

**Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
du Bas-Saint-Laurent**

**Québec** 

**Convocation – 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 – Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent**

**Jeudi 3 février 2022, 14 h  
Audition en visioconférence**

Ce texte exprime le contenu de la présentation effectuée lors de l'audition à la Commission de la santé et des services sociaux dont le sujet apparaît en rubrique.

La présentation est en annexe du texte qui suit.

## HISTORIQUE

Depuis l'implantation des groupes de médecine de famille (GMF), nous admettons que les soins de première ligne connaissent un niveau d'investissement majeur au Québec. Le Ministère soutient depuis 2002 un modèle qui favorise le travail d'équipe, la collaboration interprofessionnelle ainsi que le développement de liens de confiance et d'étroites collaborations entre patients et cliniciens, le tout en cohérence avec la responsabilité populationnelle des établissements de santé.

Le Bas-Saint-Laurent est une région majoritairement rurale qui compte 8 réseaux locaux de services (RLS), dont 6 ont moins de 25 000 habitants. Au total, 12 GMF desservent la population pour ses besoins de consultations médicales. Aucun de ces GMF ne peut actuellement se qualifier aux critères de désignation réseau (GMF-R).

Au plan régional, le Département régional de médecine générale (DRMG) assume un leadership de concertation avec les GMF pour la gestion de l'accès en première ligne. Ceci nous a permis de répondre efficacement aux différentes initiatives d'inscriptions massives de clientèles et d'assurer la gestion coordonnée des Guichets d'accès à un médecin de famille (GAMF). Ces efforts nous ont permis de maintenir un taux d'inscription d'environ 90 %, nonobstant la pénurie reconnue de médecins de famille.

Malgré les initiatives d'inscriptions de clientèles, les départs de médecins surviennent continuellement, si bien que l'offre de service à la clientèle orpheline demeure un défi constant. Les travaux concertés DRMG-GMF nous ont permis de faire quelques constats concernant les leviers qui motivent l'offre de service clinique et qui ont le potentiel d'améliorer l'accès en première ligne.

## PROCESSUS DE RÉFLEXION

Dans le contexte des ententes qui encadrent la pratique médicale, un des principaux leviers de motivation repose sur l'incitation des médecins à produire une « bonne visite ». Celle-ci est définie et régie par l'équation du taux d'assiduité qui valorise au numérateur la visite d'un patient inscrit auprès de son médecin ou de son GMF et dévalorise au dénominateur toute visite de l'inscrit effectuée ailleurs.

Les cliniciens ont bien compris l'importance de maximiser le numérateur et offrent en priorité des visites aux patients inscrits. La clientèle orpheline n'apparaît nulle part dans l'équation de l'assiduité et les services de première ligne, au fil du temps, ont tendance à se cloisonner au seul bénéfice de la clientèle inscrite.

Soucieux d'améliorer l'accès de la clientèle orpheline, le DRMG et les GMF ont poursuivi leurs réflexions. La pénurie de main-d'œuvre médicale s'imposait comme principale contrainte à

l'inscription. En contexte de ressources limitées, le concept de la pertinence des consultations devenait le chantier prometteur pour dégager un accès aux services médicaux.

Au bénéfice de la pertinence, les GMF ont choisi d'introduire les pratiques entourant « l'accès adapté » dans leur pratique. Cette gestion de changement s'est opérée de 2015 à 2018 et a favorisé l'accès en temps opportun et au bon professionnel pour la clientèle inscrite.

Concernant la clientèle orpheline, les GMF ont proposé de dégager une offre médicale à condition que l'on puisse effectuer une gestion de la pertinence des demandes. Il s'agissait à ce moment d'introduire un filtre entre la demande des patients et l'offre médicale dégagée.

## LE PROJET « ACCÈS RÉSEAU PERTINENCE »

Ces réflexions ont mené au dépôt du projet « Accès réseau pertinence » au MSSS en juillet 2019. Le financement a été accepté en décembre 2019 et l'implantation graduelle s'effectue depuis le printemps 2020.

Le schéma consiste à fournir aux clients orphelins le numéro de téléphone d'une centrale de gestion des appels, le « guichet d'accès de première ligne » (GAP). Nous demandons aux clients d'appeler au GAP s'ils estiment avoir besoin de services médicaux.

Le système de santé est complexe<sup>1</sup> et offre une gamme étendue de services. À défaut de bien en connaître les ressources, le citoyen perçoit souvent le médecin de famille comme une porte d'entrée aux soins et services disponibles.

