

MÉMOIRE DU COLLÈGE QUÉBÉCOIS DES MÉDECINS DE FAMILLE

Projet de loi n° 20

Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée

PARTIE I : Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée

**Déposé à la Commission de la santé et des services sociaux du Québec
Février 2015**

Le CQMF, ses membres et son affiliation au CMFC

Le Collège québécois des médecins de famille (CQMF), section provinciale du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), est une organisation à but non lucratif qui représente au-delà de 4000 membres, majoritairement des médecins de famille, des résidents en médecine de famille et des étudiants en médecine de la province de Québec. Il s'efforce d'améliorer la santé des Québécois et la qualité des soins de première ligne en travaillant à développer, valoriser et promouvoir l'excellence en médecine de famille.

Le CQMF travaille de concert avec le CMFC et ses 30 000 membres à soutenir et encourager les médecins de famille à prodiguer des soins de santé de grande qualité à leurs patients. Le CMFC est responsable avec le Collège des médecins du Québec (CMQ) de l'agrément des programmes de formation en médecine de famille au Québec comme dans le reste du Canada.

Introduction

Le projet de loi n° 20, PARTIE I : un objectif honorable et consensuel, mais une approche déplorable

En tant qu'organisme promoteur du développement, de la valorisation et de la promotion de la médecine de famille, le CQMF endosse la valeur d'imputabilité sociale du projet de loi n° 20 (PL-20) et est en faveur de l'objectif établi : un médecin de famille accessible en temps opportun pour chaque Québécois.

Cependant, le CQMF émet d'importantes réserves sur les dérapages possibles du présent projet de loi en ce qui a trait aux aspects suivants : 1) le maintien de la qualité des soins 2) la valorisation de la médecine de famille 3) l'impact sur l'enseignement, la recherche et le leadership médical.

De ce fait, le CQMF dénonce vivement les méthodes et mesures annoncées pour y arriver. L'approche coercitive du projet de loi génère un climat de tension nuisible au développement de collaborations constructives. De plus, l'effet additif du cadre de gestion des groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U), de la Loi n° 10 et du PL-20 créé une déstabilisation sans précédent de la première ligne.

La médecine de famille : la pierre angulaire d'un système de santé performant

La littérature scientifique démontre qu'un système qui investit dans des soins de première ligne complets et globaux réussit mieux à améliorer la qualité du système, l'équité et l'efficacité (réduction des coûts)^{1, 2, 3, 4}.

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005; 83(3):457-502.

2. Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J, Politzer R. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US States, 1980–1995. *J Am Board Fam Pract*. 2003; 16(5):412-422.

3. Starfield B., Family medicine should shape reform, not vice versa. *Fam Pr Manag*. 2009; 16(4):6-7.

4. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health : an international perspective. *Health Policy*. 2002; 60(3):201-218.

Un système de soins primaires robuste où les médecins de famille jouent un rôle de premier plan est associé à de meilleurs résultats, tant pour la santé des patients que la satisfaction globale.

L'accès à des équipes de médecine de famille :

- réduit les visites à l'urgence
- améliore l'accès global aux soins
- offre de meilleurs services préventifs
- améliore la satisfaction des patients^{5, 6}

Il a également été démontré que la **relation de confiance entre le médecin et son patient** est un facteur clé des soins de première ligne. Lorsque ces relations sont bâties et renforcées au fil du temps, on observe de façon significative de meilleurs résultats des soins, une augmentation des services de soins préventifs, et des avantages possibles pour toutes les populations de patients, y compris ceux atteints de maladies chroniques⁷.

De plus, les médecins de famille utilisent leur expertise pour aider les patients à naviguer dans le système de santé en fonction de leurs besoins particuliers. Tout aussi important, est le rôle du médecin de famille en tant que promoteur de la santé, œuvrant à améliorer les conditions sociales – revenu, logement, soutien social⁸ – qui améliorent ou nuisent à la santé.

Solutions aux risques du PL-20

1. Le maintien de la qualité des soins lors de la transition vers l'amélioration de l'accessibilité repose sur une vision d'excellence de l'organisation des soins de première ligne et sur un soutien adéquat

a. Le Centre de médecine de famille (CMF) : une vision d'excellence pour l'organisation des soins de première ligne qui a fait ses preuves

Le premier risque du PL-20 est l'impact potentiel sur la qualité des soins s'il n'est pas imbriqué dans une vision globale d'excellence et arrimé d'un soutien adéquat pour les équipes de première ligne.

