

Pistes de solutions pour améliorer l'accessibilité aux services de première ligne

Mémoire sur le **PROJET DE LOI N°11**

Loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne
par les médecins omnipraticiens et à améliorer la gestion de cette offre

Janvier 2022

Mylaine Breton, MBA, Ph. D. | Isabelle Gaboury, Ph. D. | Catherine Lamoureux-Lamarche, Ph. D.
Mélanie Ann Smithman, M. Sc. | François Bordeleau, M. Sc.



CHAIRE DE RECHERCHE
DU CANADA
Gouvernance clinique
des services de
première ligne

Introduction

L'accessibilité est l'une des principales préoccupations des systèmes de santé dans le monde. Avoir accès à des services de santé est une priorité tant pour la population, les cliniciens que les décideurs (1-3). L'accès à des services de première ligne est un problème récurrent au Canada. Selon une récente enquête internationale menée en 2020 dans 11 pays par le Fonds du Commonwealth, le Canada se classe au 10^e rang sur les indicateurs liés à l'accès à des services de première ligne (4).

Selon cette même enquête, 21% des Québécois rapportent ne pas avoir de professionnel de première ligne attiré (ex. : médecin de famille, infirmière praticienne spécialisée), contre seulement 14% en Ontario, 7% en France et en Allemagne, et 2% en Norvège (4). De même, seulement 39% des Québécois ont déclaré avoir été en mesure d'obtenir un rendez-vous avec un médecin ou une infirmière le jour même ou le suivant lorsqu'ils en ressentent le besoin; ce qui est bien en deçà de la moyenne internationale qui avoisine 60% (41% au Canada en moyenne, 61% aux Pays-Bas, 63% en Australie, 72% en Allemagne) (4).

Plusieurs réformes et innovations ont été mises en place pour améliorer la situation dont l'implantation des groupes de médecines de famille (GMF), les guichets d'accès aux clientèles orphelines (GACO), l'implantation des principes de l'accès adapté (AA). Toutefois, il demeure des enjeux importants liés à l'accès. Les délais pour avoir accès à un médecin de famille via la liste d'attente centralisée sont longs et il existe des iniquités selon les régions, l'état de santé et l'indice de défavorisation matérielle et sociale des patients (5, 6). En 2021, on comptait plus de 879 000 personnes en attente d'un médecin de famille sur le guichet d'accès (7). Depuis l'implantation des GACO il y a plus de 10 ans, plus de 1,3 millions de Québécois ont été inscrits via les GACO et le nombre de patients en attente sur ces listes n'a cessé d'augmenter.

Les bénéfices d'avoir un professionnel régulier en première ligne sont nombreux. Les patients qui sont affiliés à un tel professionnel reçoivent davantage de soins préventifs (8, 9), utilisent moins fréquemment les services d'urgence (10), bénéficient d'une meilleure coordination des soins (11, 12), d'une meilleure gestion des maladies chroniques (13) et présentent de meilleurs résultats en matière de santé (14, 15) que ceux qui ne le sont pas.

Les personnes confrontées à un manque d'accès et de continuité des services de première ligne ont plus de risques d'avoir des résultats de santé défavorables, d'utiliser l'urgence pour des raisons non urgentes, d'être hospitalisées pour des raisons évitables, de vivre des délais dans l'obtention des soins, de ne pas recevoir de services préventifs, d'avoir une moins bonne gestion de leurs maladies chroniques, engendrent plus de coûts pour le système de santé et ont des taux de mortalité plus élevés (9, 16-25). Il est impératif de réfléchir à des solutions pour améliorer la situation au Québec à l'égard de l'accès à des services de première ligne.

Résumé du Projet de loi n°11

Le texte du Projet de loi n°11 émet trois propositions concernant les patients orphelins et le système de prise de rendez-vous, appliquées de manière obligatoire et coercitive, pour améliorer l'accès aux services de première ligne. Ces propositions visent exclusivement les médecins omnipraticiens.

1

PATIENTS ORPHELINS

Le projet de loi propose une inscription obligatoire des nouveaux patients à un médecin de famille via le guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF). «*Les médecins omnipraticiens sont tenus de n'ajouter à leur clientèle que des personnes inscrites au GAMF.*»

2

ACCÈS EN TEMPS OPPORTUN – OBLIGATION DE PARTICIPER À UN SYSTÈME DE PRISE DE RENDEZ-VOUS EN LIGNE ET PARTAGER SES PLAGES DE DISPONIBILITÉS

Le projet de loi impose aux médecins omnipraticiens d'offrir des plages de rendez-vous par l'entremise d'un système de prise de rendez-vous en ligne. «*Les médecins omnipraticiens sont tenus de se rendre disponibles par l'entremise du système de prise de rendez-vous mis en place par la RAMQ ou d'un système de rendez-vous offert par un autre fournisseur.*»

Aussi, le projet de loi oblige les médecins omnipraticiens à partager avec le ministre ses plages horaires dans un système de prise de rendez-vous. «*Tout médecin omnipraticien doit transmettre au ministre ses plages horaires de disponibilité. Il autorise le ministre à utiliser les renseignements recueillis dans le cadre de cette gestion lorsque cette utilisation est nécessaire à l'exercice de ses fonctions.*»

Le projet loi prévoit également que le gouvernement peut déterminer le pourcentage des plages horaires de disponibilité qu'un médecin doit offrir du lundi au vendredi avant 8h et après 19h de même que le samedi et le dimanche. «*Il peut aussi, dans un tel règlement, déterminer le pourcentage des plages horaires de disponibilité d'un médecin qui doivent être offert du lundi au vendredi, avant 8h et après 19h, ainsi que le samedi et le dimanche et prévoir les exigences relatives à l'utilisation du système d'information ou d'un système de prise de rendez-vous.*»

3

COMMUNICATION DES DONNÉES NÉCESSAIRES À LA PLANIFICATION DES EFFECTIFS MÉDICAUX

Finalement, le projet de loi autorise la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) à transmettre certaines données nécessaires à la planification des effectifs médicaux aux établissements de santé et de services sociaux et aux départements régionaux de médecine générale ainsi qu'au ministre. «*De plus, le projet de loi modifie la Loi sur l'assurance maladie afin d'autoriser la communication par la Régie de l'assurance maladie du Québec à un établissement de santé et de services sociaux et à un département régional de médecine générale de certains renseignements nécessaires à la planification des effectifs médicaux et à l'application de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée. Il prévoit aussi les conditions auxquelles la Régie peut communiquer au ministre des renseignements nécessaires à l'exercice des fonctions de ce dernier.*»



Pistes de solutions pour améliorer l'accès aux services de première ligne

Plusieurs solutions existent pour atteindre l'objectif visé par le projet loi n°11. Nous sommes convaincues que nombreuses de ces solutions ne devraient pas s'appuyer exclusivement sur une approche mandatée et coercitive visant exclusivement les médecins omnipraticiens. Nous avons identifié plusieurs pistes de solutions afin d'améliorer la prise en charge interprofessionnelle en première ligne et l'accès en temps opportun. La majorité des propositions s'appuient sur une vision d'une prise en charge par une équipe de première ligne interprofessionnelle (26) et sur l'amélioration de l'accès en temps opportun en première ligne.

Le texte qui suit propose 15 recommandations regroupées en deux catégories: 1) l'augmentation de la capacité de prise en charge par une équipe de première ligne interprofessionnelle et 2) l'amélioration de l'accès en temps opportun. Ces recommandations s'appuient sur la littérature scientifique, des données probantes et l'opinion d'experts.

Augmenter la capacité de prise en charge par une équipe interprofessionnelle en première ligne

1

Permettre l'inscription de nouveaux patients par de multiples portes d'entrée avec un quota d'inscription via le GAMF

Nous avons étudié en profondeur le fonctionnement des guichets d'accès similaires au GAMF dans sept provinces à travers le Canada (27). Aucune autre province n'a imposé entièrement l'utilisation de la liste d'attente aux médecins. Dans la très grande majorité des provinces, la participation des médecins de famille aux guichets d'accès centralisé est volontaire, à l'exception du Nouveau-Brunswick et de l'Île-du-Prince-Édouard, et ce pour certains médecins seulement (28). Au Nouveau-Brunswick, les nouveaux médecins de famille ont l'obligation de prendre 600 patients de la liste d'attente centralisée la première année. À l'Île-du-Prince-Édouard, la participation à la liste d'attente était mandatée pour les médecins travaillant à salaire.

Nous sommes d'avis qu'il y a un risque de désengager les médecins à prendre de nouveaux patients en imposant une inscription exclusive via le GAMF. Ainsi, nous sommes en désaccord avec la proposition du gouvernement d'inscrire exclusivement des patients en provenance du GAMF. Nous croyons que limiter l'inscription des patients des GAMF pourrait avoir des effets pervers. Les médecins inscrivent les membres de la famille de leurs patients, des patients vulnérables de leurs collègues lors d'une retraite, des patients qu'ils rencontrent (p. ex. lors d'une consultation au sans rendez-vous) avec qui ils établissent une relation favorisant la continuité.

En fait, 60% des inscriptions se font hors GAMF (29). Ainsi, nous croyons qu'il faille conserver une agilité au niveau des professionnels pour permettre l'inscription par d'autres portes d'entrée. Toutefois, il pourrait être pertinent de mettre des cibles d'inscription des patients GAMF, en collaboration avec les Départements régionaux de médecine générale (DRMG), tout en permettant l'inscription de nouveaux patients par d'autres portes d'entrée.

Aussi, l'une des barrières à l'inscription via le GACO citée fréquemment par les médecins est que les patients des GACO sont difficiles à rejoindre et ne se présentent pas au rendez-vous. Selon des entrevues menées auprès de patients orphelins dans le cadre de nos travaux, le processus d'inscription au GAMF est difficile à comprendre et à naviguer pour les patients (ex. lettre envoyée par la RAMQ difficile à comprendre, attribution à un médecin mais pas encore d'inscription, inscription selon la lettre d'entente 321 qui ne requiert pas de première visite). Si le projet de loi est adopté, il apparaît primordial de revoir les processus pour faciliter la navigation des patients et éviter les inégalités dans l'inscription à un médecin de famille. Nous recommandons que le processus soit revu en collaboration avec un groupe de patients partenaires qui pourront aider à simplifier les processus et le langage utilisé.



Permettre l'inscription de patients à une infirmière praticienne spécialisée

Le nombre de personnes inscrites dans les guichets d'accès centralisés n'a cessé d'augmenter au Canada (30). Au Québec, le vérificateur général du Québec avait souligné une détérioration de la situation des GAMF, passant d'une liste d'attente de près de 400 000 à 600 000 personnes en trois ans à la fin décembre 2019 (31). Depuis la pandémie, le nombre de patients inscrits aux GAMF a atteint des sommets : près de 900 000 Québécois sont présentement en attente (7). Des efforts doivent être poursuivis pour inscrire ces patients orphelins.

