulement APRÈS l'annonce du PL20. De tels chiffres sont très inquiétants : ils démontrent parfaitement l'impact sur la relève en médecine familiale ainsi que la difficulté secondaire projetée pour l'augmentation du ratio omnipraticiens / spécialistes.

Pour encourager la relève en médecine familiale et la rétention des nouveaux gradués au Québec, il nous faut adopter une vision positive de la médecine familiale. Il faut reconnaître le travail des omnipraticiens à sa juste valeur, et favoriser la mise en place de conditions de pratique attrayantes, notamment en rendant la première ligne plus efficace.

⁵ CaRMS: Canadian Resident Matching Service

Vision du ROME de l'organisation générale du système de santé



* MD: médecins / IPS: Infirmières Praticiennes Spécialisées / SAD : Soins à Domicile / HAD : Hôpital à Domicile / CHSLD : Centre d'Hébergement et de Soins de Longue Durée / CP : Coordonnateur Pivot / RV : Rendez-Vous / SRV : Sans Rendez-Vous / GASS : Guichet d'Accès aux Soins et Services / CARS : Clinique d'Accès Rapide aux soins / GACO : Guichet d'accès pour la clientèle orpheline / UMF : Unité de Médecine Familiale / GMF : Groupe de médecine Familiale / MSSS : Ministère de la Santé et des Services Sociaux / CLMF : comité local de médecine familiale / CIPS : Comité Interdisciplinaire de pratiques et services / CLSC : Centre Local de Services Communautaires / MF: Medecin de Famille

V. PERSPECTIVES D'AVENIR

Toutes les solutions pour l'amélioration de l'accessibilité aux soins et services nécessitent une prise de conscience des déterminants locaux socio-économiques de la santé. Pour favoriser une adhésion sociale et collective à une réforme, les décisions doivent se baser sur des échanges d'expertises, une approche collaborative, une diffusion des nouvelles pratiques novatrices et une communication efficace aux principaux décideurs qui devront être les professionnels qui donnent des soins directs à la population.

Une approche centralisatrice, bureaucratique et coercitive n'est pas une solution.

Un système de santé fort s'appuie sur une première ligne forte dans laquelle la prévention des maladies, un accès facile à un médecin de famille et des soins efficaces sont prioritaires.

Seul un leadership positif permettra le changement des pratiques et l'adhésion à une nouvelle orientation des politiques en matière de santé. Les médecins de famille sont des piliers indispensables; ils s'engagent à développer une nouvelle vision inspirante de l'accessibilité et de soins de santé avec la collaboration de tous les acteurs du réseau et de la population.

Nous demandons donc que le gouvernement agisse de façon responsable et retire le projet de loi 20. L'application du bâillon pour imposer une réforme des soins en première ligne serait contre-productif et anti-démocratique.

Il faut ouvrir un processus de consultation et de dialogue tel que demandé par la majorité des personnalités influentes et expertes dans le domaine de l'administration et de la gestion de la santé venues témoigner en commission parlementaire. La meilleure façon d'ouvrir une telle discussion est la mise en place d'un sommet sur l'accessibilité aux soins ayant pour objectif d'obtenir des solutions répondant aux besoins réels de tous les Québécois et Québécoises.

Et si vous posez la question : " Quand allez-vous faire ce sommet ? "

Nous, le ROME, vous répondons: " Les 9 et 10 mai prochains ! "

VI. RÉFÉRENCES

Afrite A., Chaleix M., Com-Ruelle L., Valdelièvre H., 2009/03 (IRDES), *Hospital at home (HAH), a structured, individual care plan for all patients*, 2009/03

Barrette Juanita et all. *Synthèse de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : Collaboration interprofessionnelle et services de santé de première ligne de qualité*. décembre 2007. en ligne : <http://www.fcass-cfhi.ca>

British-Columbia Medical Association. *Doctors Today and Tomorrow - Planning British Columbia's Physician Workforce*. Juillet 2011. en ligne : https://www.doctorsofbc.ca/sites/default/files/physicianworkforce_paper_web.pdf

Cameron Daphné, *Un nouveau modèle de gestion améliorera l'accès aux médecins de famille*, La Presse , 20 avril 2012.

CARMS - Canadian Resident Matching Service. *History of Family Medicine as the Career Choice of Canadian Graduates*. 2014. en ligne: <http://www.carms.ca/wp-content/uploads/2014/09/9-History-of-Family-Medicine-as-the-Career-Choice-of-Canadian-Graduates.pdf>

Chaleix M., Valdelièvre H., Afrite A., Com-Ruelle L. 2009/07, *Les structures d'hospitalisation à domicile en 2006*. «Etudes et Résultats », DREES, n° 697, 6 p.

