

Mémoire

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

Centre intégré universitaire
de santé et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Jeudi 3 février 2022

Mémoire

Présenté à la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques 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.

M. Michel Delamarre, président-directeur général

Dre Isabelle Samson, directrice des services professionnels

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Jeudi 3 février 2022

Table des matières

Introduction	4
Inscription à un médecin de famille et lieux d'accès à une consultation	6
Patients sans médecin de famille	7
Accès à un rendez-vous en ligne	8
L'accès aux données et le partage d'information pour améliorer les services de première ligne	9
Conclusion	11
Résumé des recommandations	11

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale a été créé en 2015 lors de la mise en œuvre de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2). Il est issu de la fusion de 11 établissements publics. Il a également la responsabilité de certaines activités qui ont lieu dans le CHU de Québec - Université Laval (CHU de Québec) et dans l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval (IUCPQ).

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale compte plus de 21 000 employés et dessert les régions de Charlevoix, de Québec et de Portneuf. Il répond aux besoins de plus de 755 459 citoyens qui résident sur un territoire de 18 643 km².

Enfin, le CIUSSS de la Capitale-Nationale compte quatre instituts universitaires, dont un de première ligne en santé et en services sociaux (IUPLSSS) ainsi que quatre centres de recherche reconnus le Fonds de recherche en santé du Québec.

Le champ d'expertise de l'IUPLSSS consiste dans le développement de pratiques intégrées en santé et en services sociaux de première ligne et qui fédère les forces vives de la recherche en première ligne de la région de Québec dans son Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval (CERSSPL-UL), le centre de recherche VITAM, financé par le Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS).

Parmi les priorités 2021-2022 du CIUSSS de la Capitale-Nationale se trouve l'objectif d'améliorer l'accès aux services interprofessionnels de première ligne et à un médecin de famille afin d'offrir à la population le service pertinent à l'intérieur d'un délai de 36 heures.

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale remercie les membres de la Commission de la santé et des services sociaux de l'invitation à commenter le projet de loi 11, loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne par les médecins omnipraticiens et à améliorer la gestion de cette offre.

Introduction

Le projet de loi 11 propose principalement trois mesures :

1. L'inscription des patients à un médecin de famille via le Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF);
2. La gestion de l'accès à un médecin de famille via :
 - a. L'utilisation d'un système de prise de rendez-vous électronique pour offrir des plages horaires de consultations médicales;
 - b. La transmission au ministre de l'ensemble des plages de consultations médicales offertes pour des fins de gestion de la prise de rendez-vous;
 - c. La possibilité pour le gouvernement de déterminer le pourcentage de plages horaires à offrir en heures défavorables.
3. La communication de données aux établissements et au Département régional de médecine générale (DRMG) par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) aux fins de la planification de la main-d'œuvre médicale et à l'application de la loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée.

D'entrée de jeu, nous tenons à saluer l'intention du gouvernement d'améliorer l'équité d'accès à un médecin de famille via un guichet, d'améliorer la connaissance de l'offre par la population via un système de rendez-vous et de soutenir la cogestion médico-administrative via les données.

Plus spécifiquement, nous sommes en faveur du principe de ce projet de loi qui vise l'amélioration de l'accès au service et présente de nouveaux leviers pour soutenir la gestion de l'offre de service afin de répondre adéquatement aux besoins de la population. Nous reconnaissons l'intention d'assurer un accès plus équitable à une inscription auprès d'un médecin de famille par la nécessité d'utiliser le GAMF, qui permet de prioriser les patients en fonction de leur état de santé et assurer un accès équitable aux clientèles plus vulnérables. Cette intention du gouvernement s'inscrit également dans le déploiement du Guichet d'accès pertinence (GAP), qui viendra renforcer le principe d'équité d'accès à un rendez-vous pour les patients orphelins, en favorisant l'évaluation et l'orientation du patient vers la ressource la plus pertinente en première ligne. Finalement, nous soutenons le principe d'équité et de facilité d'accès à un rendez-vous en première ligne, qui motive le déploiement et l'utilisation de plateforme de prise de rendez-vous en ligne. Nous croyons aussi que ces données pourraient gagner à être valorisées entre autres dans le cadre de projets structurants comme le GAP.