Le Centre de médecine de famille (CMF) est la vision du CMFC pour l'avenir de la pratique de la médecine de famille au Canada. Cette initiative a pour but d'assurer que chaque

5. Khan S, McIntosh C, Sanmartin C, Watson D, Leeb K. Les équipes de soins de santé primaires et leur effet sur les processus et les résultats des soins. Ottawa, ON : Statistique Canada; 2008.

6. Barrett J, Curran V, Glynn L, Godwin M. *Synthèse de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : Collaboration interprofessionnelle et services de santé de première ligne de qualité*. Ottawa, ON : Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé; 2007.

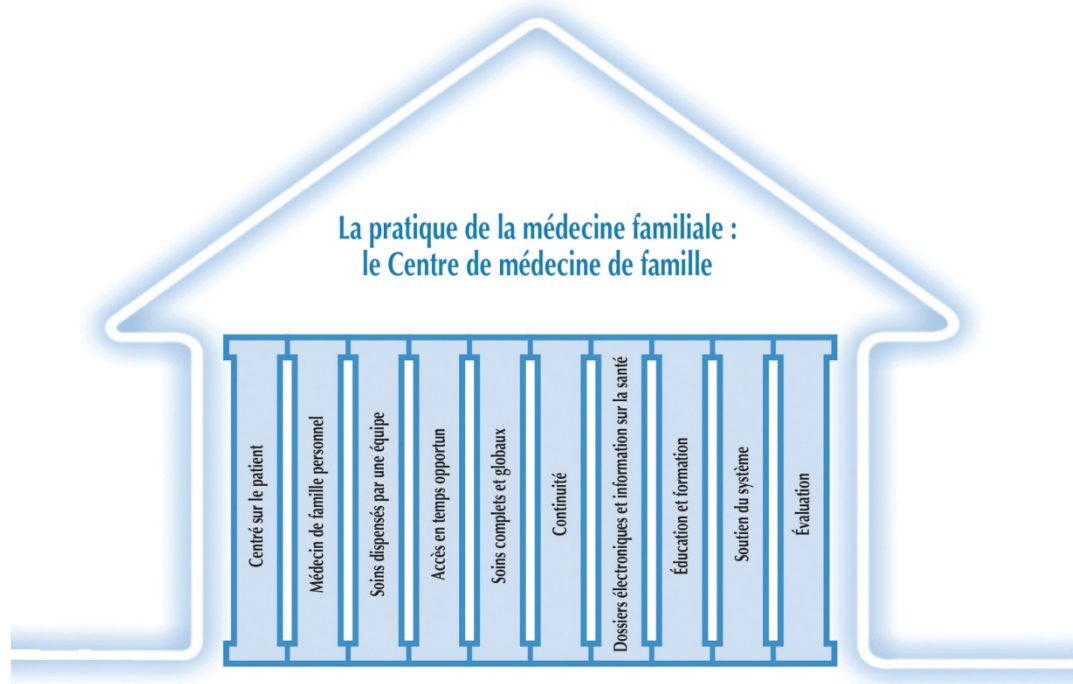
http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/SynthesisReport_Fr_FINAL.pdf date de consultation : 18 août 2010.

7. Starfield B, Shi L. The medical home, access to care, and insurance: a review of evidence. *Pediatrics*. 2004;113(Supplement 4):1493-1498.

8. Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). Guide de conseils pratiques sur le CMF : Les déterminants sociaux de la santé. Mississauga, ON:CMFC; en cours.

clinique de médecine de famille dans chaque collectivité au Canada est en mesure d'offrir des soins complets et globaux, coordonnés et continus à sa population par l'entremise d'un médecin de famille travaillant avec des équipes de professionnels de la santé. Le CMF est un lieu où les patients peuvent se présenter et discuter de leur santé et de la santé de leur famille et recevoir une gamme complète de soins. Les relations entre les patients, les médecins de famille et les autres professionnels de la santé se développent et se raffermissent avec le temps, ce qui produit les meilleurs résultats possible sur la santé des personnes, de la population et de la collectivité desservies.

Le CMF repose sur dix (10) piliers présentés dans le graphique ci-dessous.



Les modèles de type « Centre de médecine de famille », axés sur les soins centrés sur les besoins du patient plutôt que sur le nombre de rendez-vous, arrivent en tête en termes de résultats des soins et de satisfaction des prestataires, contribuant ainsi à une meilleure expérience d'ensemble pour le patient⁹.