Tous les guichets d'accès centralisés au Canada permettent l'affiliation des patients à une infirmière praticienne spécialisée à l'exception du Québec et du Manitoba (28). Au Québec, bien que des infirmières praticiennes spécialisées puissent prendre en charge une patientèle, l'inscription formelle à la RAMQ demeure sous le nom du médecin collaborateur. Néanmoins, il existe plusieurs exemples au Québec où des infirmières ont collaboré avec les GACO. Par exemple, au centre de santé et de services sociaux (CSSS) des Sommets, des attributions du GACO ont été faites pour la prise en charge de clientèles chroniques stables à des infirmières praticiennes spécialisées en collaboration avec des médecins partenaires (<https://youtu.be/1Wc-FblTHEVs>). Un autre exemple, au CSSS de Verdun, un centre de prévention clinique avait été mis en place afin d'offrir des services temporaires par des infirmières cliniciennes qui donnaient des consultations aux patients orphelins catégorisés P5 en attente au GACO pour offrir un bilan de santé général selon les guides de pratiques et des recommandations de santé (<https://youtu.be/TnDcaX3Upxc>). Plusieurs stratégies devraient être mises en place pour faciliter la prise en charge de patients des GACO par les infirmières.

À l'automne 2020, des efforts substantiels avaient été déployés afin d'identifier des stratégies pour favoriser l'inscription des patients des GAMF avec

des ressources attribuées aux équipes locales GACO et aux DRMG. Des solutions prometteuses et soutenues ont été identifiées et celles-ci ont permis d'inscrire davantage de patients. Ces efforts ont été interrompus par la pandémie. Il nous apparaît opportun de poursuivre le déploiement des stratégies qui avaient été identifiées. Par exemple, les patients avec des problématiques de santé mentale attendent plus longtemps pour une inscription. Les médecins identifient plusieurs barrières à la prise en charge de cette clientèle. Une solution est de mettre en place un modèle de prise en charge avec un soutien garanti de professionnels en santé mentale. Les médecins interviewés dans le cadre de nos travaux expliquent souvent être mal soutenus pour prendre en charge ces patients, et donc plus réticents à le faire. À l'automne 2020, des réflexions avaient été entamées avec le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sur des stratégies en lien avec le guichet d'accès en santé mentale adulte et la collaboration avec des travailleurs sociaux des GMFs pour faciliter la prise en charge de ces patients.

Nous sommes d'avis que les professionnels doivent participer collectivement à cet effort d'inscrire davantage de patients dans les organisations de première ligne, selon la capacité des équipes et leur profil de pratique. Cependant, l'augmentation de l'inscription additionnelle de patients doit être en adéquation avec une augmentation de la capacité des équipes en première ligne. Nous croyons qu'il est préférable de solliciter la participation volontaire des professionnels à l'inscription de patients, appuyés par différentes stratégies complémentaires qui facilitent la prise en charge de plus de patients par les équipes en place. Par exemple, l'expérience des cliniques de transitions au Québec et ailleurs ont démontré qu'une première rencontre entre un patient orphelin et un médecin dans le cadre d'une telle consultation en sans rendez-vous est favorable à la prise en charge (32).

Augmenter la capacité et l'exhaustivité des équipes interprofessionnelle en première ligne

Le modèle GMF est le modèle organisationnel de première ligne dominant puisqu'il se traduit en 330 cliniques à travers la province et dessert environ 80% de la population québécoise. Toute amélioration à ce modèle rejoint donc une très grande partie de la population. Le Québec est une des provinces ayant le plus investi dans un modèle interdisciplinaire de première ligne (26). Depuis son implantation en 2002, le modèle GMF a grandement évolué. Il a d'abord été développé sur l'inscription de patients auprès d'un groupe de médecins en collaboration avec des infirmières cliniciennes (33). La réforme du modèle en 2015 a mené à l'ajout systématique d'infirmières praticiennes spécialisées, de travailleurs sociaux, et de pharmaciens à l'équipe de base (34). D'autres professionnels, au choix de la clinique (p. ex. physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues) bonifient l'équipe en place. À ce jour, ces derniers sont toutefois encore très peu représentés.

Notre modèle GMF est enviable. Tout comme l'Ontario, la Colombie-Britannique et l'Alberta, nous avons amorcé un virage vers la mise en place d'équipes interprofessionnelles qui permettent une offre plus complète sous le même toit. Toutefois, nous pouvons aller plus loin en intégrant davantage de professionnels au-delà de l'équipe actuelle de base. Ceci permettrait d'augmenter la capacité de prise en charge et l'efficacité de l'équipe proposée de la réforme de 2015, tout en maintenant ou réduisant les coûts pour le système de santé (35, 36). Tel que recommandé par des organisations provinciales et internationales (37-39), une plus grande intégration de professionnels œuvrant actuellement majoritairement au privé (p. ex. physiothérapeutes, psychologues, nutritionnistes) dans les équipes de première ligne permettrait également d'augmenter la continuité des services qui engendre en soi un meilleur accès, puisqu'elle

évite la duplication des rendez-vous et augmente l'efficacité de la rencontre professionnel/patient. Le modèle visé devrait être une équipe interprofessionnelle où le médecin est un acteur important, mais non central, s'appuyant sur la collaboration des membres et le leadership collaboratif où chacun contribue en fonction de son expertise et des besoins du patient.

Retenons finalement que de nombreux projets pilotes au Québec et ailleurs au Canada ont permis de tirer des leçons importantes pour soutenir efficacement la mise à l'échelle de ces modèles d'équipes interprofessionnelles exhaustives en première ligne (36, 40, 41). Ces projets mettent tous en évidence la pertinence de remettre les besoins (parfois complexes) du patient au cœur des équipes cliniques ainsi que les nombreux bénéfices pour le professionnel à travailler en proximité. Plusieurs travaux scientifiques ont montré que l'augmentation de la portée de la pratique des professionnels en première ligne est susceptible d'améliorer l'accessibilité des soins et l'efficacité de la prestation (42-44). Cependant, bien que les équipes interdisciplinaires intégrant un rôle professionnel renforcé ont un fort potentiel, il existe de nombreux défis pratiques. Une telle approche implique de redéfinir les frontières professionnelles et de revoir les modèles de soins et les dispositions organisationnelles existants (42, 45, 46). La clarification des rôles, la communication et la répartition équitable et efficiente des tâches demeurent souvent des points de tension (41, 47). Notre expérience dans des processus similaires auprès de plusieurs équipes GMF de la Montérégie démontre qu'un accompagnement soutenu de ce processus, respectueux des valeurs et des inquiétudes des différents types de professionnels et en collaboration avec les équipes locales augmente de manière significative la qualité de la collaboration interprofessionnelle.

Accompagner les équipes dans l'intégration d'outils et de stratégies pour rehausser la qualité de la collaboration interprofessionnelle en première ligne

La littérature suggère que la clarté des rôles et la qualité de la communication entre les parties prenantes sont essentielles à l'amélioration de la qualité des services. La manière dont sont déterminés les rôles, les champs d'exercice et les contributions de chaque professionnel dépend en grande partie du consensus qui s'établit entre les parties, assisté par des directives claires et des protocoles de soins, ainsi que par des mécanismes formels et informels de consultation et d'orientation (42, 48, 49). Notre expérience auprès des cliniques ainsi que la littérature montre toutefois que des outils ou des stratégies définies, ainsi qu'un accompagnement personnalisé offert par une équipe externe, peuvent faciliter ce consensus et ainsi rehausser la qualité de la collaboration interprofessionnelle au sein de l'équipe.

Le déploiement d'infirmières cliniciennes et ensuite d'infirmières praticiennes spécialisées dans les GMF a montré que la capacité de mettre en œuvre des modèles de collaboration interprofessionnelle bien organisés et efficaces peut varier considérablement d'un milieu à l'autre (42, 50). Une description des rôles et des responsabilités de chaque professionnel au sein de la clinique semble un outil indispensable dont les cliniques devraient se doter pour tout nouveau professionnel intégrant l'équipe. De plus, les équipes devraient veiller à mettre à jour régulièrement cette description en fonction de leur expérience de collaboration mutuelle et le rehaussement des rôles et du décloisonnement des actes réservés des différentes professions. Ceci pourrait être encadré par une démarche de pratique réflexive encouragée par les différentes associations de professionnels.

Deux outils peuvent faciliter la délégation de certaines activités cliniques à des professionnels : l'ordonnance collective et l'ordonnance individuelle d'ajustement. Une ordonnance est « une prescription donnée à un professionnel par un médecin, par un dentiste ou autre professionnel habilité par la loi, ayant notamment pour objet les médicaments,

les traitements, les examens ou les soins à dispenser à une personne ou à un groupe de personnes, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être, de même que les contre-indications possibles » (51). L'ordonnance permet de se doter d'un outil coordonné pour rehausser les rôles des professionnels pour la réalisation de certaines activités cliniques, ce qui fait en sorte d'alléger le médecin de tâches peu complexes où son expertise n'est pas obligatoirement requise (52).

Nous croyons qu'une plus grande utilisation des ordonnances collectives et/ou individuelles dans les GMF permettrait d'optimiser et de mieux coordonner le travail interprofessionnel en première ligne. Au Québec, l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) a développé 24 ordonnances collectives et protocoles médicaux nationaux sur lesquels s'appuient les ordonnances individuelles d'ajustement (53). Ces ordonnances sont déployées de façon variable au Québec (50). À titre illustratif, lors d'une enquête menée en 2019-2020 dans 33 groupes de médecine de famille universitaires (GMFU) au Québec, 24 ont rapporté avoir implanté au moins une ordonnance collective, mais seulement 16 en avaient implanté 5 et plus. Nous croyons qu'une plus grande utilisation des ordonnances collectives et individuelles dans les GMF permettrait d'optimiser et de mieux coordonner le travail interprofessionnel en première ligne. Des formations interactives ont été organisées par le Collège des médecins du Québec. Nous recommandons que ces formations se poursuivent (tant pour les médecins que pour les infirmières) et que de l'accompagnement pour implanter les ordonnances soient offerts à travers les différents centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CISSS/CIUSSS). L'implantation de ces deux outils requièrent une certaine réflexion de la part des professionnels qui en feront l'usage afin de les implanter efficacement et de manière pérenne. Cette initiative doit être davantage encouragée, reconnue et soutenue par le réseau.