Bien que nous soyons en accord avec les intentions du gouvernement, nous sommes préoccupés des impacts potentiels de ce projet de loi sur la mobilisation médicale et le recrutement de futurs médecins de famille. Bien que les impératifs de gouvernance et de gestion de l'accès à la première ligne nous apparaissent essentiels pour servir adéquatement notre population, nous recommandons au gouvernement et à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) d'être vigilants à assurer l'adhésion et la mobilisation des médecins à ces mesures. La cogestion et le partenariat avec les médecins de famille sont cruciaux pour permettre aux établissements de faire face aux enjeux d'accès et la façon dont les changements proposés seront amenés aura un impact significatif sur notre collaboration quotidienne avec les médecins de famille. Nous appelons à la vigilance du gouvernement et de la FMOQ, dans le cadre d'une responsabilité partagée, pour assurer l'adhésion et la mobilisation des médecins à ces mesures, et ce, au bénéfice de la population.

L'accès et le partage des données devront être l'opportunité pour les médecins, les DRMG et les établissements d'objectiver l'offre de services et la demande et de jeter les bases d'une réelle cogestion médico-administrative. L'accès aux données peut permettre de mieux évaluer la pertinence des soins et service, et ainsi alimenter les décisions des cogestionnaires dans la redéfinition du panier de services afin que celui-ci réponde bien aux besoins de la population. De réels principes de pratique réflexive pourraient être instaurés par les médecins de famille avec le soutien de chercheurs et cette première approche nous semble essentielle à la mobilisation des équipes dans une démarche d'amélioration de l'accès. Il faudra toutefois que ces pratiques soient développées en contexte de relation de confiance et volontaire, et tiennent compte des réalités locales.

Nous recommandons qu'un plan de gestion du changement qui passera notamment par la valorisation de la médecine familiale soit mis en place. Également, nous recommandons qu'une attention soit portée au moment de déterminer le contenu des règlements cités dans le projet de loi pour en assurer l'opérationnalisation sur le terrain et pour en limiter l'impact sur la mobilisation médicale. Dans cette foulée, il sera essentiel que les outils et les mécanismes déployés sur le terrain soient cohérents avec les réalités cliniques des médecins et des équipes interdisciplinaires. Il serait intéressant qu'un projet de recherche soit mis en place en incluant

toutes les parties prenantes, telles que les médecins du terrain, les DRMG, les établissements, et les parties syndicales pour évaluer et mesurer la force qu'aura ce projet de loi sur la capacité médicale et l'accès à la population aux services de première ligne.

Inscription à un médecin de famille et lieux d'accès à une consultation

Selon le rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé « Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2020 — tableaux de données », la région de la Capitale-Nationale compte 156 médecins de famille et 184 médecins spécialistes par 100 000 habitants. En comparaison, la province du Québec a en moyenne 129 médecins de famille et 128 médecins spécialistes par 100 000 habitants.

Le territoire de la Capitale-Nationale compte un nombre plus élevé que la moyenne de médecin par habitant. En effet, la région de la Capitale-Nationale est une région universitaire, où les médecins sont impliqués à la fois dans les activités d'enseignement et les missions hospitalières suprarégionales. L'accès aux services de première ligne reste difficile pour de nombreux patients, et la population sans médecin de famille s'accroît rapidement. Dans ce contexte, il devient nécessaire que les DRMG et les présidents-directeurs généraux (PDG) d'établissements puissent accéder aux données qui leur permettront d'avoir une lecture juste de la capacité médicale et de sa distribution dans la région.

Le taux d'inscription à un médecin de famille pour l'ensemble de la province du Québec se maintient depuis les dernières années, étant de 79,38 % au 31 décembre 2017 et de 80,10 % au 31 décembre 2021. L'augmentation de ce taux reste un défi, et surtout, cette donnée ne peut refléter si les patients inscrits à un médecin de famille peuvent obtenir un rendez-vous en temps opportun avec leur médecin et leur équipe de première ligne. L'inscription à un médecin de famille apparaît encore aujourd'hui comme la solution pour accéder à un rendez-vous avec un médecin, alors que dans les faits, ce n'est pas une garantie de la disponibilité du médecin. En effet, les visites à l'urgence pour des conditions non urgentes sont encore élevées; le Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2020-2021 indique que 71 % des visites ambulatoires aux urgences de la province en 2018-2019 étaient des patients avec des problèmes de santé identifiés moins urgents ou non urgents lors du premier triage. De ce nombre, près de 72 % étaient des visites de patients inscrits auprès d'un médecin de famille.