De plus, *The Patient-Centered Medical Home's Impact on Cost and Quality Annual Review of Evidence 2013-2014* publié en janvier 2015 démontre que les modèles tel le CMF (PCMH) étaient généralement associés à une réduction des coûts globaux en santé ainsi qu'à une diminution de l'utilisation non nécessaire des soins de santé. Ces études ont montré également une amélioration de l'accès et de la satisfaction des patients et des cliniciens. Les experts y indiquent que l'investissement en première ligne constitue la voie du futur.

9. Reid RJ, Fishman PA, Yu O, et al. Patient-centered medical home demonstration: a prospective, quasi-experimental, before and after evaluation. *Am J Manag Care*. 2009;15(9):e71-e87.

b. Un soutien adéquat

À l'heure actuelle, le soutien nécessaire aux pratiques pour maintenir la qualité des soins favorisant l'augmentation de la prise en charge des patients est insuffisant ou mal connu de la plupart des médecins de famille.

Les résidus de décennies de financement hospitalo-centriste se font encore sentir. La proportion du financement accordé à la première ligne par rapport à celui accordé aux centres hospitaliers est encore insuffisante. Il est capital de continuer à soutenir ce changement de paradigme pour renforcer le soutien à la première ligne.

i. Dossier médical électronique (DMÉ)

La mise en œuvre du DMÉ au Québec a pris un retard considérable par rapport aux autres provinces, notamment en raison de l'absence de soutien pour les médecins qui l'utilisent de même qu'au délai dans le déploiement du Dossier Santé Québec

- 2007 : **21 %** des MF/OP au QC utilisent le DMÉ comparé à **41 %** en moyenne au Canada
- 2014 : **61 %** des MF/OP au QC utilisent le DMÉ comparé à **80 %** en moyenne au Canada
- Le *Programme québécois d'adoption du dossier médical électronique* n'a commencé qu'en 2013 (comparé à la plateforme de l'Alberta qui existe depuis 2001 qui s'est traduit par un taux d'adoption de 89 % du DMÉ).

ii. Accès en temps opportun

Les provinces qui investissent dans des initiatives qui appuient l'accès en temps opportun obtiennent de meilleurs résultats. La Colombie-Britannique, la Saskatchewan, l'Alberta et l'Ontario ont toutes des programmes à cet effet.

Le CQMF travaille au déploiement d'outils développés par le CMFC visant à soutenir les médecins de famille pour qu'ils adoptent l'accès en temps opportun comme mode de gestion des rendez-vous. Il salue les initiatives de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et du Collège des médecins du Québec (CMQ) qui offrent eux aussi d'excellents outils et des formations pour les professionnels travaillant dans les cliniques en première ligne au Québec.

iii. Collaboration interprofessionnelle

L'initiative des groupes de médecines de famille (GMF) a réussi là où les CLSC avaient eu moins de succès, attirant un grand nombre de médecins et couvrant une proportion importante de la population québécoise¹⁰.

10. Breton M, Levesque 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):122-135.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3287954/http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3287954/>

L'environnement interprofessionnel est un autre résultat positif, y compris une collaboration médecin-infirmière plus étroite grâce à la disponibilité des GMF.

Cependant, l'offre de services en première ligne est encore trop mince pour bien répondre aux besoins de la population. Afin d'effectuer une prise en charge globale, la majorité des médecins de famille ont besoin de collaborer avec des pharmaciens, des psychologues, des physiothérapeutes, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes pour ne nommer que ceux-ci.

c. Des délais raisonnables

Plusieurs études démontrent que l'amélioration constante de la qualité met du temps à être mise en œuvre et à prendre effet^{11 12 13 14}.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) négocie actuellement différents cadres de gestion visant l'amélioration à l'accès aux soins, par exemple par le nouveau cadre GMF et le cadre GMF-U. Le CQMF remet par conséquent en question la valeur ajoutée du PL-20. En effet, on peut appréhender les effets pervers d'une réforme aussi majeure et rapide sur les principaux acteurs et la population qu'ils desservent de par la confusion, le non-engagement et la démotivation qu'elle entraîne. Les équipes engagées dans l'amélioration continue et l'innovation sont maintenant paralysées, dépourvues devant tant de changements sur lesquels elles n'ont aucun contrôle et ne sont pas consultées.