La communication est un déterminant clé d'une collaboration efficace. En GMF, cette communication s'incarne à travers des échanges écrits (courriel ou DMÉ) et des rencontres formelles ou informelles où des cas cliniques sont discutés et des décisions organisationnelles sur le fonctionnement de la clinique sont prises (47). Bien que la littérature montre que le succès de la collaboration se mesure à travers la fréquence de ces interactions, environ le tiers des répondants à l'enquête 2019-2020 mentionnée au paragraphe précédent rapportent ne pas participer à de tels échanges interprofessionnels. D'autres études, au Québec et ailleurs, convergent vers des résultats similaires. Les raisons souvent

nommées pour justifier ce manque d'engagement sont le défaut d'inviter l'entièreté de l'équipe lors de ces rencontres (ou de procéder à un choix judicieux des participants), le manque de temps et l'absence de rémunération liée à ce type d'activité. Ce dernier point est particulièrement vrai dans le cas des médecins de GMF non universitaires. Nous recommandons que ces activités, qui permettent une meilleure cohésion d'équipe mais surtout une collaboration plus efficace et une communication accrue soient encouragées et reconnues financièrement au même titre que les soins prodigués au patient.

Augmenter le temps consacré par les médecins omnipraticiens dans des organisations de première ligne

Au Québec, bon nombre de médecins omnipraticiens consacrent une grande partie de leur temps à travailler dans d'autres milieux cliniques que les services de première ligne, dont les centres hospitaliers de soins de courte et longue durée et les centres de réadaptation. Ceci a un impact direct sur la capacité de prise en charge de patients en première ligne. À titre illustratif, en 2019, 71% des médecins omnipraticiens travaillaient auprès de leur clientèle de première ligne plus de 35 heures par semaine comparativement à la moyenne canadienne de 81% (54). Le Québec se distingue donc défavorablement par rapport aux autres provinces pour le temps consacré des médecins omnipraticiens en première ligne (54). Cette situation est le résultat de la politique liée aux activités médicales particulières (AMP) imposée aux médecins omnipraticiens afin de répondre à la problématique de couverture médicale dans les établissements. Tous les médecins de famille qui exercent dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec sont visés par l'engagement de consacrer une partie de leur pratique à des AMP. La liste des AMP est déterminée par le DRMG de la région où le

médecin détient un droit de pratique. Les médecins de moins de 15 ans de pratique doivent s'engager à 12 heures d'AMP par semaine. En cas de non-respect de l'entente particulière AMP, le médecin s'expose à une réduction de 30% applicable sur l'ensemble de sa facturation faite à la RAMQ.

L'une des solutions pour augmenter la prise en charge de patients en première ligne serait un rehaussement des heures consacrées par les médecins omnipraticiens en première ligne plutôt qu'en établissement. Il faut trouver un juste équilibre entre les AMP en établissement et les AMP en première ligne. Il existe des AMP en première ligne, mais ils sont peu utilisés et souvent peu priorités par les établissements. Une augmentation des AMP en première ligne pour les médecins qui le souhaitent permettrait d'augmenter leur capacité de prise en charge. Cette réflexion doit toutefois être réalisée avec prudence afin de ne pas déséquilibrer les ressources médicales nécessaires pour répondre aux obligations hospitalières et des autres établissements.

Intégrer de manière pérenne les téléconsultations dans l'offre de services de première ligne

La pandémie a montré que les organisations de première ligne et les différents professionnels qui y travaillent ont été très agiles dans l'implantation rapide des téléconsultations (55). Avant la pandémie, la téléconsultation était très peu utilisée, tant au Québec qu'ailleurs dans le monde (56). Au Québec, les médecins de famille n'étaient pas rémunérés pour ce mode de consultation. Or, depuis le 16 mars 2020, le Québec a autorisé un code de facturation pour la réalisation de consultations téléphoniques ou vidéo au même coût qu'une consultation en personne. De même, le MSSS a approuvé une liste de plateformes qui pouvaient être utilisés (ex. TEAMS, ZOOM, REACTS, DME) qui garantissaient la sécurité et la confidentialité pendant la consultation.

À l'été 2020, une étude que nous avons menée au Québec dans tous les GMF universitaires a montré une très grande augmentation de l'utilisation des consultations téléphoniques par les différents professionnels de la santé, dont les médecins de famille, les infirmières praticiennes spécialisées, les infirmières cliniciennes, les travailleurs sociaux et les psychologues (57). Toutefois, l'utilisation des consultations vidéo a très peu augmenté (entre 2 à 16% dépendant des professionnels), suggérant une utilisation modeste. Plusieurs avantages ont été rapportés par les professionnels concernant l'utilisation des téléconsultations, dont l'amélioration de l'efficacité de certaines consultations et la réduction des déplacements pour les patients. Le Tableau 1 présente un résumé des principaux avantages et inconvénients perçus par les professionnels présentés selon la proportion rapportée (57).

Tableau 1 Principaux avantages et inconvénients de l'utilisation des téléconsultations par rapport aux visites en personne

| Avantages | Inconvénients |
|---|---|
| ➤ 400 répondants | ➤ 396 répondants |
| <ul style="list-style-type: none"> ✔ Diminue les déplacements pour les patients et professionnels (40 %) ✔ Rendez-vous plus rapide, moins de pertes de temps (31 %) ✔ Plus efficace (20 %) ✔ Disponibilités, flexibilité (20 %) ✔ Facilite l'accès (20 %) ✔ Diminue les risques infectieux (17 %) ✔ Idéal pour les suivis de maladie chronique, les renouvellements de prescription ou les suivis de compliance (14 %) ✔ Organisation générale plus simple (14 %) | <ul style="list-style-type: none"> ✘ Absence d'examen physique (45 %) ✘ Plus difficile pour certains patients : <i>Barrières technologiques, aînés, allophones, nouveaux patients, patients avec des troubles visuel, auditif ou cognitif, vulnérables</i> (34 %) ✘ Établir un diagnostic certain est plus complexe (24 %) ✘ Dédoublage des RDV avec une visite en personne (21 %) ✘ Manque d'informations non-verbales (19 %) ✘ Plus long, plus compliqué (18 %) ✘ Difficultés avec la technologie (15 %) ✘ Non approprié pour certains cas (15 %) |

Étant donné les avantages et l'acceptabilité de ce mode de consultation, il est surprenant que le MSSS ait envoyé une directive en septembre 2021 recommandant les consultations en présentiel et interdisant les téléconsultations dans des situations urgentes. Les téléconsultations sont une modalité de consultation contemporaine pertinente et appropriée à utiliser dans certaines situations cliniques, selon le jugement des cliniciens et les préférences des patients. Les téléconsultations offrent une modalité complémentaire contemporaine dans l'offre de services, pouvant potentiellement augmenter la capacité et l'accès en première ligne.

Les consultations vidéo ont très faiblement été implantées au Québec et mériteraient de se déployer davantage. Nous croyons qu'il faut mieux intégrer les téléconsultations dans l'offre de services de première ligne en s'inspirant des guides pratiques développés en première ligne ou dans d'autres contextes (58). Des réflexions doivent être poursuivies pour accompagner les professionnels de la santé vers une intégration de cette nouvelle pratique dans leur travail quotidien, comme une façon d'optimiser l'accès, tout en maintenant les normes de soins habituelles qui régissent l'exercice des soins de santé.

Appuyer davantage les organisations et les initiatives qui promeuvent le mouvement « Choisir avec soin »

La capacité de prise en charge en première ligne est grandement influencée par la quantité et l'intensité des services offerts. Il convient donc de réfléchir à la pertinence des soins pour améliorer l'efficacité de notre système. Quel professionnel en première ligne est-il préférable de consulter selon les motifs de consultations? Quelle est l'intensité et la fréquence des suivis optimales selon les différentes maladies chroniques? Est-ce qu'il y a des tests fréquemment réalisés en première ligne qui apportent peu de valeur thérapeutique mais qui demandent aux professionnels du temps pour assurer le suivi de ces tests? Est-ce qu'un plus grand soutien à l'auto-gestion avec des applications en ligne pour accompagner les patients et les professionnels permettrait de réduire des consultations de première ligne? Il est fondamental que le gouvernement soutienne des dispositifs visant à aider les professionnels en première ligne à faire des choix éclairés quant à la pertinence et l'efficacité des activités cliniques, de même que de convaincre les patients que ces choix sont les bons.

À travers le monde, il existe différents mouvements de « Choisir avec soin » (*choosing wisely*) (choisir-avecsoin.org) ou moins est mieux (*Less is more*). Ces initiatives sont soutenues par des guides de pratique clinique basés sur les meilleures preuves

scientifiques en exposant clairement les avantages et les désavantages des différentes alternatives.

Au Québec, depuis 2020, le Collègue Québécois des Médecins de Famille (CQMF) a pris le leadership d'une campagne « Choisir avec soin » afin de réduire les examens et les traitements inutiles en santé. Des réflexions s'inscrivant dans le mouvement « Choisir avec soin » devraient être élargies à différents professionnels œuvrant en première ligne en collaboration avec d'autres partenaires, dont l'INESSS, afin d'identifier les meilleures pratiques appliquées au domaine de la première ligne. Il est important de promouvoir des outils et des stratégies basées sur des données probantes visant la réduction des examens et des traitements inutiles en santé de même que favoriser des discussions entre les professionnels de la santé et leurs patients concernant l'utilisation judicieuse des tests et des traitements.

La première section de ce mémoire visait à dégager des recommandations permettant d'augmenter la capacité des équipes de première ligne et faciliter l'entrée dans le système pour les patients. La seconde section se focalisera davantage sur l'accès en temps opportun et la nécessité de se soucier de la continuité des services lorsqu'on souhaite améliorer cette composante de la qualité en première ligne.

Améliorer l'accès en temps opportun aux services de première ligne

8

Encourager l'implantation adéquate du modèle *Accès Adapté* par les professionnels travaillant en première ligne et investir dans leur formation

L'accès en temps opportun, visant à offrir aux patients les services de santé dont ils ont besoin au moment opportun, est l'un des dix piliers du «*Centre de médecine de famille*» (59). Plusieurs interventions ont été développées à travers le monde pour améliorer l'accès en temps opportun dont l'une des plus recommandées est le modèle d'accès adapté (*Advanced Access*; AA) (60, 61). Ce modèle, développé aux États-Unis en 2001, a été adopté dans de nombreux pays, et est reconnu comme l'un des fondements des services de première ligne de qualité et performants. L'efficacité du modèle AA, pratiqué par des médecins et des infirmières, a été démontrée dans divers systèmes de santé dans le monde (62-65). Les avantages comprennent la réduction des temps d'attente (62, 63, 65-67) et des rendez-vous manqués (62, 66) et l'amélioration de la satisfaction des professionnels (64, 68) et des patients (62).