Nous constatons le même état des lieux sur le territoire de la Capitale-Nationale. Le taux d'inscription à un médecin de famille est en diminution, passant de 84,16 % au 31 décembre 2017 à 81,22 % au 31 décembre 2021. Dans les urgences du territoire, un fort pourcentage des visites est jugé moins urgent ou non urgent lors du premier triage :

- 2017-2018 : 62,7 %
- 2018-2019 : 61,7 %
- 2019 -2020 : 61,9 %
- 2020-2021 : 58,7 %

Les données des urgences de la Capitale-Nationale ne permettent pas de connaître le pourcentage de ces patients qui sont inscrits à un médecin de famille.

Les données sur les visites dans les sept groupes de médecine de famille (GMF)-R de notre territoire démontrent qu'un pourcentage important des visites en GMF-R dédiées aux patients orphelins est utilisé par des patients inscrits auprès d'un médecin de famille d'une autre clinique médicale :

- 2017 : 56,01 %
- 2018 : 59,57 %
- 2019 : 56,96 %
- 2020 : 53,02 %
- 2021 : 46,72 %

Ces données nous pistent sur la difficulté que rencontrent certains patients inscrits à obtenir un rendez-vous avec leur médecin de famille lorsque leur état de santé le requiert. L'indicateur dont nous disposons maintenant pour apprécier l'accès à son médecin de famille est le taux d'assiduité. Dans les dernières années, la Capitale-Nationale a maintenu un taux d'assiduité supérieur à la cible de 80 % demandé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

2017 : 84,4 %
2018 : 84,2 %
2019 : 84,9 %
2020 : 84,2 %
2021 : 86,3 %

Malgré une bonne performance d'après le taux d'assiduité, les autres données présentées démontrent qu'il semble y avoir un enjeu d'accès pour les citoyens inscrits à un médecin de famille. **Il serait pertinent que le MSSS profite des travaux en cours sur l'accès aux données pour bonifier les méthodes de mesure en y ajoutant, par exemple, les visites aux autres professionnels du GMF et qu'il développe, en collaboration avec les médecins, une mesure complémentaire qui permettrait de mieux évaluer l'équilibre entre l'offre et la demande (ex. : délais d'accès, proximité du service, etc.). Également, il serait pertinent de mesurer l'impact réel des missions suprarégionales et d'enseignement sur la capacité médicale en première ligne.**

Nous recevons donc favorablement l'intention du gouvernement de générer, par ce projet de loi, des données qui permettront de bonifier les indicateurs actuels et de développer de nouveaux indicateurs d'accès qui seront mieux adaptés à l'évolution des pratiques interdisciplinaires et aux attentes de notre population. Ces indicateurs devraient être mis à la disposition des médecins, des GMF et des instances impliquées dans la gestion de l'accès aux services de première ligne afin d'améliorer les services en fonction des besoins et des enjeux locaux et régionaux.

Patients sans médecin de famille

Le GAMF de la Capitale-Nationale compte, en date du 24 janvier 2022, 108 509 patients enregistrés. Toutefois, la démarche de s'enregistrer sur le GAMF étant volontaire, le nombre de patients sans médecin de famille est beaucoup plus élevé. En effet, la population admissible à l'inscription à un médecin de famille au 31 décembre 2021 étant de 725 685 personnes, et le nombre de personnes inscrites à un médecin de famille étant de 589 423 personnes, c'est donc 136 262 résidents de la Capitale-Nationale qui n'ont pas de médecin de famille.

Au cours des dernières années, à l'instar de tous les GAMF de la province, le nombre de patients en attente sur le GAMF de la Capitale-Nationale a augmenté de manière vertigineuse, et par le fait même, les délais d'attente pour beaucoup de patients dépassent les cibles recommandées.

Une consultation réalisée à l'hiver 2021 par le DRMG, en collaboration avec les coordonnateurs médicaux locaux du GAMF, a permis de recenser 74 médecins qui ont l'intention de prendre leur retraite pour la période 2021-2023, ce qui à terme, ferait 86 000 patients orphelins supplémentaires.

Le respect du principe d'équité est crucial pour les établissements dans leur mission d'offrir un accès en temps opportun à des services de première ligne pertinents, incluant l'inscription à un médecin de famille. **C'est pourquoi nous accueillons favorablement les mesures liées à l'utilisation du GAMF pour l'inscription aux médecins de famille. Toutefois, nous souhaitons que des exceptions puissent être convenues au bénéfice des patients et en collaboration avec les médecins.**

La priorisation des patients en fonction de leur état de santé fait en sorte que les plus vulnérables peuvent être inscrits à un médecin de famille plus rapidement que les patients qui n'ont pas de problème de santé. Le GAMF permet aux établissements de s'assurer que les usagers non vulnérables ont un accès équitable basé selon la durée d'attente sur le guichet.

