

Nouveau modèle d'organisation des soins de première ligne

Rencontre du 15 novembre 2023

S'inspirer de l'approche réflexive

2



NÉGOCIATION

Le comité conjoint doit :

4

- Analyser l'expérience passée, présente et future
- Structurer et transformer les perceptions
- Permettre l'émergence de solutions



Pourquoi ?

5

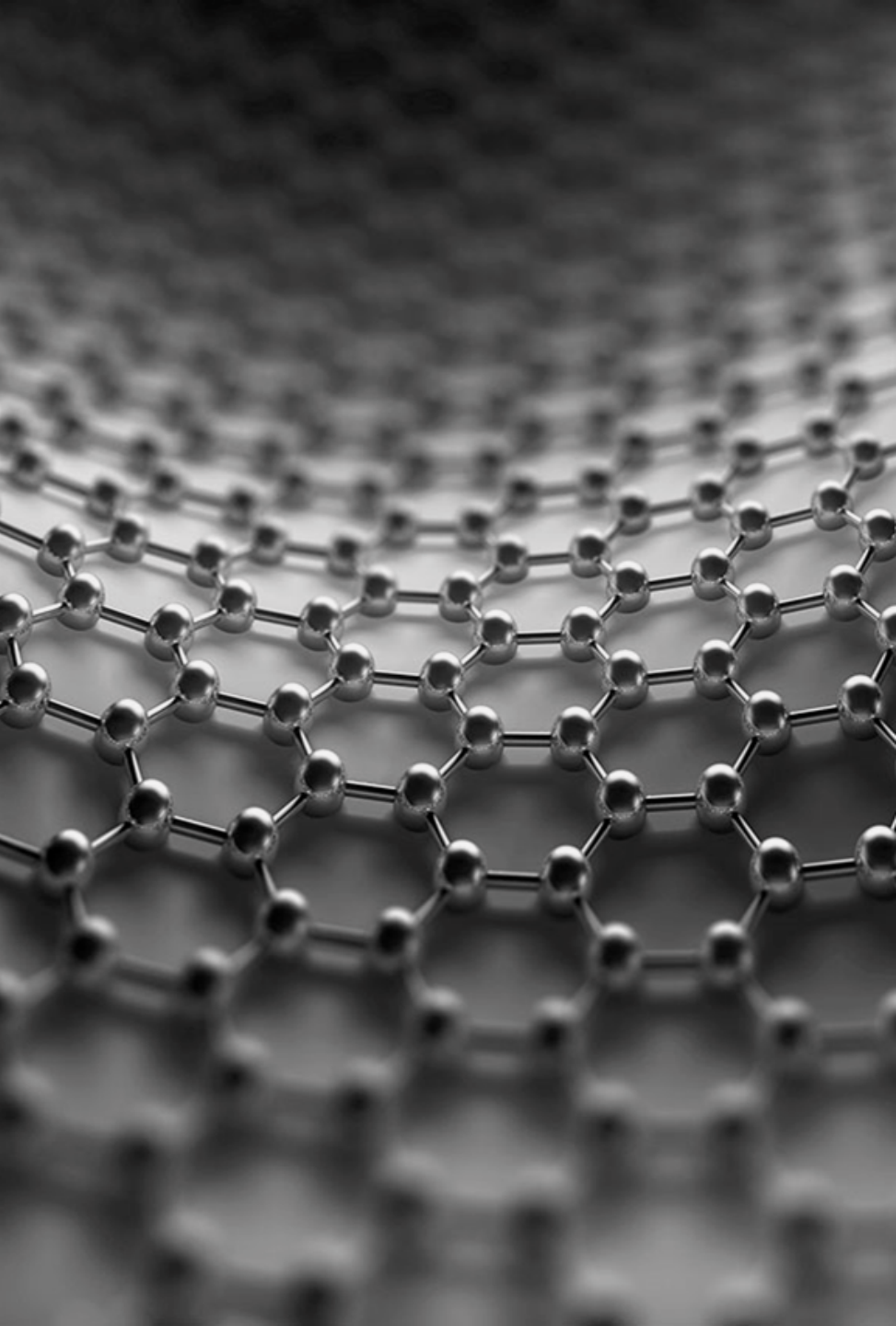
Pour dénouer une
crise qui s'accroît



Pour qui ?

6

- Pour la population
- Pour les médecins de famille
- Pour les professionnels de la santé
- Pour le réseau de la santé



Comment ?

7

Par un travail d'équipe
basé sur la confiance et
la collaboration



Échéancier ?