Au cours des deux dernières décennies, l'accès adapté est devenu de plus en plus populaire au Canada. Le modèle a été largement promu par le Collège des médecins de famille du Canada et plusieurs autres organisations provinciales et associations professionnelles dont la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Depuis la création du modèle d'accès adapté il y a plus de 20 ans, un modèle AA révisé basé sur une pratique

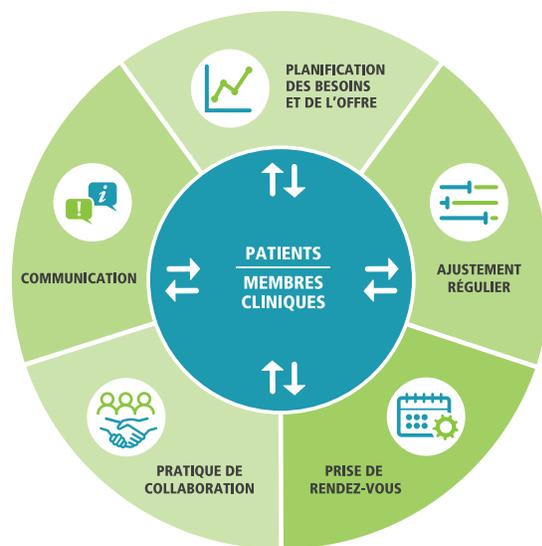


Figure 1 **Modèle révisé de l'accès adapté**

d'équipe interdisciplinaire a été développé par notre équipe de recherche à travers un processus de consultations multiples avec plus de 45 experts (69). Fondé sur une accessibilité accrue liée à une continuité relationnelle avec un professionnel ou une équipe de première ligne, ce modèle organisationnel se définit selon cinq principes directeurs (voir Figure 1): 1) planification globale des besoins des patients, de l'offre et des variations récurrentes ;

2) ajustement régulier de l'offre en fonction de la demande ; 3) révision du processus de prise de rendez-vous ; 4) intégration et optimisation de la pratique de collaboration et 5) communication à propos de l'accès et de son fonctionnement.

Au Québec, l'accès adapté a été grandement promu par plusieurs associations, dont le Collège québécois des médecins de famille de même que le MSSS. Plus de 2 000 professionnels (infirmier(ère)s, médecins, personnel administratif) ont participé à des formations sur l'accès adapté, visant le déploiement de l'innovation à l'échelle provinciale. Au cours des dix dernières années, la majorité des médecins de famille, en étroite partenariat avec d'autres professionnels de la santé, ont implanté l'accès adapté au sein de leur organisation. Les résultats d'études récentes menées au Québec ont montré une grande variation du niveau d'implantation de l'accès adapté de même que différentes combinaisons des principes directeurs (70-72).

Plusieurs formations sur l'accès adapté ont été données par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et la MSSS au début de l'implantation. Nous croyons que ces formations doivent se poursuivre afin de former un plus grand nombre de professionnels et permettre la mise à jour de certains concepts en pratique. De plus

en plus de travaux scientifiques montrent que les concepts peuvent également être utilisés ou sinon adaptés par d'autres professionnels en première ligne. Ainsi, la formation devrait être offerte également à ces professionnels. De plus, les différents ordres auxquels ces professionnels appartiennent (p. ex. l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre des pharmaciens du Québec, l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, l'Ordre des psychologues du Québec) devraient s'impliquer dans le développement et la prestation de ces formations afin de favoriser l'implantation du modèle et sa démocratisation au-delà des médecins omnipraticiens.

Les agents administratifs responsables de la prise de rendez-vous en clinique sont également des acteurs clés dans l'implantation de l'accès adapté et requièrent impérativement une formation afin de mieux comprendre leurs rôles dans l'aiguillage et l'orientation du patient selon le motif de consultation. Notre équipe de recherche a d'ailleurs développé des capsules vidéo en ligne pour les agents administratifs. Cette formation est disponible en ligne à l'adresse <http://accesadapte.recherche.usherbrooke.ca>. Des capsules vidéo ont également été développées pour les résidents pour faciliter leur introduction au modèle d'accès adapté.

Rendre disponible des indicateurs permettant la planification de la demande et de l'offre des professionnels

L'un des premiers piliers de l'accès adapté est d'avoir une connaissance des caractéristiques des patients inscrits afin de prévoir la demande théorique (nombre de consultations à prévoir). Cet exercice de segmentation de la clientèle inscrite s'appuie sur les constats que les patients inscrits n'ont pas tous les mêmes besoins de consultations

et qu'il est possible de prévoir la demande en réalisant une analyse fine de leur patientèle.

La FMOQ propose une formule afin de modéliser la demande théorique de chaque médecin (voir Figure 2).

Figure 2 Formule d'estimation de la demande annuelle proposée par la FMOQ



Cette planification proposée par la FMOQ permet de faire une estimation de la demande envisagée par les patients inscrits en fonction de l'offre du médecin de famille incluant le nombre et la durée des rendez-vous. Lorsque comparée à la disponibilité annuelle d'un professionnel, cette analyse permet d'avoir une réflexion globale de l'équilibre entre l'offre et la demande. Cette estimation s'appuie essentiellement sur une analyse des patients inscrits sans tenir compte des consultations aux patients non-inscrits. Les rendez-vous offerts aux patients orphelins doivent être considérés dans la planification de l'offre puisqu'ils ont un impact sur la disponibilité du professionnel. Aussi, ces modélisations devraient être mises à jour dans une optique de pratique interprofessionnelle, où le nombre de consultations planifiées pourraient être réparties entre les différents professionnels présents à la clinique.

Cet exercice permet d'analyser la capacité à inscrire de nouveaux patients selon le profil de pratique du professionnel. Advenant un grand déséquilibre entre la demande et l'offre, l'accès en temps opportun risque d'être difficile à atteindre. Nous recommandons de mettre en place une formule dans chaque dossier médical électronique (DMÉ) permettant le calcul des indicateurs de l'offre et de la demande pour chacun des professionnels qui en fait l'usage. Ces données sont facilement accessibles, mais nécessitent une bonne connaissance de la manipulation de la base de données soutenant le DMÉ. En rendant ce calcul obligatoire auprès de chaque fournisseur de DMÉ, on abolit la difficulté technique, rendant ainsi plus aisée l'utilisation de ces indicateurs dans une démarche réflexive.

Faire connaître et encourager les professionnels à adopter des stratégies d'ajustement régulier de leurs disponibilités

Les demandes de consultation varient au cours d'une année. Il est possible de prévoir ces variations récurrentes. Par exemple, il est possible de planifier les périodes où les demandes de consultation sont souvent accrues, comme la saison de la grippe. Aussi, plusieurs périodes de diminution de l'offre sont prévisibles, comme par exemple, lorsque les professionnels consacrent du temps dans d'autres milieux de soins comme les centres hospitaliers ou lorsqu'ils prennent des vacances. Ces périodes

nécessitent la mise en place de stratégies de la part des professionnels pour tenir compte des variations récurrentes et ainsi faciliter la gestion de l'agenda en amont et en aval de ces périodes pré-identifiées. Par exemple, il est important de planifier ces absences de plus de deux semaines en établissant des plans de remplacement (ententes, échanges de services) afin d'assurer à ses patients une continuité de services et d'éviter des bris de services.

D'autres mécanismes peuvent être mis en place afin de prévenir le déséquilibre et maintenir un ajustement régulier de l'offre. Dans l'implantation de l'accès adapté, il est recommandé d'ouvrir l'horaire des rendez-vous sur une période de 2 à 4 semaines et de réserver au moins 20% des plages de rendez-vous pour des demandes urgentes ou semi-urgentes à 48 heures de préavis. Cette stratégie permet d'offrir des services en temps opportun en misant sur la continuité relationnelle avec leurs patients. Cette stratégie permet de ne pas surcharger l'horaire, de minimiser les consultations en sans rendez-vous (qui occasionnent souvent une seconde consultation avec le médecin auquel le patient est affilié) et de conserver des disponibilités pour l'accès rapide.

Des mécanismes de rétroaction peuvent être mis en place entre le professionnel et l'agent administratif afin d'être informé s'il existe un déséquilibre, permettant de savoir si les patients inscrits avec le professionnel consultent d'autres professionnels de la clinique par manque de disponibilité ou que ces patients sont référés aux services de sans rendez-vous. Les services de sans rendez-vous sont utiles et pertinents, mais le patient devrait d'abord consulter l'équipe de professionnels qui le connaît, quand le motif de consultation est approprié et que la disponibilité des professionnels le permet.

Plusieurs stratégies peuvent être utilisées par les professionnels dans les situations où ils observent un déséquilibre entre les demandes et les offres de consultation, dont des stratégies pour optimiser les consultations (*maxpack*), l'ajustement ou l'augmentation des intervalles pour le suivi de certains patients, les ordonnances collectives et les ordonnances individuelles d'ajustement ou le renouvellement d'ordonnances pour plus d'un an, pour n'en nommer que quelques-unes.

Nous sommes en désaccord avec la proposition du gouvernement d'imposer aux médecins omnipraticiens de travailler davantage en heures défavorables. Nos travaux montrent que généralement, les patients souhaitent avoir accès à leurs professionnels d'abord et avant tout et vont même dans plusieurs cas concéder un léger délai si une consultation avec leurs professionnels habituels est possible. Les cliniques dans lesquelles nous avons menées des enquêtes de satisfaction de la patientèle et où les heures défavorables n'étaient pas nécessairement couvertes étaient satisfaits de leur capacité d'accès. Nous croyons qu'un premier pas devrait être fait d'abord pour soutenir les professionnels à atteindre un meilleur équilibre afin de permettre un meilleur accès en temps opportun. Nous sommes d'avis qu'il faut encourager les médecins à participer à une offre additionnelle de sans rendez-vous populationnel pour les patients orphelins tout en répondant dans des délais appropriés aux patients inscrits à la clinique. Nous croyons qu'il est possible de répondre aux besoins des patients par la mise en place de plusieurs stratégies afin d'offrir des disponibilités rapidement. Nous sommes également d'avis qu'il faille accompagner les professionnels à identifier des solutions adaptées à leur pratique et leurs clientèles.

L'approche coercitive en imposant de travailler en heures défavorables n'est pas souhaitable et ne permet pas de répondre à la problématique de capacité pour répondre à la demande. Nos travaux montrent qu'on peut augmenter grandement l'accès sans augmenter le nombre d'heures travaillées en se concentrant sur une meilleure gestion de l'offre. À notre avis, le problème principal n'est pas d'offrir des services en heures défavorables, mais plus globalement, la capacité de répondre à la demande en orientant le patient au bon professionnel selon le motif de la demande.

