CSSS - 017M
C.P. PL 11
Offre des médecins
omnipraticiens

Collège québécois des médecins de famille
catalyser l'innovation

MÉMOIRE

Présenté à la

Commission de la santé et des services sociaux

Dans le cadre des consultations particulières
sur le projet de loi nº 11 – Loi visant à augmenter l'offre de services de
première ligne par les médecins omnipraticiens
et à améliorer la gestion de cette offre

Le 3 février 2022

La mission du Collège québécois des médecins de famille

Le Collège québécois des médecins de famille (CQMF) a pour mission d'inspirer et soutenir les médecins de famille et leurs partenaires dans l'adoption de meilleures pratiques au bénéfice de la santé de la population. Il regroupe quelque 4 500 membres. Ses activités sont assurées par des médecins de famille bénévoles et engagés envers la profession et la collectivité. Le CQMF participe à l'établissement des normes et à l'agrément des programmes de formation postdoctorale en médecine de famille dans les quatre (4) facultés de médecine du Québec.

Le soutien que le CQMF offre à ses membres se traduit, entre autres, par le développement d'outils et la mise en œuvre d'initiatives afin d'accompagner les médecins de famille dans l'adoption de meilleures pratiques. Le CQMF est fier de porter des dossiers comme celui du conseil numérique – projet pilote eConsult Québec – et Choisir avec soin Québec pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. Nous sommes fiers également de notre communauté de pratique des médecins en CHSLD et de notre programme de mentorat qui offre une expérience d'accompagnement unique. Le CQMF travaille avec ardeur à la valorisation et à la promotion de la médecine de famille auprès de la relève afin d'en faire une spécialité attrayante comme choix de carrière.

C'est pourquoi nous sommes heureux de contribuer aux discussions et aux solutions en offrant un point de vue du terrain afin d'améliorer le réseau de la santé québécois et particulièrement l'accès à la première ligne de soins dont font partie nos membres.

INTRODUCTION

Soulignons, d'entrée de jeu, que nous saluons l'objectif du gouvernement de vouloir faciliter l'accès aux soins de santé à toutes les Québécoises et à tous les Québécois. La première ligne est la porte d'entrée de notre réseau de santé et de services sociaux et il est déplorable, en effet, qu'un trop grand nombre de nos concitoyennes et concitoyens n'ait d'autre choix que de se tourner vers l'urgence pour accéder à des soins non urgents.

Nous avons analysé le projet de loi n^{o} 11 qui vise essentiellement :

- La prise en charge des patients inscrits au guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF)
- L'amélioration de la gestion de l'offre de services, en autorisant le ministre à utiliser des renseignements recueillis dans le cadre de cette gestion, et la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) à communiquer certains renseignements à des tiers gestionnaires et au ministre
- L'augmentation de l'offre de services de première ligne par les médecins de famille, avec l'obligation de se rendre disponibles par l'entremise d'un système de prise de rendez-vous

Dans un premier temps, nous apporterons une clarification nécessaire entre deux éléments trop souvent confondus, soit l'inscription auprès d'un médecin de famille et l'accès aux soins. Nous poursuivrons en rappelant la réalité des médecins de famille québécois et défendrons l'importance de la qualité des soins et de la pertinence des rendez-vous. Par la suite, nous soulignerons plus spécifiquement les enjeux qui nous préoccupent dans le projet de loi n^{o} 11, tel que libellé. Enfin, nous émettrons dans une attitude collaborative nos recommandations.

DEUX ÉLÉMENTS FONDAMENTAUX À CLARIFIER

L'INSCRIPTION AUPRÈS D'UN MÉDECIN DE FAMILLE ET L'ACCÈS AUX SOINS

En plus de rendre disponibles certaines données de la RAMQ, et cela, dans une vision de gestion décentralisée, le projet de loi n^{o} 11, tel que libellé, vise essentiellement « à augmenter l'offre de services de première ligne par les médecins omnipraticiens ». Nous souhaitons dire qu'il faut sortir des concepts préétablis. Le travail de collaboration avec les autres professionnels-les s'est développé au cours des dernières années et les médecins de famille ne devraient plus être nécessairement la seule porte d'entrée au système de santé bien qu'il soit souhaitable que chaque citoyenne et citoyen puisse avoir son médecin de famille.