2. La recette d'une réforme réussie pour l'accès à des soins de qualité : valoriser la médecine de famille et collaborer avec ses acteurs clés

Le deuxième risque du PL-20 est la dévalorisation de la médecine de famille par l'approche coercitive et l'absence de consultation. Celle-ci a entraîné une démotivation sans précédent des acteurs concernés et risque de renverser des années d'efforts à valoriser et promouvoir la médecine de famille auprès des étudiants en médecine, compromettant ainsi la relève.

a. La valorisation de la médecine de famille est essentielle pour une première ligne forte et pour assurer la relève

Comme démontré plus haut, la médecine de famille joue un rôle central dans la santé des populations. Cette contribution doit être soulignée afin de reconnaître la spécialité et garder ses acteurs mobilisés et engagés. Or, historiquement, la médecine de famille a été dévalorisée, reléguée au rang de médecine de deuxième classe. Cette dévalorisation est

11. Sondage national des médecins (SNM). (2014). *2014 Résultats nationaux*

dans : <http://nationalphysiciansurvey.ca/fr/result/2014-resultats-des-medecins-de-famille-par-sexe-et-age/>.

12. Giordano, C., Arenson, C., Lyons, K., Collins, L., Umland, E., Smith, K. (2013). Effect of the health mentors program on student attitudes toward team care. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 42, 120.

13. Daniel, D., Wagner, E., Coleman, K., Schaefer, J., Austin, B., & Abrams, M. (2013). Assessing Progress toward Becoming a Patient-Centered Medical Home: An Assessment Tool for Practice Transformation. *Health Services Research*, 48, 1879-1897.

14. Liddy et coll. (2014). Primary care quality improvement from a practice facilitator's perspective. *BMC Family Practice*, 15:23. doi:10.1186/1471-2296-15-23.

encore présente dans notre société malgré l'amélioration des dernières années, notamment grâce à la reconnaissance de la spécialité. Le mépris exprimé par les propos du ministre de la Santé date d'une autre époque et est inacceptable de la part du leader du système de santé québécois.

Cette dévalorisation de la médecine de famille a nécessairement un impact sur la relève dans la discipline. Les étudiants en médecine ont souvent par le passé boudé la médecine de famille comme premier choix de résidence. Cependant, différentes initiatives visant la valorisation de la médecine de famille au cours de la dernière décennie ont porté fruit notamment la création, par le CMFC, des Groupes d'intérêts en médecine familiale (GIMF) en 2003 et du Symposium étudiant sur la médecine de famille en 2009, initiative de ces jeunes leaders. À noter que la proportion des étudiants canadiens optant pour la médecine de famille comme premier choix de carrière est passée de 24 % en 2003 à 36 % en 2014 (CaRMS). L'intérêt de ces groupes, par conséquent, de ses leaders, pourrait être perdu si l'attitude actuelle véhiculée avec le PL-20 est maintenue.

b. La collaboration entre les médecins de famille et le gouvernement est fondamentale pour l'amélioration des soins

Si la réforme s'appuie sur des données probantes et sur les meilleurs intérêts du patient, elle doit tenir compte de l'expertise et de la voix des cliniciens de première ligne qui dispensent les soins primaires.

Les médecins de famille partagent l'objectif du gouvernement soit l'amélioration de l'équité, l'efficacité pour les patients sur le plan de l'accès aux soins et les résultats des soins. Comme l'explique Rittenhouse : « les discussions sur les réformes actuelles reconnaissent que pour réussir, il faudra un changement de cap : de la fragmentation à la coordination et des soins hautement spécialisés aux soins de première ligne et la prévention. »¹⁵. En effet, les efforts de coordination passent inévitablement par un dialogue concerté avec la première ligne, notamment les médecins de famille.

3. L'enseignement, la recherche et le leadership médical constituent des éléments incontournables d'un système de santé efficace

Le troisième risque du PL-20 est son atteinte potentielle aux soins indirects. À cet égard, les mesures de productivité du PL-20 reposent sur les soins directs aux patients et ne tiennent pas compte de la valeur des soins indirects, notamment l'enseignement, la recherche et la gestion – tous des facteurs importants pour prodiguer des soins de première ligne de qualité.

15. Rittenhouse DR, Shortell SM. The patient-centered medical home: Will it stand the test of health reform? *JAMA*. 2009;301(19):2038-2040. doi:10.1001/jama.2009.691.

a. Maintenir un enseignement de qualité

Les universités et leur département de médecine de famille, de par leur programme prégradué et post-gradué, ont la responsabilité de mettre en œuvre le **Cursus Triple C** et de respecter les plus hauts standards d'enseignement contenus et dictés par le **Livre rouge** du CMFC. L'impact de normes rigoureuses et de cursus centrés sur la qualité des soins ainsi que sur l'éducation et la formation est évident. Les résultats incluent des améliorations à la globalité des soins et à la confiance dans le traitement et le diagnostic^{16, 17, 18, 19}.