Encourager les professionnels à varier les modalités complémentaires de prise de rendez-vous et intégrer de manière avisée la prise de rendez-vous en ligne pour éviter de nuire à l'accès en temps opportun

La prise de rendez-vous en ligne est une pratique moderne et contemporaine qui devrait être intégrée au système de rendez-vous utilisé par les professionnels et les organisations de première ligne. Cette modalité en ligne peut être disponible en dehors des heures d'ouverture de la clinique, ce qui améliore la flexibilité de prise de rendez-vous pour les patients. Cette modalité de prise de rendez-vous en ligne devrait être complémentaire à une prise de rendez-vous téléphonique ou en personne. Il existe différentes plateformes de prise de rendez-vous en ligne pour les patients et les professionnels, dont celle développée par le gouvernement du Québec, le Rendez-vous Santé Québec (RVSQ). Le RVSQ est une plateforme gratuite de prise de rendez-vous, mise en place par la RAMQ. Cette plateforme permet aux organisations de première ligne participantes d'afficher des plages de rendez-vous qui peuvent être réservées directement par des patients ou par des professionnels de la santé référant des patients en première ligne (ex. : 8-1-1, réorientation des patients catégorisés non urgents des urgences). À ce jour, la participation des cliniques au RVSQ ou à d'autres plateformes est variable.

Bien que nous recommandions d'ajouter la modalité de prise de rendez-vous en ligne, il y a des risques de réduire les potentiels d'amélioration attendue par l'implantation de l'accès adapté et ce, au détriment des patients. Plusieurs professionnels craignent, à raison, de perdre les bénéfices liés à l'implantation de l'accès adapté, notamment 1) la perte de contact synchrone avec une agente administrative qui guide le patient dans la navigation vers la plage horaire et le professionnel le plus approprié à la demande de consultation ainsi que 2) l'augmentation des rendez-vous manqués (*no shows*), mettant à risque l'accès des patients et leur expérience de soins.

L'un des avantages d'un système en ligne est la cascade programmée des rendez-vous afin que le patient soit dirigé en priorité vers un rendez-vous 1) avec son médecin, 2) dans sa clinique médicale ou 3) dans une clinique près de son domicile. Aussi, pour les patients orphelins, ce système permet de trouver plus facilement, via un système centralisé

de prise de rendez-vous en ligne, un rendez-vous médical à proximité de son domicile.

En contrepartie, les systèmes de prise de rendez-vous en ligne n'offrent actuellement que des rendez-vous avec des médecins, limitant ainsi l'accès à l'équipe interprofessionnelle en première ligne. Il est toutefois prévu d'ajouter les infirmières praticiennes spécialisées et les résidents prochainement. De plus, l'algorithme de priorisation du rendez-vous en fonction de l'urgence de la demande présentement offert est rudimentaire et n'est pas à l'abri d'un patient pouvant inscrire une fausse raison de consultation afin d'obtenir un rendez-vous dans des délais qui lui conviennent mieux, ce qui va à l'encontre des principes de l'accès adapté. Rappelons finalement qu'un des fondements de l'accès adapté est de répartir les demandes de rendez-vous selon les motifs de consultation sur une plage horaire de deux semaines afin de conserver 20% de disponibilités à 48h d'avance pour des consultations urgentes ou semi-urgentes. Sans l'utilisation d'un algorithme de priorisation exhaustif, la capacité d'offrir de la disponibilité rapidement pour les cas urgents est grandement diminuée.

Il nous semble important d'accompagner les professionnels et les organisations de première ligne dans cette transition d'intégration d'un système de rendez-vous en ligne. Nous avons observé une clinique médicale qui a réussi cette transition avec succès pendant la pandémie. Celle-ci souhaitait basculer une bonne partie de sa prise de rendez-vous sur la plateforme RVSQ. Nous avons d'abord informé les patients de la clinique via divers médias de cette option additionnelle pour prendre rendez-vous. Par la suite, à l'aide de techniques d'amélioration continue de la qualité et en collaboration avec les équipes cliniques et administratives, nous avons réussi à trouver l'agencement optimal d'ouverture des plages horaires permettant de maintenir les indicateurs d'accès au-dessus des attentes. À terme, ce sont environ 15% à 30% des rendez-vous qui étaient pris à travers la plateforme RVSQ, avec une médiane de 2 jours pour le troisième rendez-vous disponible.

Orienter le patient au bon professionnel de la santé selon les motifs de consultation et la pertinence

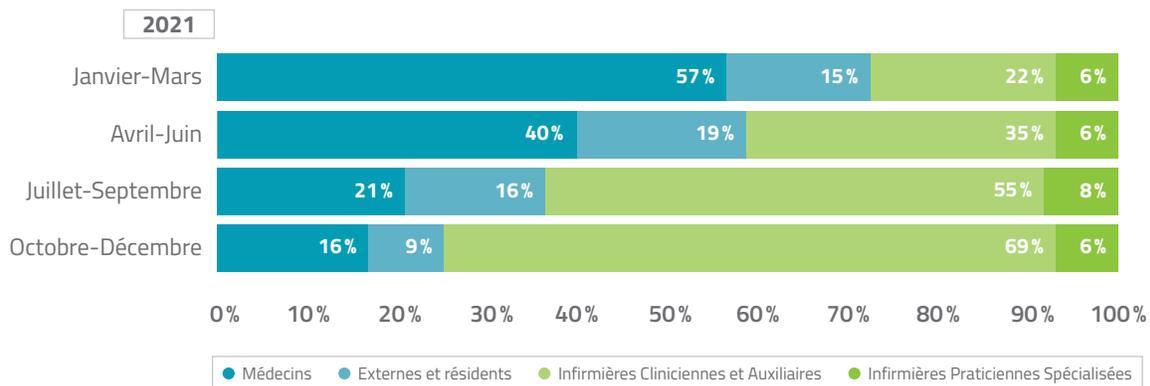
Le personnel administratif est un acteur clé dans la réussite de la prise de rendez-vous avec le bon professionnel selon le motif de consultation (71). Le motif de consultation devrait être utilisé pour placer le rendez-vous à l'agenda selon un délai approprié. L'une des stratégies pour soutenir le personnel administratif est l'utilisation d'un algorithme d'aiguillage, un document comprenant des informations sur les grandes lignes de soins que chacun des membres de l'équipe clinique peut faire et les raisons médicales liées à une orientation vers le bon professionnel ou vers des services à l'extérieur de la clinique.

L'orientation de la consultation vers le bon professionnel est au cœur de la stratégie. Une consultation avec un omnipraticien n'est pas la solution optimale pour plusieurs besoins. Par exemple, le renouvellement d'une médication pour une condition jugée stable pourrait être opéré par une infirmière praticienne spécialisée ou un pharmacien. Certaines consultations en santé mentale bénéficieraient aussi d'un accès direct à une travailleuse sociale ou un psychologue.

Une expérimentation «Accès réseau pertinence» déployée dans le Bas-St-Laurent s'appuie sur l'hypothèse que seulement 50% des demandes de consultation vont être réorientées vers des rendez-vous avec des médecins de famille du territoire. Une secrétaire bien outillée, en collaboration avec une infirmière clinicienne en cas de besoin, évalue le motif de consultation du patient afin de lui donner un rendez-vous avec le professionnel le plus approprié selon les ressources et l'urgence de la demande (55).

Un autre exemple de succès d'orientation vers le professionnel adéquat selon le motif de consultation a été observé dans un GMFU de la Montérégie pendant la pandémie (73). Pendant la période de délestage, le GMFU avait conservé environ 16 médecins et 2 infirmières auxiliaires. À ce moment, 72% des demandes de consultation étaient orientées vers les médecins de famille ou les résidents et seulement 22% vers les infirmières, faute de disponibilité. À la fin du délestage, avec le retour de 6 infirmières cliniciennes au GMFU, les demandes orientées vers les médecins de famille ou les résidents ont diminué à 25%, avec 69% des demandes maintenant réorientées vers les infirmières.

Tableau 2 Évolution des orientations des demandes de consultation au personnel infirmier et aux médecins dans un GMFU



Instaurer un système de monitoring provincial sur l'accès pour soutenir la pratique réflexive

Les outils de vérification et de rétroaction (*audit-feedback*) sont une approche reconnue et couramment utilisés pour initier une pratique réflexive d'amélioration de la pratique des professionnels (74). Une intervention d'audit-feedback comporte généralement 1) une phase d'audit dans laquelle des indicateurs sont mesurés; et 2) une phase de rétroaction, dans laquelle les résultats mesurés sont rapportés aux professionnels pour initier un processus réflexif menant à l'élaboration de stratégies d'amélioration (75). L'audit-feedback repose sur le postulat qu'un écart observé entre la performance actuelle et une valeur de comparaison entrainera chez l'individu le désir de modifier ses comportements.

Toutefois, peu de données liées à l'accès aux services de première ligne sont accessibles pour les professionnels de la santé au Québec. Plusieurs indicateurs sont proposés dans la littérature pour apprécier l'accès aux services, dont le troisième rendez-vous disponible, les délais pour obtenir un rendez-vous, les *no-show* et les pertes au suivi (63). L'indicateur le plus souvent utilisé dans la littérature pour apprécier l'accès en temps opportun est le troisième rendez-vous disponible (63). Le troisième rendez-vous disponible se calcule en nombre de jours entre le moment présent et la troisième plage de rendez-vous disponible dans l'agenda du professionnel (76). Utiliser le premier rendez-vous disponible dans l'horaire peut donner une fausse impression de la disponibilité dans l'horaire, en raison d'annulations potentielles d'un patient ou toutes raisons inattendues. Le troisième rendez-vous disponible est plus robuste face à ces fluctuations, fournissant ainsi une évaluation plus valide de la situation.