L'inscription auprès d'un médecin de famille

Il est fondamental de clarifier ces deux éléments distincts, soit l'inscription auprès d'un médecin de famille et l'accès aux soins. Bien que les deux soient souhaitables et visés, les modalités pour favoriser l'un et l'autre, sans changer les façons de faire, sont vouées à l'échec. Ces dernières années, la consigne a été donnée aux médecins de famille d'inscrire les patients faisant partie de leur clientèle afin de quantifier le nombre de personnes suivies par un médecin. De plus, afin d'éviter qu'un médecin inscrive de nombreux patients sans leur offrir un suivi adéquat, le taux d'assiduité a commencé à être mesuré : il est logique que les patients puissent voir leur médecin lorsqu'ils en ont besoin. Les médecins ont donc pris en charge le nombre de patients qu'ils étaient en mesure de soigner, et cela, en tenant compte de leurs divers engagements, souvent associés aux activités médicales particulières (AMP) imposées, mais nécessaires pour assurer le bon fonctionnement de notre système de santé dans sa conception actuelle. Notons que la vulnérabilité de la clientèle influence aussi le nombre de patients pouvant être suivi par un médecin.

L'accès aux soins

Avoir accès aux soins ne devrait pas signifier « voir un médecin de famille ». La première ligne de soins doit reposer sur un travail de collaboration interprofessionnelle, tel que proposé notamment dans le concept du Centre de médecine de famille du Collège des médecins de famille du Canada. Ce lieu, regroupant autour du patient de multiples professionnels, crée une synergie entre les médecins et les professionnels-les comme les infirmiers-ères, les pharmaciens-nes, les travailleurs-ses sociaux, les physiothérapeutes, et autres, afin d'offrir à la patiente et au patient de bons soins, par la bonne personne, au bon moment.

La notion de **l'accès adapté**, développée depuis quelques années, permet un accès en temps opportun à celles et ceux qui en ont besoin, et ne repose pas sur la seule disponibilité du médecin de famille. Par exemple, les infirmières peuvent procéder à un grand nombre d'évaluations, prodiguer des conseils, assurer le suivi de maladies

chroniques et référer au médecin lorsqu'un diagnostic est requis ou si le plan de traitement demande à être rajusté. Il est déplorable que l'accès au médecin de famille soit requis pour voir un physiothérapeute dans un cas de douleur musculosquelettique, ou encore un travailleur social ou une psychologue pour des enjeux psychosociaux. D'une part, certaines compagnies d'assurance exigent une prescription par un médecin pour rembourser les frais encourus; d'autre part, certains patients n'ayant pas d'assurances ne peuvent assumer ces frais s'ils ne sont pas couverts par la RAMQ. La couverture par la RAMQ des soins offerts par ces professionnels-les serait un apport fort pertinent à la première ligne.

Le problème d'accès, ces deux dernières années, a été amplifié par la **pandémie de COVID-19** qui a sollicité les médecins de famille à travailler sans relâche dans de multiples sites dédiés, dans les hôpitaux, les sites non traditionnels et les CHSLD. Il y a eu également une augmentation des consultations pour des enjeux de santé mentale en cabinet découlant, entre autres, de l'effet pandémique sur la santé psychologique de nos concitoyennes et concitoyens. De plus, la pandémie a amené le délestage de centaines d'infirmiers-ères de première ligne, GMF et CLSC, pour prêter main forte à la vaccination, en CHSLD, à l'hôpital, et ailleurs. Pendant cette période, tous les suivis usuellement faits par les infirmiers-ères ont dû être assumés par des équipes médicales minimales, ce qui a accentué le goulot d'étranglement, et même poussé à l'épuisement plusieurs médecins et professionnels-les. Les infirmiers-ères reviennent graduellement à leur poste, réaugmentant la capacité des cliniques de première ligne.

Si on veut augmenter significativement le nombre de patients pris en charge par les équipes médicales, il serait optimal d'augmenter le nombre d'infirmières et d'infirmiers dans les groupes de médecine de famille.