8

- 31 mai 2024
- Transition à prévoir

Constat

9

Grave pénurie
de médecins de famille



Le modèle à venir ne
pourra remplacer le
manque d'effectifs en
médecine de famille.



Il doit permettre un meilleur accès et des soins à la population en attendant le retour des effectifs.



Revue des modèles

12



Tant à l'international
qu'au Canada :
Aucune solution magique



Tendances observées

14

- Coordination médicale des soins
- Pratique de groupe
- Pratique interprofessionnelle
- Responsabilité populationnelle
- Décentralisation
- Rémunération adaptée

Le modèle québécois
actuel est
intéressant, mais...

15

Il doit être...

16

→ Adapté

→ Bonifié

→ Amélioré



Pour être davantage...

17

→ Efficace

→ Simple

→ Agile



L'équation
suivante doit
être notre
objectif

Le bon patient

Au bon endroit

Au bon moment

Par le bon professionnel

Les principes qui
doivent nous guider

20

L'universalité des soins

L'accessibilité pour tous
les citoyens

La gratuité des services
offerts

La gouvernance de
proximité

La responsabilité
populationnelle

La pertinence

La collaboration de tous
les professionnels

La promotion de la
littératie en santé

L'optimisation de la
technologie

La continuité des soins

21

1000



Le modèle doit garantir :

22

Une réponse aux besoins des citoyens

Dans un délai raisonnable



Imputabilité partagée

23

- Les intervenants du réseau
- Les professionnels de la santé
- Les patients

Performance des outils d'accompagnement

24

Les paramètres à considérer

25

Pratique de
groupe



Réseautage et
services
intégrés



Apport adéquat
des ressources
professionnelles
et
administratives



Ratio d'un
professionnel
pour un
médecin

Outils
favorisant la
pertinence



Outils
déployés et
accessibles



Technologie et
intelligence
artificielle
mises à
contribution



Meilleures
pratiques
favorisées

Télémédecine
souple



Repenser
l'inscription
de la
clientèle



Responsabilité
collective par
territoire



Implication
des acteurs
locaux et des
DRMG

Programmes favorisant l'accès aux soins à développer



Mieux éduquer la population



Favoriser l'apport d'agents indépendants d'amélioration de l'organisation clinique



Autres ?

Une fois le
modèle convenu

30

Une fois le modèle convenu...