Charbonneau V. et Volpato J. - *Sondage sur le projet de loi 20 de la table des résidents coordonateurs de l'Université de Montréal*. Résultats présentés lors du comité de programme de médecine familiale de l'Université de Montréal le 12 février 2015.

Code de déontologie des médecins, adopté par le Collège des médecins du Québec et approuvé par le gouvernement du Québec, règlement en vigueur le 7 janvier 2015

Conference Board of Canada. *How Canada performs in health ?* Février 2015. En ligne: <http://www.conferenceboard.ca/hcp/provincial-fr/health-fr.aspx>

CJEM - Canadian Journal of Emergency Medicine. *L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les départements d'urgence - Guide d'implantation*. 1999 Vol 1, No 3. en ligne : <http://www.cjem-online.ca/v1/n3/ETGPediatrique/p3>

Département de médecine de famille et de médecine d'urgence (DMFMU) Programme de résidence en médecine de famille, Comité de transformation de l'enseignement des soins aux personnes âgées. *REPENSER L'ENSEIGNEMENT DES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES POUR NOS FUTURS MÉDECINS DE FAMILLE: UNE DÉMARCHE PAS À PAS*. Septembre 2013.

Durand Suzanne et Maillé Martine. *Lignes directrices - pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne*. 2e édition. Juillet 2014

Fleury Élisabeth. *Projet de loi 20: les facultés de médecine craignent un effet négatif sur la formation*. Le Soleil, 26 février 2015.

Fung et al. *Having a family doctor was associated with lower utilization of hospital-based health services*. BMC Health Serv Res. 2015 Jan 28;15(1):42. doi: 10.1186/s12913-015-0705-7.

Garnier, Emmanuèle. *Chiffres et pratique clinique - ENTREVUE AVEC M. DENIS BLANCHETTE, ÉCONOMISTE À LA FMOQ*. Le Médecin du Québec. volume 50, numéro 2, février 2015 : 4-7

Gladu, François-Pierre. *Le Courage d'abolir les AMP*. Santé Inc. Juillet / août 2011: 14-16

Hernandez C et all. *Home hospitalisation of exacerbated chronic obstructive pulmonary disease patients*. [Eur Respir J](#). 2003 Jan;21(1): 58-67.

Hutchison, Brian et all. *Primary Health Care in Canada: Systems in Motion*. Milbank Q. 2011 Jun; 89(2): 256–288.

ICIS - Institut canadien d'information sur la santé. *Rapport : Sources des visites potentiellement évitables aux services d'urgence*, Novembre 2014.

Leduc N, Vanasse A, Scott I, Scott S, Orzanco MG, Maman Dogma J, Abou Malham A. *The Career Decision-Making Process of Medical Students and Residents and the Choice of Specialty and Practice Location: How Does Postgraduate Medical Education Fit In?*. Members of the FMEC PG consortium; 2011.

Munger, André. *Présentation sur l'Accès Adapté*. Conférence donnée au Congrès de l'Association Médicale du Québec en Avril 2012. en ligne : <https://www.amq.ca/images/stories/amq-en-action/congres-annuel/Congres2012/advanced-access-dr-munger.pdf>

NHS England. *Transforming Primary Care Safe, proactive, personalised care for those who need it most*. 2014.

Paré Isabelle, *Mesurer et Gérer pour mieux pratiquer en accès adapté*, Le médecin du Québec, Volume 49, numéro 10, octobre 2014 : 69-70

Paré, Isabelle. *Quelques données sur la pratique médicale*, Le Médecin du Québec, volume 50, numéro 3, mars 2015 : 77-79

Séance de commission parlementaire du projet de loi 20 du ministère de la Santé et des Services Sociaux. *Audition - Association des jeunes médecins du Québec (AJMQ)*, 24 février 2015

Shapiro, Miriam et. Fornari, Alice. *Factors Influencing Primary Care Residency Selection among Students at an Urban Private Medical School*. EBJM. 2010; 25(1):19-24.

Starfield B: *Global health, equity, and primary care*. J Am Board Fam Med 2007, 20(6):511-513.

Sondage national des médecins (SNM). 2014 *Résultats nationaux*. En ligne: <http://nationalphysiciansurvey.ca/fr/result/2014-resultats-des-medecins-de-famille-par-sexe-et-age/>

Statistics Canada, CANSIM table 105-0503, *Health indicator profile, Age-Standardized Rate, Annual Estimates, Health by Sex, Canada, Provinces and Territories* (accessed December 2, 2014)

Sternszus R et al. *Residents as role models: impact on undergraduate trainees*. *Acad Med*. 2012 Sep;87(9):1282-7

United Health Group. *Report: Practical and scalable solutions can overcome worsening shortage of primary care access and capacity, improve service delivery*. 30 septembre 2014. en ligne: <http://www.unitedhealthgroup.com>