RÉALITÉ DES MÉDECINS DE FAMILLE QUÉBÉCOIS ET QUALITÉ DES SOINS

Le travail hors cabinet

La particularité des médecins de famille québécois, qui travaillent davantage en deuxième ligne que leurs consœurs et confrères ailleurs au pays, peut être un frein à leur disponibilité en cabinet. Cependant, cette répartition du travail entre la première et la deuxième ligne est bénéfique à plusieurs niveaux dont voici quelques exemples :

- Soins complets et globaux dispensés pour un grand nombre de pathologies, avec l'apport d'autres spécialistes lorsque requis;
- Augmentation des connaissances des médecins de famille exposés à diverses pathologies en centre hospitalier; cela les outille davantage au moment des suivis en cabinet;
- Attrait de la médecine de famille comme spécialité diversifiée et stimulante pour la relève.

En lien avec cet apport à la deuxième ligne, nous savons que la carrière des médecins de famille se module au fil du temps. De fait, la prise en charge en cabinet repose sur un équilibre dans le partage des tâches entre collègues, pour assurer de remplir tous les rôles du médecin de famille et répondre aux besoins de la population, tant au cabinet qu'ailleurs. En début d'exercice, une plus grande proportion du temps est travaillée à l'hôpital. Graduellement, cette prépondérance cède sa place au suivi en cabinet qui culmine en fin de carrière. Dans les prochains mois, à l'aube de la retraite de plusieurs consœurs et confrères, nous appréhendons une augmentation du nombre de patients orphelins. Le travail à temps partiel doit être permis et valorisé pour nos collègues en fin de carrière afin qu'ils puissent continuer à offrir des soins et des services à la population, leur permettant de transférer graduellement leur patientèle à de nouveaux médecins.

La qualité des soins

Comment ne pas aborder la qualité des soins et la durée des rendez-vous! Nous mettons en garde les décideurs de vouloir mesurer la « performance » des médecins de famille au nombre de patients vus par jour, alors que l'on sait qu'offrir des soins de qualité exige du temps et une compréhension globale du patient, en particulier avec les personnes présentant des enjeux de santé mentale ou de multiples comorbidités. Grâce aux nombreux avancements de la médecine moderne, nous vivons plus longtemps et avec un grand nombre de maladies chroniques. Il est prouvé qu'un suivi global et en continuité par une équipe de première ligne améliore les paramètres de santé et réduit le nombre de consultations à l'urgence et les hospitalisations. Un service axé sur des consultations rapides n'abordant que des problèmes ponctuels peut sembler performant à court terme, mais n'améliore pas l'état de santé à long terme de nos collectivités. Le travail en équipe interprofessionnelle, multipliant les plages de rendez-vous disponibles, permet d'assurer une réponse aux besoins ponctuels tout en offrant une prise en charge globale de qualité.

PERTINENCE DES RENDEZ-VOUS

Médicalisation à outrance

Depuis les dernières décennies, nous constatons un recours croissant à la médecine pour expliquer et soulager divers symptômes. La multiplication des analyses sanguines et d'imageries donne l'impression de pouvoir connaître tous les détails du corps humain et ainsi améliorer la santé. Cependant, la découverte d'anomalies mineures peut mener au surdiagnostic, au surtraitement, ayant des effets néfastes sur la santé des personnes qui les subissent. On estime jusqu'à 30 % les examens et les traitements non nécessaires, d'où l'importance d'une sensibilisation au concept de pertinence des soins et d'utilisation judicieuse des ressources. Actuellement, les médecins passent beaucoup de temps à gérer des résultats de tests, réduisant par le fait même leur disponibilité pour voir des patients. Il est démontré que des rendez-vous de courte durée sans suivi longitudinal génèrent plus de tests qu'une rencontre entre un patient et son équipe de soins.

Plusieurs personnes consultent rapidement pour des problèmes mineurs comme des infections d'allure virale, alors que les soins de base ne sont pas encore entamés (hydratation, acétaminophène, repos). Les causes à ces consultations hâtives ou qui pourraient être évitées sont nombreuses, mais citons-en quelques-unes :

- Méconnaissance des soins de base à mettre en œuvre et des critères devant faire l'objet d'une consultation médicale;
- Recherche d'une solution rapide à un inconfort;
- Épuisement ou autres enjeux de santé mentale;
- Motif administratif comme exigence de l'employeur, de l'assureur ou de la garderie.