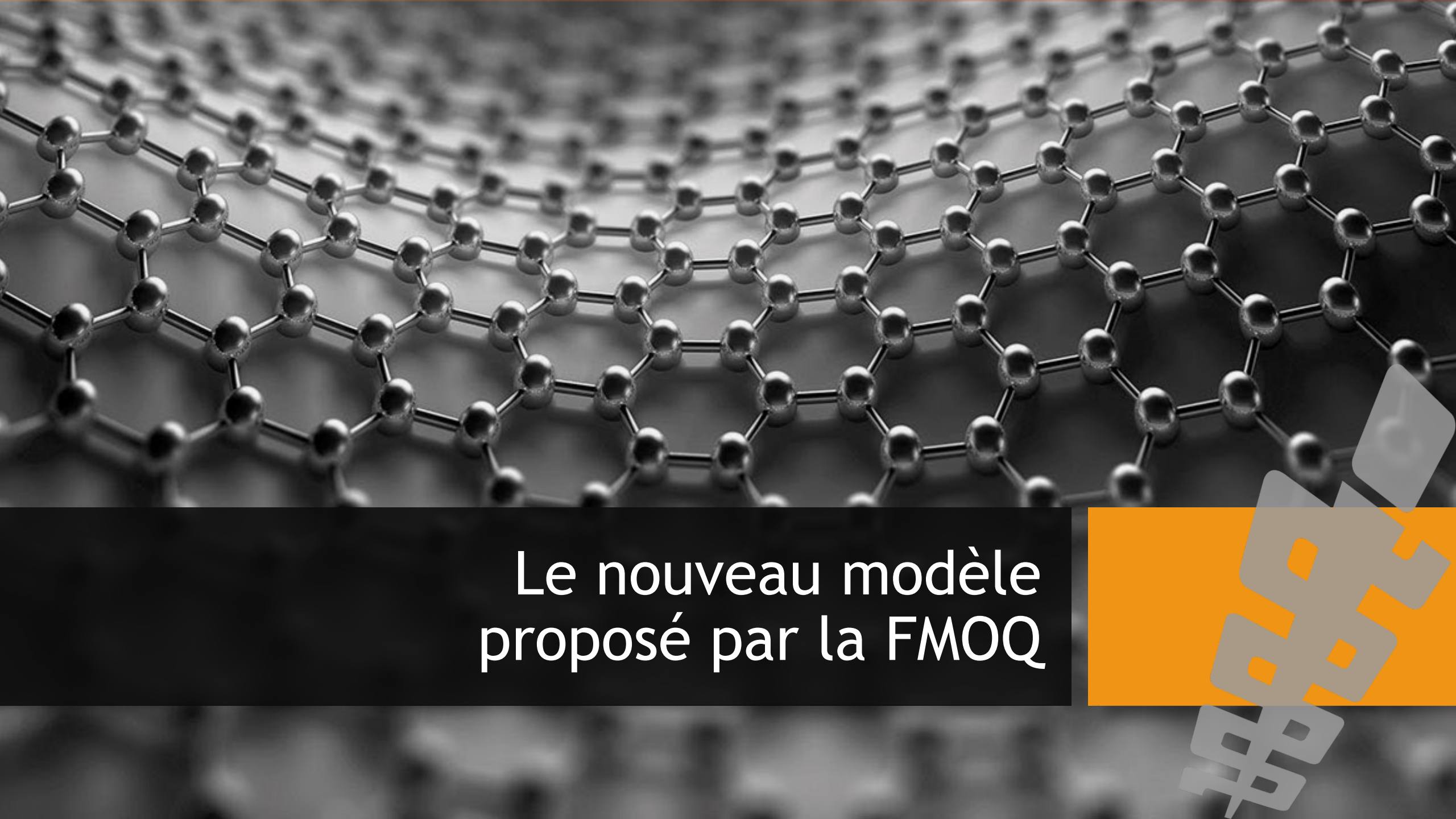
31

- Se donner du temps pour assurer sa plénitude
- Éviter l'ingérence politique
- Favoriser la gestion du changement

Une fois le modèle convenu...

32

- Créer un comité de suivi souple et agile
- Négocier un modèle de financement et de rémunération innovant pour le Québec



Le nouveau modèle
proposé par la FMOQ

INNOVER

ACCESSIBILITÉ-ORGANISATION-FINANCEMENT-RÉMUNÉRATION

34

Regard sur le passé

35

REGARD SUR LE PASSÉ...

36

Un programme GMF qui a transformé les pratiques :

- La pratique de groupe pour un groupe de patients
- La pratique collaborative avec les autres professionnels
- Un modèle reconnu comme avant-gardiste dans le reste du Canada
- Une fermeture des clientèles et un repli (assiduité)
- Un cadre parfois rigide et une cogestion variable
- Une gestion des ressources humaines insécurisante
- Un cadre qui crée des laisser pour contre (patients et cliniques)

REGARD SUR LE PASSÉ...

37

L'inscription individuelle des patients :

- Une fidélisation « administrative » des patients
- Une offre de service où la pertinence n'est pas toujours au rendez-vous : iniquité entre les inscrits et non-inscrits
- Des obligations ayant entraîné une perte d'intérêt au suivi des patients et impact sur l'attractivité de la médecine de famille
- Une perte d'agilité lors de mouvements d'effectifs dans un groupe de pratique
- La création d'un « Guichet d'Accès à un Médecin de Famille » et une liste d'attente peu productive
- Une certaine sélection de clientèle

REGARD SUR LE PASSÉ...

38

L'entente sur l'accessibilité :

- L'accessibilité en 1^{ère} ligne au-delà de l'accès à un médecin de famille
- L'inscription collective des patients à un groupe de professionnels
- Une offre de services accrue
- La pertinence et une meilleure orientation des patients
- Difficulté à obtenir des indicateurs fiables
- Peu de recul pour en mesurer les impacts

La collaboration MSSS/FMOQ/DRMG :

- Construction conjointe de l'entente sur l'accessibilité
- Comité de suivi pour des ajustements au déploiement de l'entente
- Implication des DRMG avec des perceptions d'imputabilité variable

Pour aller de l'avant
et innover

39

POUR ALLER DE L'AVANT ET INNOVER

40

Des opportunités :

- Fin de l'entente sur l'accessibilité
- Renouvellement de l'Entente FMOQ/MSSS
- Volonté des parties de construire ensemble un nouveau modèle
- Conjuguer pénurie de médecins de famille et des autres professionnels de la santé pour une offre de service équilibrée et intégrée

POUR ALLER DE L'AVANT ET INNOVER

41

S'inspirer :

- Des succès du passé et des difficultés vécues pour faire mieux
- Des modèles en implantation ailleurs au Canada et dans le monde
- Et sortir des sentiers battus au Québec