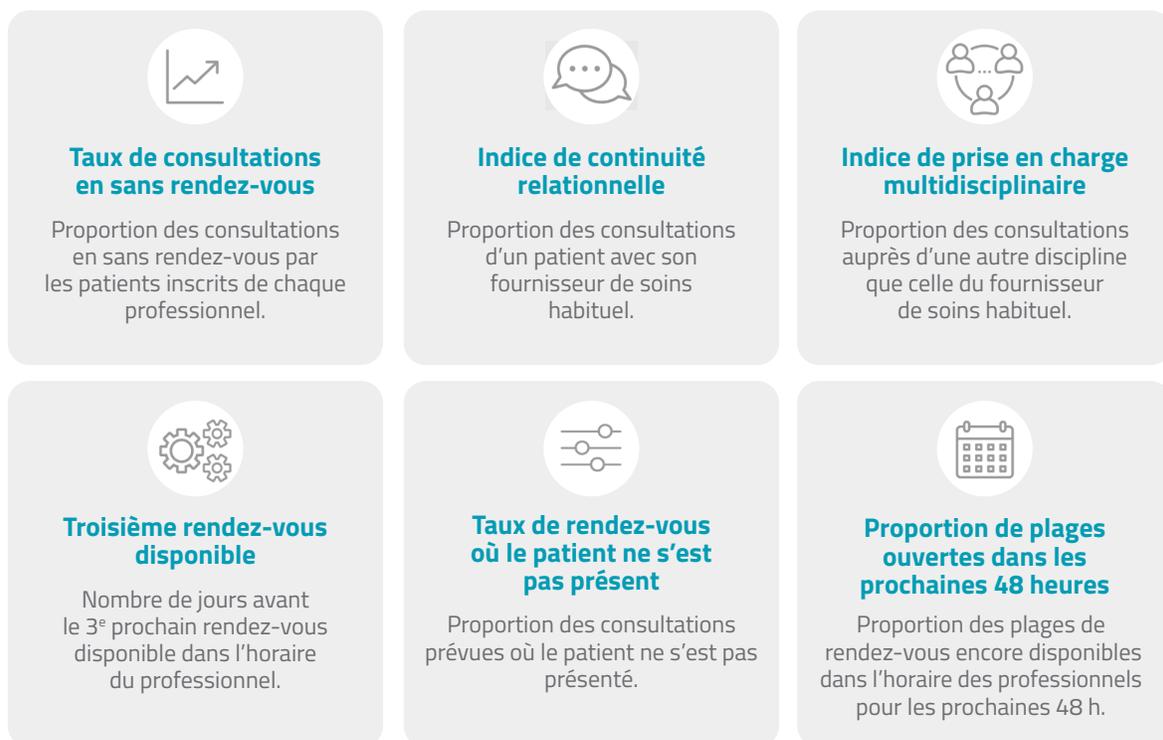
Actuellement au Québec, les données médico-administratives sont grandement sous-utilisées. Des initiatives existent pour soutenir les réflexions quant à l'amélioration de la qualité en première ligne, dont les travaux de l'INESSS portant sur les indicateurs de qualité en première ligne (77). Toutefois, à notre connaissance, il n'existe aucun système capable de générer des indicateurs organisationnels portant sur l'accès au niveau provincial.

Pourtant, il est possible d'extraire plusieurs des indicateurs sur l'accès via les DMÉ des organisations de première ligne. Dans le cadre d'un projet de recherche portant sur l'accompagnement de cliniques médicales à l'implantation de l'accès adapté (73), notre équipe de recherche mesure hebdomadairement six indicateurs d'accès dans sept GMF au Québec, provenant de trois DMÉ différents. La Figure 3 présente la liste des indicateurs présentement mesurée par notre équipe de recherche.

Avec l'accord des cliniques participantes, ces indicateurs permettent de créer rapidement et efficacement des portraits personnalisés de l'accès à chacun des professionnels de la clinique et sont suffisants pour initier une démarche réflexive riche. La quasi-instantanéité avec laquelle il est possible d'avoir accès à ces indicateurs et sa bonne validité surpassent d'autres sources de données potentielles (p. ex. RAMQ) qui nécessitent des longs délais de réception et de nettoyage.

L'une des principales limites des indicateurs organisationnels sur l'accès extraits des DMÉ est qu'ils sont intra-muraux, c'est-à-dire qu'ils ne permettent pas d'apprécier l'utilisation des services à l'extérieur de la clinique médicale. Le déploiement actuel de l'orchestrateur des systèmes de rendez-vous (HUB) permet de rêver à la création d'indicateurs complémentaires capables de dresser un portrait plus exhaustif de l'accès aux services de première ligne. De nouveaux indicateurs pourraient ainsi être extraits, comme le nombre de rendez-vous ayant été offerts à l'extérieur de la clinique du patient (cliniques médicales avoisinantes, services d'urgence), permettant ainsi de mieux visualiser la trajectoire du patient pour accéder à des soins. Toutefois à court et moyen terme, nos discussions avec les autorités pertinentes nous laissent croire que la programmation actuelle du HUB ne permet pas l'extraction de ces données à un niveau individuel (le professionnel) ni même organisationnel (la clinique), limitant ainsi la capacité d'utiliser ces données dans une démarche réflexive significative.

Figure 3 Indicateurs pour apprécier l'accès aux services de première ligne



Nous recommandons d'instaurer un système de monitoring de l'accès aux services de première ligne au niveau provincial. Une approche provinciale de soutien à une pratique réflexive doit inclure des systèmes d'information pour analyser l'accès. Les portraits individuels peuvent être agrégés à l'échelle d'une organisation de première ligne et d'un réseau intégré. Il est particulièrement important que ces données soient accessibles directement pour les professionnels eux-mêmes ainsi que pour les gestionnaires locaux, afin qu'ils puissent réagir en temps réel en concordance avec les principes d'amélioration continue. En offrant à chaque professionnel un portrait fiable de sa propre pratique, de son évolution dans le temps et de manière à se comparer avec la moyenne, on contribue ainsi à mettre en place les éléments clés permettant l'amélioration réelle et efficace de l'accès et plus largement de la qualité des services.

De manière complémentaire aux indicateurs organisationnels, plusieurs systèmes de santé évaluent

sur une base régulière l'expérience de soins rapportée par les patients. Un retour d'information de la part des patients est devenu un élément important pour l'amélioration de la performance des systèmes de santé (78). En Angleterre, une enquête de l'expérience de soins des patients en première ligne est réalisée annuellement pour le *National Health Service* (NHS) (79). Les enquêtes auprès des patients sont une source d'information complémentaire pour apprécier l'accès aux services de première ligne. D'ailleurs, nous avons réalisé des enquêtes sur l'accès auprès des patients de quatre cliniques au Québec. Ces enquêtes sont une riche source d'information pour les cliniques et appréciées par les professionnels. Nous sommes d'avis que réaliser des enquêtes sur l'expérience des patients est une bonne pratique dans une stratégie d'amélioration de la qualité des services. Nous recommandons au MSSS d'échanger avec les DRMG et les GMF afin d'explorer si cette source d'information serait intéressante afin de bonifier les tableaux de bord de performance sur l'accès.

Accompagner par des équipes externes spécialisées les professionnels et les organisations de première ligne dans l'implantation du modèle accès adapté

Les données scientifiques démontrent qu'une approche réflexive ou la formation continue seules peuvent difficilement soutenir un changement de pratique et donc l'amélioration de la qualité des services sur le long terme (80-82). Pour pallier à cette lacune, une approche d'amélioration continue de la qualité pour accompagner les changements organisationnels est une stratégie prometteuse. Une approche grandement populaire dans différents systèmes de soins de santé est le modèle pour l'amélioration (*Model for Improvement*), qui a été conçu pour promouvoir, structurer et soutenir les changements dans les organisations afin d'améliorer à la fois les processus et les résultats du système (83). Dans ce modèle, les changements sont mis en œuvre par le biais de cycles de mise en œuvre itératifs en quatre étapes (reconnues par l'acronyme PRÉA) où le changement est: 1) planifié sur la base de preuves provenant de données, de commentaires de la communauté et/ou de l'expérience des parties prenantes (Planifier); 2) exécuté tout en documentant ses effets (Réaliser); 3) analysé en mesurant les résultats obtenus, tout en les comparant aux résultats attendus et en appréciant l'impact du changement (Étudier); et enfin 4) affiné, soit en maintenant ou en ajustant les actions dans les cycles futurs, soit en élargissant son échelle (Agir).

Des experts facilitateurs doivent accompagner le processus d'amélioration continue de la qualité et plus précisément les cycles PRÉA (80). Nous recommandons de mettre en place des facilitateurs de pratique externes afin de soutenir les changements de pratiques des professionnels en s'appuyant sur une approche d'amélioration continue de la qualité. À titre illustratif, au cours des deux dernières années, financés par le Fonds de recherche du Québec-Santé (FRQS), nous avons accompagné cinq GMF et GMFU québécois dans un processus

d'amélioration continue de la qualité sur l'accès adapté (73). Nos objectifs étaient doubles: 1) améliorer les indicateurs d'accès pour les professionnels qui observaient déjà les principes de l'accès adapté et 2) promouvoir l'implantation des principes à un plus vaste éventail de professionnels en première ligne, incluant les infirmières cliniciennes, les travailleurs sociaux et les pharmaciens.

Selon nos observations, la majorité des professionnels ne savent pas par où ni comment commencer un projet d'amélioration de l'accès et ce, peu importe leur niveau d'implantation des principes. Il est aussi pertinent de mentionner qu'une démarche d'amélioration de l'accès au sein d'une clinique peut difficilement se faire de manière individuelle. Typiquement, les changements qui doivent être apportés dans la pratique d'un individu ont des répercussions sur plusieurs membres de l'équipe. Conséquemment, le taux de réussite et la pérennité des changements seront grandement augmentés si la clinique s'engage dans un processus collectif d'amélioration continue de l'accès.

Selon les témoignages recueillis dans le cadre de nos activités d'accompagnement auprès de plusieurs professionnels, un accompagnement extérieur les a aidé à identifier des pistes de solutions mieux adaptées à leur pratique et leur a donné des outils concrets pour mettre en place des changements. Les impacts ont été largement positifs, et nous avons obtenu des résultats probants dans l'ensemble des cliniques accompagnées. Un nouveau projet de recherche, financé en grande partie par le MSSS, nous permettra de tester dès le printemps 2022 l'application d'une approche d'amélioration continue de la qualité sur l'accès adapté à plus grande échelle.

Éduquer la population quant au fonctionnement et l'organisation des services de première ligne afin de faciliter leur navigation

Au cours des dix dernières années, le fonctionnement et l'organisation des cliniques médicales se sont transformés et les guides de pratiques ont évolué. Il est impératif d'investir dans l'éducation auprès de la population afin de soutenir une implantation efficace des principes de l'accès adapté et de fournir tous les outils aux patients pour devenir de meilleurs utilisateurs des soins de santé.

Il faut éduquer la population afin de briser certains mythes et attentes par rapport à l'accès. D'abord, il est important d'enseigner qu'il n'est pas toujours

adéquat ni pertinent de consulter un médecin pour répondre à des besoins de santé. Certaines problématiques de santé seraient mieux desservies ou de manière plus efficace par d'autres professionnels. Aussi, il est important d'enseigner qu'un examen annuel n'est pas recommandé de manière systématique et universelle, particulièrement auprès des jeunes et des adultes en bonne santé. Finalement, il est important d'enseigner que toutes les raisons de consultations ne nécessitent pas une visite urgente dans un délai de 48h.