De plus, les publicités des sociétés pharmaceutiques incitent bien souvent à consulter le médecin pour des problèmes mineurs (comme les onychomycoses!), mettant ainsi plus de pression sur la première ligne. Le gouvernement évalue-t-il l'impact de ces publicités sur l'utilisation des ressources du système de santé publique?

Informer et outiller

Il serait fort utile de poursuive les efforts pour accroître les connaissances de base en santé de nos concitoyennes et concitoyens, comme avec les guides d'autosoins distribués au début de la pandémie de COVID-19. En suivi de maladies chroniques, cette approche a fait ses preuves : en donnant au patient de la formation sur ses problèmes de santé et en l'outillant pour gérer sa maladie, non seulement est-elle mieux contrôlée, mais la qualité de vie du patient est améliorée et on constate une réduction du nombre de visites à l'hôpital ou en clinique. Dans cet ordre d'idées, diverses modalités éducatives gagneraient à être développées pour l'autogestion des problèmes de santé courants, évitant des visites médicales non nécessaires.

Une voie prometteuse dans le futur pourrait également se trouver dans la plateforme proposée pour la prise de rendez-vous : la munir d'algorithmes d'intelligence artificielle permettrait de mieux diriger les demandes. Selon la condition présentée, la plateforme pourrait recommander le guide d'autosoins approprié, référer au pharmacien, à une infirmière ou réserver un rendez-vous médical.

Par ailleurs, le projet du guichet d'accès à la première ligne (GAP) mis en œuvre dans le Bas-Saint-Laurent et au Saguenay-Lac-Saint-Jean, où les demandes de consultation médicale sont évaluées par des infirmières avant d'être dirigées au bon service professionnel, est un bel exemple d'interprofessionnalisme qui assure la pertinence des rendez-vous. Si on souhaite que les médecins de famille soient disponibles pour voir un plus grand nombre de personnes nécessitant leur intervention, ce service préalable d'orientation serait fort pertinent tant pour les personnes inscrites auprès d'un médecin de famille que non inscrites.

Soins virtuels

Depuis la pandémie de COVID-19, il y a eu un élargissement de l'offre de consultations virtuelles. On constate que cela répond à un désir de la population d'avoir accès à des soins virtuels, pour leur commodité, et la majorité des médecins qui ont utilisé des plateformes de télésanté ou la voie téléphonique en sont aussi satisfaits. Il est bien établi que le suivi virtuel avec un professionnel qui connaît le patient, pour des problèmes mineurs ou en suivi de pathologies identifiées, permet d'offrir des soins de bonne qualité dans la mesure où un rendez-vous en personne est disponible lorsque la condition ou le patient le requiert. Nous encourageons les dirigeants à continuer de permettre les consultations virtuelles au sortir de la pandémie.

Par ailleurs, de nombreuses plateformes de soins virtuels **privées** ont vu le jour ces derniers temps (ex. : Olive, Dialogue, etc.). Nous mettons en garde sur le risque associé à ces plateformes privées qui ne sont pas reliées au reste du réseau, entraînant un bris de continuité avec les soins offerts par le médecin traitant. Nous exhortons les dirigeants à imposer les mêmes règles de qualité et d'éthique chez les professionnels-les qui œuvrent dans ces compagnies et à assurer que des communications soient transmises au médecin traitant à chaque consultation virtuelle.

PROJET DE LOI N^{O} 11 – ENJEUX

Tout médecin omnipraticien […] doit : ajouter à la clientèle dont il assure le suivi médical seulement des personnes inscrites au système d'information, […]

L'inscription auprès d'une ou d'un médecin de famille permet souvent à plusieurs membres d'une même famille, voire plus d'une génération, de bénéficier de suivis longitudinaux. L'idée d'empêcher tout médecin d'inscrire des patients autres que ceux du guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) vient brimer, d'une part, les membres d'une famille qui souhaiteraient être suivis par un même médecin et, d'autre part, le médecin qui serait prêt à suivre l'ensemble des membres d'une famille. Cette idée repose également sur la fausse prémisse que toutes les Québécoises et tous les Québécois sans médecin sont inscrits au GAMF.