Et rendre de la médecine de famille plus attractive :

- Prendre acte du désintéressement du suivi de patients
- Identifier les facteurs d'attractivité de la pratique en 1^{ère} ligne

Quelques principes

42

QUELQUES PRINCIPES

43

Accessibilité :

- Pour tous les québécois
- Au bon professionnel, au moment opportun et au bon endroit

Équité :

- Éviter les silos de patients
- Éviter les silos de services et s'assurer une équité dans l'accès et la qualité

QUELQUES PRINCIPES

44

Décentralisation, territorialité et intégration :

- Donner de l'agilité pour atteindre les objectifs d'accès fixés
- Responsabilité populationnelle et imputabilité
- Financement per capita
- Reddition de compte

Gouvernance de proximité :

- Intégration de tous les acteurs dans l'offre de services de santé et services sociaux en première ligne
- Cogestion

QUELQUES PRINCIPES

45

Inscription collective :

- Fidélisation d'un groupe de patients à un groupe de pratique (médecins et autres professionnels)

Continuité des soins :

- Fidélisation « professionnelle » pour les patients vulnérables
- Responsabilité du groupe de pratique pour cette continuité des soins

Collaboration interprofessionnelle :

- Tandem médecin-infirmière (IPSPL, clinicienne et auxiliaire)
- Inclusion des prestataires privés et des groupes communautaires

QUELQUES PRINCIPES

46

Pertinence :

- Pour tous les patients
- GAP 2.0!

Connaissance des populations :

- Mise à profit des données populationnelles de la Santé Publique
- Contribution de la Santé Publique régionale à l'amélioration de l'organisation des services

Leadership des médecins de famille :

- Formation des DTMF
- Soutien administratif à tous les niveaux

QUELQUES PRINCIPES

47

Promotion de la littératie médicale :

- Promouvoir l'amélioration des connaissances en santé pour la population
- Préconiser l'autosoins
- Informer la population pour une meilleure navigation dans le système de santé

Optimisation des technologies de l'information :

- Interopérabilité des systèmes d'information
- Système d'informations unique
- Développement de solutions informatiques fonctionnelles et adaptées aux besoins des professionnels
- Développement d'indicateurs d'accès fiables

La gouvernance territoriale

48

GOVERNANCE TERRITORIALE

49

- Gouvernance de première ligne par RLS ou regroupement de plusieurs RLS
- Sous l'autorité de Santé Québec
- Regroupe tous les prestataires de services de première ligne
- Intégration des pharmacies, dentistes, optométristes, cliniques de physiothérapie, etc.
- Autonomie dans la gestion de l'offre de 1ère ligne
- Responsable et imputable
- Leadership des médecins de famille
- Partenariat avec les CISSS et CIUSSS

- Participation intersectorielle :
 - Municipalités
 - Organismes communautaires
 - Milieu scolaire
- Partenariat avec les patients
- Autonomie pleine et entière dans l'atteinte des objectifs d'accès établis par Santé Québec
- Vision à long terme

- Inscription collective « volontaire » de la population du territoire
- Coordonne l'offre de services "globale" pour répondre aux besoins notamment des clientèles particulières (soins aux personnes âgées, santé mentale, dépendance, itinérance, santé sexuelle, etc)
- Reçoit un financement per capita pour la population de son territoire en fonction d'indicateurs de santé (connaissance de sa population)
- Conclue des ententes avec les cliniques de 1ère ligne et leur verse le financement convenu selon l'entente sur les cliniques de 1^{ère} ligne conclue entre le MSSS et la FMOQ
- Ces ententes ont un caractère pérenne pour faciliter la gestion des cliniques

- Développe une offre de services (clinique de première ligne) dans des territoires sous-desservis (déserts médicaux)
- Mobilise la population à la notion d'inscription collective à un groupe de professionnels et non à un médecin

- Assure le financement du soutien professionnel et organisationnel des cliniques de 1ère ligne :
 - Selon l'inscription collective
 - Objectifs d'accès et reddition de compte
 - Pondération selon la vulnérabilité de la population desservie
 - Étendue des heures d'accessibilité
- Financement pour toutes les cliniques engagées
- Guichet d'accès à la première ligne pour tous
- Équipe de gestion financée par Santé Québec
- Doit s'appuyer sur des indicateurs d'accès fiables