Ainsi, viser uniquement l'inscription des patients pour mesurer la productivité des médecins de famille pourrait miner la participation de ceux-ci au réseau d'enseignement. À ceci, des centaines de médecins de famille cliniciens consacrent un temps considérable en enseignement, que ce soit à la faculté de médecine, à l'externat ou lors de la résidence en médecine de famille. Non seulement participent-ils à la formation des médecins de demain, mais offrent également un modèle auquel les étudiants peuvent s'identifier lorsque vient le temps de choisir leur spécialité.

b. Promouvoir la recherche en première ligne

Longtemps négligée et méconnue, la recherche en première ligne commence à être reconnue pour sa grande pertinence clinique. Indubitablement, la meilleure molécule ne sera efficace que si elle est prise par le patient; comprendre les facteurs qui influencent réellement les patients et leur santé et jongler avec les multiples comorbidités des patients rencontrés est essentiel. Plusieurs organismes subventionnaires s'intéressent maintenant à ce domaine. La plus connue est la *Stratégie de recherche axée sur le patient du Canada* (SRAP), des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) qui vise à faire en sorte que le bon patient reçoive les bons soins au bon moment.

L'implication des médecins de famille à ces initiatives en tant que chercheurs et en tant que participants est essentielle pour l'amélioration de la santé de nos populations.

c. Favoriser le leadership médical

Les médecins de famille sont des partenaires incontournables de l'amélioration de la qualité et de la recherche de solution. Ils assument plusieurs rôles de gestion et de leadership médical tels que directeur de département de médecine de famille/de programme, des services professionnels, membre de conseil d'administration, de comités

16. Sukalich, S., Elliott, J., Ruffner, G. (2014). Teaching medical error disclosure to residents using patient-centered simulation training. *Journal of Academic Medicine*, 89, 136-143.

17. MacCarthy, D., Kallstrom, L., Kadlec, H., & Hollander, M. (2012). Improving primary care in British Columbia, Canada: Evaluation of a peer-to-peer continuing education program for family physicians. *BMC Medical Education*, 12, 110. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-12-110>

18. Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, Girard N, et coll. (2005). Effect of a community oriented problem based learning curriculum on quality of primary care delivered by graduates: historical cohort comparison study. *BMJ*, 331; doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.38636.582546.7C>.

19. Holboe ES, Leslie P, & Green M. (2005). Teaching and improving quality of care in a primary care internal medicine residency clinic. *Academic Medicine*; 80(6):571-577.

d'enseignement, d'amélioration de la qualité, de formation médicale continue, et ce, tant au niveau universitaire, hospitalier que communautaire.

Ces contributions constituent le ciment d'un système de santé efficace et requièrent du temps qui ne se comptabilise pas en nombre de patients inscrits.

Recommandations

- D'adopter une **vision globale de l'amélioration des soins**, incluant l'accessibilité, telle que présentée dans la vision du **Centre de médecine de famille** et d'en bonifier le soutien;
- De favoriser un **climat respectueux de dialogue et de collaboration** axé sur la recherche de solutions avec les médecins de famille afin de valoriser cette spécialité qui est la pierre angulaire de notre système de santé;
- D'honorer les **soins indirects prodigués par les enseignants, les chercheurs et les leaders médicaux par la reconnaissance du temps nécessaire** à remplir ces fonctions essentielles.

Conclusion

Le CQMF endosse les valeurs d'imputabilité sociale du PL-20, mais est inquiet des effets néfastes et dérives pouvant être engendrés par ce projet de loi, notamment sur le maintien de la qualité de soins globaux, la valorisation de la médecine de famille et l'atténuation des autres rôles du médecin de famille (enseignant, chercheur, leader).

Le CQMF continuera de déployer ses énergies afin de diffuser les outils d'amélioration de la pratique du CMF (<http://www.centremedecinedefamille.ca>) auprès des médecins québécois. De plus, il poursuivra son travail de valorisation et de promotion de la médecine de famille auprès de la relève.

Le CQMF continuera de développer, valoriser et promouvoir l'excellence en médecine de famille et invite le MSSS à le rejoindre dans un dialogue constructif et respectueux axé sur les pistes de solutions concertées.