Le GAP a pour mission d'offrir aux clients orphelins un accès adapté et étendu aux services de proximité en adéquation avec leurs besoins. Il s'agit de capter rapidement les appels, de filtrer les demandes et d'offrir le bon service. La qualité de l'aiguillage dépend de la connaissance approfondie des ressources disponibles.

Pour que la chaîne fonctionne, les prestataires de services doivent dégager une offre conséquente en qualité et en quantité. L'offre médicale des cliniques s'est dégagée sur base volontaire à la suite de la sollicitation du DRMG à cet effet. Le contexte COVID a permis de dégager une offre populationnelle élargie. L'offre non médicale s'est effectuée dans les mêmes conditions.

Forts de 11 500 appels, nous avons démontré que plus de 50 % des demandes obtenaient satisfaction sans avoir recours au médecin de famille. Aussi, les gains liés à la gestion de pertinence sont importants. Alors que, sans filtre, tous les appels auraient généré une consultation médicale, il appert que lorsque nous appliquons un filtre de pertinence, plus de la moitié de ces appels peuvent être réglés autrement, avec un taux de satisfaction de la clientèle de plus de 90 %.

Concernant les délais de réponse, tous les appels sont captés en moins de 36 heures et tous les services médicaux sont offerts en moins de 9 jours, à la satisfaction de tous les acteurs.

## LES SUITES

Les gains observés par le projet pilote concernent les demandes de services générées exclusivement par les patients orphelins. La clientèle orpheline représente 10 % de la population. En se projetant à plus large échelle, il est tentant de vouloir étendre ce bénéfice à 100 % de la clientèle. Imaginons réduire de moitié la pression sur l'offre médicale en première ligne...

À l'instar du projet « Accès réseau pertinence » et des gains liés au GAP, est-il réaliste d'introduire une notion de filtre pour toutes les demandes de services? C'est ce qui habite nos réflexions actuelles et certains de nos GMF demandent ce qui peut se faire en amont des demandes.

Chose certaine, la notion de gestion de pertinence a fait son chemin. Le médecin de famille est une ressource spécialisée dont l'accès aurait avantage à dépendre de certains critères. Le projet « Accès réseau pertinence » démontre que les offres variées du réseau de la santé et des services sociaux, autant médicales que non médicales, sont complémentaires et peuvent être mises à profit de façon pertinente grâce à un filtre en amont des services.

## RISQUE DE L'ACCÈS SANS FILTRE

Plusieurs portails en ligne proposent un accès direct à une offre médicale aux citoyens. Après plusieurs mois de fonctionnement, nos données nous convainquent de l'importance de bien filtrer les demandes. Non seulement pour l'accès aux ressources médicales, mais aussi pour l'accès à tout le réseau de soins.

Sans filtrage, les demandes des citoyens s'orienteraient à 100 % vers un médecin. De notre point de vue, un accès direct en ligne par les citoyens représenterait un recul des gains observés dans le projet pilote.

Nous avons pu démontrer que le réseau de santé peut répondre de façon satisfaisante à 50% de ces demandes sans avoir recours aux services du médecin de famille. Ceci dégage d'autant la force de travail des médecins de famille pour répondre aux patients dont l'état requiert prioritairement leurs services. D'une façon complémentaire, nous observons un renforcement des notions de travail interdisciplinaire et une valorisation de l'implication de toute la gamme de professionnels, notamment les infirmières praticiennes spécialisées, les infirmières cliniciennes et les pharmaciens.

Par ailleurs, nos données de satisfaction de la clientèle démontrent que l'écoute active ainsi qu'une réponse et un aiguillage rapides dans le réseau de soins et de services rassurent les clients. Le délai du service, qui est lié à la nature de la demande, peut être assuré de façon satisfaisante et traité selon l'urgence et la priorité du besoin.

### Référence 1

Libellé du cadre de référence des mécanismes d'accès:

« Le système de santé dispose pourtant de plusieurs types d'offres de services, mais ces derniers sont répartis dans une organisation complexe. En l'absence d'une porte d'entrée unique pour les services de première ligne et ayant une connaissance limitée de l'offre de service, les personnes sans médecin de famille cherchent souvent une réponse

exclusivement médicale à leurs besoins de santé. Ils se tournent le plus souvent vers l'urgence ou des cliniques offrant des services ponctuels « sans rendez-vous », ce qui soulève un enjeu de pertinence de consommation. »