La gouvernance médicale territoriale

54

GOUVERNANCE MÉDICALE TERRITORIALE

55

- Sous l'égide du DTMF et de la table territoriale
- Regroupe des dispensateurs de soins médicaux de 1ère ligne
- Cogestion avec l'instance de gouvernance territoriale
- S'assure de l'imputabilité de son réseau de clinique dans l'offre collective

- S'assure que les cliniques assument leur responsabilité populationnelle en répartissant la clientèle entre les cliniques
- S'assure que l'offre de services médicaux et professionnels dans les cliniques de 1ère ligne répondent à la demande attendue
- Détermine les services médicaux spécifiques à assurer: santé mentale, soins aux personnes âgées, clientèles particulières
- Détermine l'offre de services requise pour les clientèles non-inscrites collectivement ou encore en transit sur le territoire (clientèles touristiques)

La clinique de première ligne

57

LA CLINIQUE DE 1ÈRE LIGNE

58

- Clinique multidisciplinaire de soins primaires
- Modèle inclusif à toutes les entités (GMF, cabinet, CLSC, GMF-U)
- Pratique de groupe privilégiée mais non exclusive. Chaque clinique doit optimiser le travail interdisciplinaire
- Tandem médecin de famille/infirmière essentiel
- Équipe de professionnels selon les besoins établis par la clinique
 - Ratio 1 MF:1,25 ETP professionnels
- S'appuie sur le concept des GMF qui devient « un nouveau programme conventionné »

LA CLINIQUE DE 1ÈRE LIGNE

59

- Gestion par les médecins avec un médecin responsable: décisions, autorité fonctionnelle, imputabilité :
 - Participation de l'équipe des professionnels
 - Soutien administratif
- Autonomie dans l'engagement du personnel :
 - Selon les paramètres du financement qui est versé à la clinique de première ligne
 - Avec autonomie pour le choix des professionnels en fonction de la clientèle à desservir
 - Peut embaucher son personnel (sauf pour les cliniques intra établissement)
 - Peut conclure une entente pour le prêt de professionnels avec l'établissement
 - Peut conclure des ententes de service avec des tiers hors établissement

LA CLINIQUE DE 1ÈRE LIGNE

60

- S'assure que son offre de services réponde adéquatement aux besoins de toute sa clientèle inscrite collectivement:
 - Accès ponctuel
 - Suivi longitudinal des maladies chroniques (fidélisation auprès d'un médecin ou d'un professionnel)
 - Accès en heures défavorables
- Effectifs médicaux:
 - Recrutement cohérent avec l'entente conclue avec la gouvernance territoriale (inscrits collectifs et accès populationnel)
 - Pour le maintien de l'accès en cas de départs ou d'absence prolongée, une formule de remplacement (locum) pourrait être développée

LA CLINIQUE DE 1ÈRE LIGNE

61

- Conclue, après consultation de l'instance médicale territoriale, une entente avec l'instance de gouvernance territoriale
- L'entente détermine le niveau de soutien professionnel et technique en fonction du nombre d'inscrits collectifs
- Reçoit son financement selon les paramètres négociés entre le MSSS et la FMOQ
- Nécessité d'indicateurs de performance de l'accès
- S'engage dans un processus d'amélioration continue de l'organisation

La rémunération des médecins

62



Rémunération des médecins

63

- Capitation et forfaits
- Forfait horaire
- À l'acte

La rémunération des médecins proposée est en sus du financement professionnel et technique prévu dans l'entente entre la clinique de 1^{ère} ligne et la gouvernance territoriale

Capitation et forfaits :

- Capitation collective pour chaque patient associé à la clinique. Critères établis selon l'entente MSSS-FMOQ
- La capitation rémunère la responsabilité professionnelle pour les patients inscrits collectivement, finance le soutien professionnel supplémentaire, et finance en partie les frais de fonctionnement de la clinique et les frais afférents à la pratique des autres professionnels.
- Forfaits supplémentaires pour l'accès offert en heures défavorables et les services aux non-inscrits collectivement.

Capitation et forfaits :

- Partage des sommes par le médecin responsable en fonction :
 - De la contribution à l'offre de services (services ponctuels et continuité des soins auprès des patients avec maladie chronique)
 - Du volume d'activité
 - De la performance clinique
- Le médecin responsable et son équipe administrative doivent avoir la capacité d'identifier la charge de travail individuelle et la lourdeur de la pratique



Rémunération des médecins

66

Forfait horaire :

- Activités cliniques, soins indirects aux patients, gestion et enseignement
- Inclut les discussions entre professionnels

Actes :

- Visite sur place et à distance (possibilité de modulation)
- Intervention clinique
- Actes techniques

Échanges ?

67