En ajoutant une règle comme celle énoncée dans ce projet de loi, nous ne ferons qu'entraver une fluidité toute naturelle, soit celle d'une relation de continuité qui s'instaure après une première rencontre entre un médecin et un patient sans médecin. Nous jugeons qu'à la manière d'autres mesures administratives mises en place au fil des ans, celle-ci risque de compromettre l'atteinte de l'objectif véritable, soit d'offrir des soins à l'ensemble de la population du Québec. Ainsi, bien que nous souhaitions voir les patients qui sont inscrits au guichet être jumelés à un médecin en exercice ou en début de pratique, il nous semble délétère d'empêcher toute autre façon d'initier une prise en charge.

Le ministre peut utiliser les renseignements recueillis en application des deuxième et troisième alinéas à toute autre fin en plus de celle qui y est prévue, lorsque cette utilisation est nécessaire à l'exercice de ses fonctions, […]

Avec le projet de loi n^{o} 11, le ministre de la Santé et des Services sociaux veut rendre accessibles aux gestionnaires locaux des données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) en vue d'une gestion décentralisée. Mais, encore faut-il s'entendre sur ce que représentent réellement ces données. Les indicateurs utilisés sont-ils contextualisés, regroupés et analysés de manière à favoriser l'émergence de constats probants? Entendons-nous. Pris isolément, les indicateurs et données ne permettent pas d'obtenir un portrait juste et réaliste.

Par exemple, que compte-t-on comme « une » journée travaillée? Être de garde en obstétrique à l'hôpital pendant 24 heures – soit trois quarts de travail – ne compte que pour une journée, soit un quart de 8 heures. Être au bureau pour gérer les résultats d'examens, remplir divers formulaires ou retourner les appels n'est pas comptabilisé non plus.

Dans le même ordre d'idées, nous aimerions bien comprendre l'objectif et les modalités du système de prise de rendez-vous centralisé décrété dans le projet de loi n^{o} 11. S'il s'agit

de documenter la « productivité » des médecins, c'est assurément un outil pernicieux; alors que s'il s'agit de rendre les plages offertes disponibles aux personnes nécessitant un rendez-vous, c'est bénéfique. Encore faudra-t-il s'assurer des modalités du système de prise de rendez-vous pour éviter que l'horaire du médecin soit comblé de telle manière que ses propres patients ne soient plus en mesure de le consulter.

Le gouvernement […] peut, de même, déterminer la mesure dans laquelle un médecin doit se rendre disponible […] déterminer le pourcentage des plages horaires de disponibilité d'un médecin qui doivent être offertes du lundi au vendredi, avant 8 h et après 19 h, 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 et les renseignements qui doivent y être versés.

Développer un outil technologique de mise en commun des rendez-vous disponibles peut être fort utile, mais ce libellé, comme formulé, est une atteinte à l'autonomie de pratique et ne se justifie pas à nos yeux.

Cet énoncé donne à penser que le gouvernement veut encadrer de façon rigide les heures de travail des médecins de famille, ce qui ne réglera pas le problème d'accès. L'enjeu d'accès aux soins ne découle pas de la seule disponibilité des médecins, mais de multiples facteurs interreliés que nous avons évoqués. Faut-il le rappeler, nos médecins de famille québécois sont appelés à travailler dans de multiples horaires défavorables, et cela, dans différents milieux comme les salles d'urgence, d'accouchement et à l'hospitalisation, dans les soins à domicile ainsi que dans les cabinets en soirée et les fins de semaine pour des rendez-vous urgents.

Pour être un bon soignant, il faut être soi-même en santé, capable de reconnaître ses capacités et ses limites et garder un équilibre de vie professionnelle et personnelle. Imposer une pareille gestion intrusive ne tient pas compte de l'horaire atypique de travail des médecins de famille et de leurs autres obligations.