Dans le passé, des incitatifs financiers ont été négociés entre le MSSS et la FMOQ afin de favoriser l'inscription de patients vulnérables issus du guichet. Cette mesure seule n'est malheureusement pas suffisante pour que le GAMF joue pleinement son rôle. En effet, les médecins de famille inscrivent encore régulièrement des patients sans faire appel au GAMF, sans que les établissements puissent connaître l'ampleur de ces inscriptions. De plus, nous ne disposons pas de la donnée permettant d'établir l'écart entre le nombre de prises en charge de patients par le GAMF et le total de nouvelles inscriptions à un médecin de famille. Pour l'année 2020, c'est 18 996 patients qui ont été pris en charge par des médecins qui ont utilisé le GAMF, et 18 854 patients pour l'année 2021. Il nous est confirmé par les médecins de famille du territoire que plusieurs citoyens, enregistrés ou non sur le GAMF, ont obtenu un médecin de famille d'une autre façon. Par exemple, un patient peut être inscrit auprès d'un médecin après l'avoir rencontré au sans rendez-vous, prolongeant ainsi l'attente de patients inscrits au GAMF et possiblement plus prioritaires en fonction de leur condition clinique. Cet angle mort sur la prise en charge réelle des patients par les médecins de famille rend difficile l'évaluation de la disponibilité médicale. Le CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE, responsable des trajectoires et de l'offre de services aux aînés et aux personnes vivant avec un problème de santé mentale, est particulièrement sensible à l'impact de la situation actuelle sur les enjeux d'accès pour ces clientèles. En effet, c'est plus de 15 000 patients qui ont un ou des codes de vulnérabilité liés à la santé mentale qui sont en attente sur le GAMF, certains depuis plusieurs années.

Il sera essentiel que des efforts soient réalisés pour que le maximum de citoyens d'un territoire soit enregistré sur le GAMF, afin de permettre l'évaluation et la priorisation des patients selon leur état de santé et ainsi respecter le principe d'équité d'accès.

Nous sommes d'accord avec la disposition qui permet que le règlement prévoie des cas et des conditions pour l'inscription à un médecin de famille pour des personnes autres que celles inscrites au GAMF. Plusieurs patients, pour diverses raisons, ne sont pas considérés comme admissibles au GAMF (ex. : nouveau-nés de moins de trois mois, réfugiés, nouveaux arrivants). Nous sommes également préoccupés par la difficulté engendrée par cette méthode d'attribution pour que les membres d'une même famille puissent être pris en charge par le même médecin ou la même clinique médicale. **C'est pourquoi il est essentiel que des règles de gestion provinciale**

qui vont permettre de considérer des situations particulières et que des exceptions puissent être accordées au bénéfice de ces patients.

Accès à un rendez-vous en ligne

À l'heure actuelle, diverses plateformes de prise de rendez-vous en ligne sont utilisées par les GMF et les cliniques médicales de la région de la Capitale-Nationale. Certains GMF et cliniques n'offrent pas de service de prise de rendez-vous en ligne. La variété ou l'absence de plateforme impliquent que les citoyens ont un accès dont la convivialité, la disponibilité et la gamme de services sont très variables. Les dispositions du projet de loi permettant l'accès à la même offre de rendez-vous, peu importe la plateforme utilisée, favoriseraient probablement un accès plus convivial et plus équitable à un rendez-vous médical pour notre population. Nous croyons aussi important de tenir compte des besoins de nos aînés et des personnes en situation de vulnérabilité dans l'élaboration et le déploiement des outils technologiques qui seront mis à la disposition des Québécois. Ces plateformes doivent être un outil supplémentaire facilitant et non une barrière à la prise de rendez-vous. En effet, nous remarquons que le déploiement de ces plateformes et la capacité requise pour la gestion des appels téléphoniques font en sorte qu'il est maintenant impossible de prendre un rendez-vous par téléphone dans plusieurs cliniques médicales de la Capitale-Nationale.