Conclusion

L'accessibilité est un élément essentiel de la prestation des services de première ligne efficace et de haute qualité. Toutefois, la continuité des services est une composante toute aussi centrale d'un système de santé performant et ne doit pas être négligée. Lorsque la continuité est déficiente, les patients seront plus à risque de se sentir perdus ou abandonnés par le système de santé, multipliant alors les stratagèmes pour obtenir un rendez-vous. De la même manière, si l'accès à un professionnel de santé ou à une équipe de professionnels qui connaît le patient est difficile, il s'ensuit que le patient cherchera des services avec un autre professionnel ou une autre organisation de santé et ainsi mettra en péril la continuité des services (76). La continuité et l'accès doivent donc être réfléchis de concert.

Au Québec, l'accessibilité aux services de première est une problématique importante et récurrente. Au cours des vingt dernières années, plusieurs initiatives ont été mises en place pour améliorer la situation. Par le Projet de loi n°11, le gouvernement propose des pistes de solutions touchant les patients orphelins et le système de rendez-vous, appliquée de manière coercitive et obligatoire, touchant exclusivement les médecins omnipraticiens. Certaines propositions concernant les rendez-vous en heures défavorables et la prise de rendez-vous en ligne selon les disponibilités des médecins, ainsi que l'accent mis uniquement sur les médecins omnipraticiens risquent d'avoir des impacts négatifs à long termes sur la continuité. Nous croyons que plusieurs autres pistes de solutions devraient être explorées afin d'améliorer non seulement l'accessibilité aux services de première ligne, mais également la continuité. Ces solutions devraient davantage s'appuyer sur une prise en charge par une équipe travaillant en étroite collaboration et basée sur une utilisation optimale des expertises de plusieurs corps professionnels. Cette équipe interprofessionnelle devrait de plus être renforcée et soutenue par l'ajout de plusieurs services complémentaires visant la prise en charge complète des soins de santé du patient. L'accès en temps opportun doit donc être réfléchi selon les motifs de consultation, afin d'utiliser chaque membre de l'équipe de manière à optimiser son expertise, en plus de prendre en compte la disponibilité de chacun. Le gouvernement devrait également mettre à la disposition des professionnels des outils pour faciliter la pratique réflexive locale et les changements organisationnels dynamiques, en misant sur un accompagnement spécialisé par une équipe externe.

Le principal défi est de trouver une manière de renforcer à la fois l'accès en temps opportun à des services de santé et la continuité avec un professionnel et une organisation qui connaissent le patient. Aussi, l'amélioration de l'accès aux services de première ligne pour les patients orphelins ne doit pas se faire au détriment des soins offerts aux patients déjà inscrits. Il est donc impératif d'augmenter la capacité des équipes interprofessionnelles en première ligne pour répondre à une plus grande demande. Nous avons une responsabilité collective de répondre aux besoins des patients orphelins, pour qui la navigation est plus complexe et qui expérimentent davantage de barrières à l'accès.

Références

1. Boivin A, Lehoux P, Lacombe R, Lacasse A, Burgers J, Grol R. Target for improvement: a cluster randomised trial of public involvement in quality-indicator prioritisation (intervention development and study protocol). *Implementation Science*. 2011;6(1):45-59.
2. Breton M, Maillet L, Duhoux A, Abou Malham S, Gaboury I, Manceau LM, et al. Evaluation of the implementation and associated effects of advanced access in university family medicine groups: a study protocol. *BMC Family Practice*. 2020;21(1):1-11.
3. Sanmartin C, Gendron F, Berthelot J-M, Murphy K. Access to health care services in Canada, 2003. Ottawa: Statistics Canada. 2004.
4. Institut canadien d'information sur la santé. Enquête internationale de 2020 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé réalisée auprès de la population générale.; 2021.
5. Breton M, Brousselle A, Boivin A, Roberge D, Pineault R, Berbiche D. Who gets a family physician through centralized waiting lists? *BMC Family Practice*. 2015;16(1):1-11.
6. Smithman MA, Brousselle A, Touati N, Boivin A, Nour K, Dubois C-A, et al. Area deprivation and attachment to a general practitioner through centralized waiting lists: a cross-sectional study in Quebec, Canada. *International journal for equity in health*. 2018;17(1):1-16.
7. Régie de l'Assurance Maladie du Québec. Évolution du nombre de personnes inscrites au Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) selon leur statut en 2021: Régie de l'Assurance Maladie du Québec; 2021 [Disponible à: https://www.ramq.gouv.qc.ca/sites/default/files/documents/gamf-etat-de-situation_0.pdf].
8. Grunfeld E, Levine MN, Julian JA, Coyle D, Szechtman B, Mirsky D, et al. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care. *J Clin Oncol*. 2006;24(6):848-55.
9. Starfield B, Shi L, Machink J. Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*. 2005;83.
10. Burge F, Lawson B, Johnston G. Family physician continuity of care and emergency department use in end-of-life cancer care. *Med Care*. 2003;41(8):992-1001.
11. Bayliss EA, Edwards AE, Steiner JF, Main DS. Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities. *Fam Pract*. 2008;25(4):287-93.
12. Fung CS, Wong CK, Fong DY, Lee A, Lam CL. Having a family doctor was associated with lower utilization of hospital-based health services. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:42.
13. Østbye T, Yarnall KS, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med*. 2005;3(3):209-14.
14. Griffin SJ, Kinmonth AL, Veltman MW, Gillard S, Grant J, Stewart M. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Ann Fam Med*. 2004;2(6):595-608.
15. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000;49(9):796-804.
16. Gray DJP, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ open*. 2018;8(6):e021161.
17. Hollander MJ, Kadlec H. Financial implications of the continuity of primary care. *The Permanente Journal*. 2015;19(1):4.
18. Lambrew JM, DeFries G, Carey TS, Ricketts TC, Biddle AK. The effects of having a regular doctor on access to primary care. *Medical Care*. 1996;34(2):138-51.
19. Mclsaac WJ, Fuller-Thomson E, Talbot Y. Does having regular care by a family physician improve preventive care? *Canadian Family Physician*. 2001;47:70-6.
20. McRae I, Yen L, Gillespie J, Douglas K. Patient affiliation with GPs in Australia—Who is and who is not and does it matter? *Health Policy*. 2011;103(1):16-23.
21. Mainous AG, Baker R, Love MM, Gray DP, Gill JM. Continuity of care and trust in one's physician: evidence from primary care in the United States and the United Kingdom. *Family Medicine*. 2001;33(1):22-7.
22. Peel A, Gutmanis I, Bon T. Disparities in health outcomes among seniors without a family physician in the North West Local Health Integration Network: a retrospective cohort study. *Canadian Medical Association Journal Open*. 2019;7(1):E94.
23. Dunlop S, Coyte PC, Mclsaac W. Socio-economic status and the utilisation of physicians' services: results from the Canadian National Population Health Survey. *Social Science & Medicine*. 2000;51(1):123-33.
24. Haggerty J, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Goulet F, Rodrigue J, et al. Accessibility and continuity of primary care in Québec. Ottawa; 2004. Contract No.: Report.
25. Sanmartin C, Ross N. Experiencing Difficulties Accessing First-Contact Health Services in Canada: Canadians without regular doctors and recent immigrants have difficulties accessing first-contact healthcare services. Reports of difficulties in accessing care vary by age, sex and region. *Healthcare Policy*. 2024;1(2):103-19.
26. Oelke N, Davila Y, Montesanti S, Johnston S, Breton M, Jagroop B, et al. Facilitating integrated care through primary healthcare teams: A policy analysis of four Canadian provinces. *International Journal of Integrated Care*. 2021;20(3).

27. Breton M, Green M, Kreindler S, Sutherland J, Jbilou J, Wong ST, et al. A comparative analysis of centralized waiting lists for patients without a primary care provider implemented in six Canadian provinces: study protocol. *BMC health services research*. 2017;17(1):1-9.
28. Breton M, Wong ST, Smithman MA, Kreindler S, Jbilou J, Sutherland J, et al. Centralized waiting lists for unattached patients in primary care: learning from an intervention implemented in seven Canadian provinces. *Healthcare policy*. 2018;13(4):65.
29. Régie de l'assurance maladie du Québec. Tableau de bord : Entente de principe FMOQ/MSSS afin d'accroître et d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne. Gouvernement du Québec; 2017.
30. Marshall EG, Breton M, Cossette B, Isenor J, Mathews M, Ayn C, et al. Problems in Coordinating and Accessing Primary Care for Attached and Unattached Patients Exacerbated During the COVID-19 Pandemic Year (the PUPPY Study): Protocol for a Longitudinal Mixed Methods Study. *JMIR Research Protocols*. 2021;10(10):e29984.
31. Vérificatrice générale du Québec. Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2020-2021 : Mesure de l'accès aux soins de santé et aux services sociaux: indicateurs. 2020.
32. Breton M, Smithman MA, Kreindler SA, Jbilou J, Wong ST, Marshall EG, et al. Designing centralized waiting lists for attachment to a primary care provider: considerations from a logic analysis. *Evaluation and Program Planning*. 2021:101962.
33. Breton M, Lévesque J-F, Pineault R, Hogg W. Primary care reform: can Quebec's family medicine group model benefit from the experience of Ontario's family health teams? *Healthcare Policy*. 2011;7(2):e122.
34. Wankah P, Guillette M, Dumas S, Couturier Y, Gagnon D, Belzile L, et al. Reorganising health and social care in Québec: a journey towards integrating care through mergers. *London journal of primary care*. 2018;10(3):48-53.
35. Grenier J, Chomienne MH, Gaboury I. [Advocating for the Inclusion of Psychologists in Family Health Teams in Ontario, Canada]. *Sante Ment Que*. 2015;40(4):79-99.
36. Deslauriers S, Toutant ME, Laberge C, St-Pierre A, Desmeules F, Perreault K. A physician-physiotherapist collaborative model in a family medicine teaching clinic. *Can Med Educ J*. 2018;9(4):e120-e2.
37. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec. Québec, Québec: INESSS; 2017.
38. Chodos H. Options for improving access to counselling, psychotherapy and psychological services for mental health problems and illnesses. Ottawa, Ontario Mental Health Commission of Canada; 2017.
39. Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, Chatterji S, Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 2020;396(10267):2006-17.
40. Chomienne MH, Grenier J, Gaboury I, Hogg W, Ritchie P, Farmanova-Haynes E. Family doctors and psychologists working together: doctors' and patients' perspectives. *J Eval Clin Pract*. 2011;17(2):282-7.
41. Gocan S, Laplante MA, Woodend K. Interprofessional collaboration in Ontario's family health teams: a review of the literature. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*. 2014;3(3).
42. Contandriopoulos D, Duhoux A, Roy B, Amar M, Bonin J-P, Da Silva RB, et al. Integrated Primary Care Teams (IPCT) pilot project in Quebec: a protocol paper. *BMJ open*. 2015;5(12):e010559.
43. DiCenso A, Matthews S. Report of the nurse practitioner integration task team submitted to the Ontario minister of health and long-term care. Toronto, ON: Ministry of Health and Long-Term Care. 2007.
44. Martin-Misener R, Downe-Wamboldt B, Cain E, Girouard M. Cost effectiveness and outcomes of a nurse practitioner-paramedic-family physician model of care: the Long and Brier Islands study. *Primary Health Care Research & Development*. 2009;10(1):14-25.
45. Cummings G, McLennan M. Advanced practice nursing: Leadership to effect policy change. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. 2005;35(2):61-6.
46. D'Amour D, Dubois C-A, Déry J, Clarke S, Tchouaket É, Blais R, et al. Measuring actual scope of nursing practice: a new tool for nurse leaders. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. 2012;42(5):248-55.
47. Fox S, Gaboury I, Chiochio F, Vachon B. Communication and Interprofessional Collaboration in Primary Care: From Ideal to Reality in Practice. *Health Commun*. 2021;36(2):125-35.
48. D'amour D, Goulet L, Labadie J-F, San Martín-Rodríguez L, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC health services research*. 2008;8(1):1-14.
49. Bailey P, Jones L, Way D. Family physician/nurse practitioner: stories of collaboration. *Journal of advanced nursing*. 2006;53(4):381-91.
50. Beaulieu M-D, Denis J-L, D'Amour D, Goudreau J, Haggerty J, Hudon É, et al. L'implantation des Groupes de médecine de famille: le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle. Montréal, Chaire Docteur Sadok Besroun en médecine familiale. 2006.

51. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Ordonnance collective: INESSS; 2021 [Disponible à: <https://www.inesss.qc.ca/thematiques/medicaments/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees/foire-aux-questions/ordonnance-collective.html>].
52. Bois C, Michaud C, Guay M. Retombées des ordonnances collectives dans le suivi diabétique conjoint en soins primaires: une étude de cas. *Santé publique*. 2015;1(HS):111-8.
53. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Ordonnance individuelle d'ajustement: INESSS; ND [Disponible à: <https://www.inesss.qc.ca/thematiques/medicaments/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees/foire-aux-questions/ordonnance-individuelle.html>].
54. Institut canadien d'information sur la santé. How Canada Compares: Results From the Commonwealth Fund's 2019 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians. Ottawa, Ontario: Institut canadien d'information sur la santé; 2020.
55. Breton M, Marshall EG, Smithman MA, Moritz LR, Buote R, Deslauriers V, et al. COVID-19—An Opportunity to Improve Access to Primary Care Through Organizational Innovations? 2021.
56. Smith AC, Thomas E, Snoswell CL, Haydon H, Mehrotra A, Clemensen J, et al. Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of telemedicine and telecare*. 2020;26(5):309-13.
57. Breton M, Deville-Stoetzel N, Gaboury I, Smithman MA, Kaczorowski J, Lussier M-T, et al. Telehealth in Primary Healthcare: A Portrait of its Rapid Implementation during the COVID-19 Pandemic. *Healthcare Policy*. 2021;17(1):73.
58. Arsenault M, Evans B, Karanofsky M, Gardie J, Schulha M. Covid-19—Exercer la télémédecine durant la pandémie. *Canadian Family Physician*. 2021.
59. Collège des médecins de famille du Canada. Une vision pour le Canada - La pratique de la médecine familiale : Le Centre de médecine de famille. 2011.
60. Chapman J, Zechel A, Carter Y, Abbot S. Systematic review of recent innovations in service provision to improve access to primary care. *British Journal of General Practice*. 2004;54:374-81.
61. Harrington ME. The Children's Health Insurance Program Reauthorization Act Evaluation Findings on Children's Health Insurance Coverage in an Evolving Health Care Landscape. *Acad Pediatr*. 2015;15(3 Suppl):S1-6.
62. Bundy DG, Randolph GD, Murray M, Anderson J, Margolis PA. Open access in primary care: results of a North Carolina pilot project. *Pediatrics*. 2005;116(1):82-7.
63. Rose KD, Ross JS, Horwitz LI. Advanced access scheduling outcomes: a systematic review. *Archives of internal medicine*. 2011;171(13):1150-9.
64. Hudec JC, MacDougall S, Rankin E. Advanced access appointments: effects on family physician satisfaction, physicians' office income, and emergency department use. *Canadian Family Physician*. 2010;56(10):e361-e7.
65. Rivas J. Advanced access scheduling in primary care: a synthesis of evidence. *Journal of Healthcare Management*. 2020;65(3):171-84.
66. Belardi FG, Weir S, Craig FW. A controlled trial of an advanced access appointment system in a residency family medicine center. *FAMILY MEDICINE-KANSAS CITY*. 2004;36(5):341-5.
67. Bennett CC. A healthier future for all Australians: an overview of the final report of the National Health and Hospitals Reform Commission. *Medical Journal of Australia*. 2009;191(7):383-7.
68. Ahluwalia S, Offredy M. A qualitative study of the impact of the implementation of advanced access in primary healthcare on the working lives of general practice staff. *BMC family practice*. 2005;6(1):1-9.
69. Breton M, Gaboury I, Sasseville M, Beaulieu C, Abou Malham S, Hudon C, et al. Development of a self-reported reflective tool on advanced access to support primary healthcare providers: study protocol of a mixed-method research design using an e-Delphi survey. *BMJ open*. 2021;11(11):e046411.
70. Abou Malham S, Touati N, Maillet L, Gaboury I, Loignon C, Breton M. What are the factors influencing implementation of Advanced Access in Family Medicine Units? A cross-case comparison of four early adopters in Quebec. *International journal of family medicine*. 2017;2017.
71. Breton M, Maillet L, Paré I, Abou Malham S, Touati N. Perceptions of the first family physicians to adopt advanced access in the province of Quebec, Canada. *The International journal of health planning and management*. 2017;32(4):e316-e32.
72. Abou Malham S, Breton M, Touati N, Maillet L, Duhoux A, Gaboury I. Changing nursing practice within primary health care innovations: the case of advanced access model. *BMC nursing*. 2020;19(1):1-17.
73. Gaboury I, Breton M, Perreault K, Bordeleau F, Descôteaux S, Maillet L, et al. Interprofessional advanced access—a quality improvement protocol for expanding access to primary care services. *BMC Health Services Research*. 2021;21(1):1-9.
74. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane database of systematic reviews*. 2012(6).

75. Brehaut JC, Colquhoun HL, Eva KW, Carroll K, Sales A, Michie S, et al. Practice feedback interventions: 15 suggestions for optimizing effectiveness. *Annals of internal medicine*. 2016;164(6):435-41.
76. Cook LL, Golonka RP, Cook CM, Walker RL, Faris P, Spenceley S, et al. Association between continuity and access in primary care: a retrospective cohort study. *CMAJ open*. 2020;8(4):E722.
77. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Des indicateurs de qualité à l'intention des professionnels et des gestionnaires des services de première ligne: INESSS; 2012 [Disponible à: <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/des-indicateurs-de-qualite-a-lintention-des-professionnels-et-des-gestionnaires-des-services-de-premiere-ligne.html>].
78. Delnoij DM, Rademakers JJ, Groenewegen PP. The Dutch consumer quality index: an example of stakeholder involvement in indicator development. *BMC health services research*. 2010;10:1-12.
79. National Health Service. GP patient survey: National Health Service; ND [Disponible à: <https://www.gp-patient.co.uk/>].
80. Alagoz E, Chih M-Y, Hitchcock M, Brown R, Quanbeck A. The use of external change agents to promote quality improvement and organizational change in healthcare organizations: a systematic review. *BMC health services research*. 2018;18(1):1-13.
81. Arvidsson E, Dahlin S, Anell A. Conditions and barriers for quality improvement work: a qualitative study of how professionals and health centre managers experience audit and feedback practices in Swedish primary care. *BMC Family Practice*. 2021;22(1):1-13.
82. Mader EM, Fox CH, Epling JW, Noronha GJ, Swanger CM, Wisniewski AM, et al. A practice facilitation and academic detailing intervention can improve cancer screening rates in primary care safety net clinics. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2016;29(5):533-42.
83. Langley GJ, Moen RD, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. *The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance*: John Wiley & Sons; 2009

Annexe 1



Pistes de solutions pour améliorer l'accessibilité aux services de première ligne

Augmenter la capacité de prise en charge par une équipe interprofessionnelle en première ligne



- 1 Permettre l'inscription de nouveaux patients par de multiples portes d'entrée avec un quota d'inscription via le GAMF
- 2 Permettre l'inscription de patients à une infirmière praticienne
- 3 Augmenter la capacité et l'exhaustivité des équipes interprofessionnelle en première ligne
- 4 Accompagner les équipes dans l'intégration d'outils et de stratégies pour rehausser la qualité de la collaboration interprofessionnelle en première ligne
- 5 Augmenter le temps consacré par les médecins omnipraticiens dans des organisations de première ligne
- 6 Intégrer de manière pérenne les téléconsultations dans l'offre de services de première ligne
- 7 Appuyer davantage les organisations et les initiatives qui promeuvent le mouvement « Choisir avec soin »

Améliorer l'accès en temps opportun aux services de première ligne



- 8 Encourager l'implantation adéquate du modèle Accès Adapté par les professionnels travaillant en première ligne et investir dans la formation
- 9 Rendre disponible des indicateurs permettant la planification de la demande et de l'offre des professionnels
- 10 Faire connaître et encourager les professionnels à adopter des stratégies d'ajustement régulier de leurs disponibilités
- 11 Encourager les professionnels à varier les modalités complémentaires de prise de rendez-vous et intégrer de manière avisée la prise de rendez-vous en ligne pour éviter de nuire à l'accès en temps opportun
- 12 Orienter le patient au bon professionnel de la santé selon les motifs de consultation et la pertinence
- 13 Instaurer un système de monitoring provincial sur l'accès pour soutenir la pratique réflexive
- 14 Accompagner par des équipes externes spécialisées les professionnels et les organisations de première ligne dans l'implantation du modèle accès adapté
- 15 Éduquer la population quant au fonctionnement et l'organisation des services de première ligne afin de faciliter leur navigation