NOS RECOMMANDATIONS

À la lumière de ce qui précède, le Collège québécois des médecins de famille recommande :

1. **Accroître le travail interprofessionnel pour assurer un meilleur accès aux soins et services, afin que les médecins de famille ne soient pas la seule et unique porte d'entrée du système de santé**
   - Augmenter le nombre d'infirmières et d'infirmiers dans les GMF et favoriser un service d'orientation préalable pour diriger la patiente ou le patient à la bonne ressource professionnelle, au bon moment.
   - Donner la possibilité à chaque médecin de suivre de plus grandes cohortes de patients, dans une médecine de qualité, grâce à l'apport des autres professionnels-les.
   - Respecter le jugement du médecin dans ses décisions en matière de suivis médicaux – durée du rendez-vous selon la complexité, consultations virtuelles, délégation de suivis, capacité ou non d'élargir sa patientèle.

2. **Valoriser la médecine de famille**
   a. **En faire une spécialité attrayante pour la relève**
      - Établir rapidement un plan d'action pour la valorisation de la profession, de concert avec les facultés de médecine et les organismes impliqués en médecine de famille.

   b. **Reconnaître l'engagement des médecins en pratique**
      - Offrir aux médecins de famille la flexibilité d'ajuster leur offre de services en première ligne au cours de leur carrière – en tenant compte de leurs engagements en 2e ligne, de leur situation familiale et de leur état de santé – dans le but d'éviter l'épuisement, l'exode ou une fin de carrière précipitée.
      - Mettre à profit l'expertise des médecins de famille dans l'élaboration d'un « plan de redressement » du système de santé québécois.

3. **Promouvoir le concept de pertinence des soins et des services**
   - Former nos médecins et professionnels-les de la santé sur le surdiagnostic et le surtraitement – réduction des examens et des traitements inutiles – pour utiliser temps et ressources à bon escient.
   - Guider et outiller les citoyennes et citoyens pour favoriser l'autogestion des problèmes de santé mineurs et courants, afin d'assurer la pertinence des rendez-vous médicaux.

4. **Tenir compte des éléments suivants dans l'implantation d'une technologie de prise de rendez-vous en ligne :**
    - Doter cette plateforme d'algorithmes d'intelligence artificielle de façon à diriger la personne en démarche de rendez-vous au bon professionnel, au bon moment, et l'outiller avec des guides d'autosoins.
    - Moduler l'offre pour éviter de transformer en « sans rendez-vous » toutes les plages disponibles du médecin; réserver des plages horaires en nombre suffisant et de durée adéquate pour permettre au médecin de famille d'offrir des soins complets et globaux à sa patientèle.
    - Enfin, il serait inacceptable d'utiliser cette plateforme pour juger de la « productivité » des médecins de famille selon le nombre de rendez-vous offerts ou pour s'ingérer dans la gestion de leurs horaires individuels.

CONCLUSION

LES MÉDECINS DE FAMILLE NE DOIVENT PAS ÊTRE LA SEULE ET UNIQUE PORTE D'ENTRÉE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Dans son tout premier rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux québécois, publié en 2009, et intitulé Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée : recommandations, enjeux et implications, le Commissaire à la santé et au bien-être soulignait que « l'atteinte d'une première ligne performante requiert que toute la population soit inscrite auprès d'une équipe interdisciplinaire de soins de première ligne qui connaît et prend en charge ses patients ».

L'augmentation de l'offre de services de première ligne, visée par le projet de loi n^{o} 11, a dans sa mire l'apport des médecins « omnipraticiens » uniquement. C'est malheureux. En effet, comme nous l'avons évoqué précédemment, notre population est vieillissante et l'augmentation de la longévité et de la survie des patientes et patients aux prises avec des maladies chroniques multiples ou encore des enjeux de santé mentale entraînent un accroissement de suivis et de traitements.

Ainsi, les besoins de soins sont moins de nature ponctuelle, mais nécessitent davantage une organisation des soins et des services orientée vers une prise en charge globale et à long terme d'où la nécessité, en première ligne, d'équipes interprofessionnelles accessibles et outillées de manière à ce que les bons soins soient donnés par les bons professionnels-les, au bon moment, et cela, à l'ensemble de la population.

Accessibles, oui, mais aussi pertinents et d'une qualité optimale.