Bien que l'inscription à un médecin de famille soit souhaitée par le gouvernement pour tous les patients, il est temps de voir comment l'accès et l'inscription à une équipe de soins interdisciplinaire peuvent être reconnus et encouragés dans les différents modèles d'organisation de service de première ligne et pas seulement pour la prise de rendez-vous électronique. Encore aujourd'hui, le médecin de famille est perçu comme la porte d'entrée des services de santé, alors qu'il a été largement démontré que d'autres professionnels peuvent eux aussi répondre à plusieurs besoins des patients tout en ayant un impact positif sur l'accès¹. C'est pour cela que les dispositions en lien avec les modalités de prise de rendez-vous en ligne sont une opportunité à saisir. **C'est pourquoi nous recommandons que les dispositions proposées pour la prise de rendez-vous en ligne soient élargies aux autres professionnels des GMF et des cliniques médicales.**

L'utilisation de système de prise de rendez-vous en ligne par tous les médecins et les professionnels des GMF et cliniques médicales est un outil incontournable pour obtenir des données en temps réel sur la disponibilité de l'offre de services à la population et apprécier l'accès aux services de première ligne, incluant le médecin de famille. À partir de ces données qui pourront être rendues disponibles aux cogestionnaires (médecins et établissements), il sera alors possible d'ajuster l'offre selon les besoins de la population pour l'ensemble de l'équipe interprofessionnelle. Plutôt que d'être une contrainte additionnelle, il sera essentiel que les outils de prise de rendez-vous en ligne et les données qui y seront générées soutiennent l'organisation locale de service, et permettent des mécanismes d'autorégulation de l'offre de service par les médecins. À cela, nous ajoutons le souhait que ces plateformes s'insèrent dans la stratégie de

¹ Un projet en cours dans deux cliniques médicales et un site témoin de la Capitale-Nationale, financé par le MSSS, émet l'hypothèse que l'accès à une équipe interdisciplinaire en première ligne, qui mise sur le plein champ d'exercices de chaque professionnel pour répondre aux besoins des patients en amont d'une consultation médicale, augmente l'accès aux soins et services pour les patients inscrits, évite que des patients ne se retrouvent au GAMF, suite au départ à la retraite des médecins d'une clinique et augmente même la possibilité d'inscrire des patients orphelins. Des mesures en ce sens sont attendues au terme du projet.

connectivité et d'interopérabilité pour en arriver à un dossier patient unique et une vision complète du réseau de la première ligne.

L'accès aux données et le partage d'information pour améliorer les services de première ligne

L'accès aux services médicaux de première ligne est crucial pour notre population. Nos établissements partagent une responsabilité populationnelle avec les médecins de famille du territoire. Un déséquilibre entre l'offre et la demande en première ligne engendre trop souvent un impact négatif sur l'accès aux services et sur le bien-être des patients, sur les salles d'urgence et sur le système hospitalier en général. Il est donc crucial de suivre de près cet équilibre dont l'impact est important sur la performance du système et d'avoir la possibilité de forer les données, en partenariat avec les leaders médicaux tel que le DRMG, afin d'identifier le mieux possible les causes racines des enjeux d'accès et de les adresser avec les équipes de première ligne.

L'offre de services GMF et en cliniques médicales, contrairement à la majorité des autres services qu'offrent nos établissements, se déroule souvent hors de nos murs. Les systèmes d'information actuels ne permettent pas aux DRMG et aux établissements d'obtenir les informations nécessaires à l'objectivation et à la gestion de l'offre et de la demande à un rendez-vous en médecine de famille. En plus d'outiller le DRMG et l'établissement pour mieux répondre aux exigences de notre responsabilité populationnelle, l'accès aux données permettra d'agir avec plus de justesse sur certains enjeux d'équité entre les différents groupes de médecins. À titre d'exemple, un GMF-R, dont la mission est principalement d'offrir un accès populationnel à des usagers sans médecins de famille, et dont 20 % de ses rendez-vous sont pris par des patients inscrits à un médecin de famille, pourrait demander au DRMG d'analyser l'offre de services des GMF environnants afin de leur faire des recommandations sur l'ajustement de leur offre de rendez-vous. Cette capacité d'objectivation et de mesure est l'assise d'une gestion performante de la première ligne médicale. Une fois l'étape de gestion du changement passée, l'accès à ces données permettra de plus d'assurer une plus grande mobilisation des partenaires concernés par la prestation de soins de première ligne à la population.

L'accès limité aux données sur la pratique des médecins de famille complexifie l'exercice de répartition des PREM pour les DRMG de la province. En effet, plusieurs angles morts persistent sur la répartition du temps travaillé des médecins sur un territoire. Ainsi, bien que la Capitale-Nationale ait un ratio de médecins de famille par 100 000 habitants plus élevé que d'autres régions, il n'est pas possible de démontrer pourquoi l'accès à un médecin de famille reste difficile pour beaucoup de patients. Combinées à d'autres mesures, telles les pratiques interprofessionnelles, l'organisation optimale du travail dans les cliniques médicales, les données sur les activités des médecins permettraient de mettre en valeur leur contribution et l'offre de service réelle. Il sera ensuite possible d'identifier l'écart avec le besoin, et de travailler ensemble afin de réduire cet écart.

Nous croyons donc qu'il est important que ces données soient partagées aux chefs de DRMG et aux PDG qui ont la responsabilité d'ajuster l'offre de services aux besoins populationnels sur une base territoriale. Nous jugeons qu'une décentralisation de l'information permettra plus de réactivité et une meilleure valorisation des données qui seront générées ainsi que la mobilisation des partenaires locaux. L'accès aux données de rendez-vous des autres professionnels œuvrant en GMF nous permettra aussi d'apprécier et d'améliorer continuellement l'offre de services interdisciplinaire dans ces milieux qui sont directement sous notre responsabilité.

Nous recommandons que le gouvernement poursuive le déploiement et l'application du Cadre de référence sur la gouvernance permanente de l'accès aux services médicaux de première ligne publié en mars 2021. Il est nécessaire d'appliquer les assises et les leviers disponibles dans ce cadre de référence pour permettre le leadership médical du DRMG en cogestion avec l'établissement.

Conclusion

En conclusion, le CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE réitère au gouvernement son appui aux intentions du projet de loi 11. La nécessité pour les médecins d'utiliser le GAMF permettra de renforcer l'équité pour l'accès via l'inscription à un médecin de famille. Nous insistons sur le fait que ce projet de loi est une opportunité de documenter et de valoriser l'accès à une équipe interdisciplinaire, tout en permettant beaucoup d'agilité dans la gestion des disponibilités et de l'accès à l'offre de service des médecins et des équipes interdisciplinaires en cogestion. Cette agilité sera possible si les données sont partagées avec les médecins et si ceux-ci sont outillés à la pratique réflexive et partenaire du changement. Il est important que les solutions mises en place soient à l'échelle locale avec le soutien du DRMG et des établissements. C'est pourquoi le gouvernement et la FMOQ devront assurer ensemble que tous les moyens sont mis en place pour mobiliser et faciliter l'adhésion des médecins à ces dispositions. L'accès et le partage des données sur la pratique médicale permettront de revoir plusieurs méthodes de mesures afin qu'elles reflètent la réalité de l'offre de services. Finalement, nous tenons à réitérer l'importance de favoriser une approche de partenariat et non de coercition dans l'implantation de ces dispositions en plus de poser des actions pour la valorisation de la médecine de famille.

Résumé des recommandations

1. Mettre en place un plan de gestion du changement qui passera notamment par la valorisation de la médecine familiale pour faciliter l'adhésion aux dispositions du projet de loi.
2. En collaboration avec les deux Instituts universitaires de première ligne au Québec, développer un projet de recherche incluant toutes les parties prenantes pour évaluer et mesurer la force qu'aura ce projet de loi sur la capacité médicale et l'accès à la population aux services de première ligne.
3. Profiter des travaux en cours sur l'accès aux données pour bonifier la méthode de mesure du taux d'assiduité des médecins et des GMF en y ajoutant les visites aux autres professionnels du GMF.
4. Identifier des mesures complémentaires pour mieux évaluer l'équilibre entre l'offre et la demande (ex. délais d'accès, proximité des services, etc.). Également, mesurer l'impact réel des missions suprarégionales et d'enseignement sur la capacité médicale.
5. Assurer l'utilisation du GAMF pour l'inscription des patients aux médecins de famille. Toutefois des exceptions doivent être accordées au bénéfice des patients dans le cadre de situation particulière.
6. Mettre en place des actions pour que le maximum de citoyens d'un territoire soit enregistré sur le GAMF afin de permettre l'évaluation et la priorisation des patients selon leur état de santé et ainsi respecter le principe d'équité d'accès.
7. Élargir aux autres professionnels et à l'équipe interdisciplinaire les dispositions proposées pour la prise de rendez-vous en GMF et en cliniques médicales.
8. Rendre les données sur la disponibilité et la gestion des rendez-vous en ligne accessibles au ministre, aux PDG et aux chefs du DRMG qui auront la responsabilité d'ajuster l'offre de services aux besoins populationnels sur une base territoriale.
9. Poursuivre le déploiement et l'application du Cadre de référence sur la gouvernance permanente de l'accès aux services médicaux de première ligne publié en mars 2021.

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec

