



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS
DU QUÉBEC

RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL SUR L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS DE PREMIÈRE LIGNE



Membres du groupe de travail sur l'accessibilité aux soins de première ligne

D^r Sylvain Dion, président du groupe de travail. secrétaire général, FMOQ

D^r Marc-André Asselin, premier vice-président, FMOQ

D^r Marcel Guilbault, deuxième administrateur, FMOQ

D^r Claude Rivard, quatrième administrateur, FMOQ

Ont collaboré aux travaux du groupe de travail

D^r Louis Godin, président, FMOQ

D^r Serge Dulude, directeur de la Planification et de la Régionalisation, FMOQ

M^{me} Marianne Casavant, conseillère en politiques de santé, FMOQ

M^e Pierre Belzile, directeur du Service juridique, FMOQ

M. Jean-Pierre Dion, directeur des Communications, FMOQ

M. Denis Blanchette, directeur des Affaires économiques, FMOQ

M^{me} Sylvie Fortin, actuaire aux Affaires économiques, FMOQ

Consultants du groupe de travail

M. Roger Paquet, ex-sous-ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec

M. Alain Dumas, M^{me} Vicky Wong et M. Simon Pouliot, KPMG-SECOR

Personnes rencontrées

M. Alain Dubuc, chroniqueur, *La Presse*

M^e Paul Brunet et M^e Gabriel Dupuis, Conseil de la protection des malades

Représentants de la table des chefs de DRMG

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES	3
MOT DU PRÉSIDENT DU GROUPE DE TRAVAIL SUR L'ACCESSIBILITÉ	4
LE GROUPE DE TRAVAIL ET SA DÉMARCHE	5
Le contexte	5
Le mandat du groupe de travail	5
L'approche adoptée par le groupe de travail	6
La cueillette d'informations	6
Les sondages	6
Les personnes rencontrées et les consultants	7
Les constats	7
Les constats relatifs à la population	7
Les constats relatifs aux médecins	8
Les constats relatifs à l'organisation des services	8
LA PROPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL	9
La pierre angulaire de la proposition : l'accès à son médecin ou exceptionnellement à un médecin de famille du même groupe	9
Le filet de sécurité : l'accès à un médecin de famille	10
Les unités d'accès populationnel (UAP)	10
Les ententes de service	11
Le rôle du DRMG	11
Le rôle des CSSS	12
CONCLUSION	13
RECOMMANDATIONS	14
Recommandation n° 1 : Favoriser l'accès à son médecin de famille (ou exceptionnellement à un médecin du même groupe	14
Recommandation n° 2 : Favoriser l'accès à un médecin de famille	15

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES

AMP	Activités médicales particulières
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DME	Dossier médical électronique
DRMG	Département régional de médecine générale
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
PROS	Plan régional d'organisation des services
RLS	Réseau local de services
UAP	Unité d'accès populationnel
UMF	Unité de médecine familiale

MOT DU PRÉSIDENT DU GROUPE DE TRAVAIL SUR L'ACCESSIBILITÉ

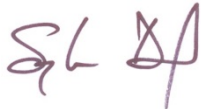
La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) exerce un leadership de premier plan dans l'organisation des soins de santé au Québec. Avec sa politique sur la valorisation de la médecine familiale lancée il y a cinq ans, elle a insufflé un vent nouveau aux services médicaux de première ligne.

Cependant, l'enjeu de l'accessibilité aux soins de première ligne est encore patent. Avec ce rapport, de façon proactive, la FMOQ met de l'avant une proposition mobilisatrice pour les médecins de famille et les Québécois : faire des soins médicaux de première ligne, le cœur de la pratique de la médecine familiale au Québec.

Au centre du contrat social qui lie les médecins de famille avec les citoyens, la globalité, la continuité et l'accessibilité aux soins de première ligne sont essentielles. Ces trois axes constituent la pierre angulaire de notre proposition qui s'appuie sur notre réseau de cliniques médicales, de GMF, de cliniques-réseaux, de CLSC et d'unités de médecine familiale. Notre plan ne vise pas à révolutionner le réseau de première ligne, mais plutôt à en consolider les constituantes, tout en les arrimant mieux avec le réseau des établissements.

Ce projet dynamique est réaliste à moyen terme, tant pour la communauté médicale qui aura à assumer des responsabilités plus grandes que pour l'État qui devra l'appuyer.

C'est dans l'optique de répondre aux besoins des Québécois que nous soumettons ce plan. La FMOQ et les médecins de famille sont prêts à relever le défi.



Sylvain Dion, M.D.
Secrétaire général
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

I. LE GROUPE DE TRAVAIL ET SA DÉMARCHE

Le contexte

Ces dernières années, la FMOQ a fait de la valorisation de la médecine de famille l'un de ses plus grands défis. Avec quelque deux millions de Québécois sans médecin de famille en 2010, il était plus qu'urgent d'agir. La FMOQ s'est rigoureusement attelée à la tâche et a réussi à mettre en place une série de mesures touchant à la fois la formation, l'organisation de la pratique et la rémunération.

Dans un environnement où la consommation des soins de santé est en constante évolution, un autre défi attend maintenant les médecins omnipraticiens : l'accessibilité aux services médicaux de première ligne. En effet, même si de très nombreux patients orphelins ont pu s'inscrire auprès d'un médecin de famille au cours des dernières années, l'accès aux services de ce dernier est demeuré souvent problématique. La longueur des délais de consultation auprès de son médecin et l'accessibilité aux services d'un médecin le soir, les fins de semaine et les jours fériés posent principalement problème.

Devant cet état de fait, la FMOQ a donc créé un groupe de travail. Son mandat : proposer un modèle visant à améliorer l'accessibilité des services médicaux généraux de première ligne. Tout en s'intégrant aux structures actuelles, le modèle doit s'adresser à tous les médecins de famille.

Le mandat du groupe de travail

Mis sur pied par le président de la FMOQ et relevant du Bureau de la Fédération, le groupe de travail sur l'accessibilité devait :

1. considérer la réalité des différents territoires ;
2. améliorer l'accessibilité ;
3. tenir compte des modèles d'organisation actuels ;
4. encourager l'adhésion des médecins de famille ;
5. identifier les liens qui doivent exister entre le modèle d'organisation proposé et les établissements des réseaux locaux ;
6. définir le soutien nécessaire au bon fonctionnement du modèle ;
7. déterminer le rôle des autres professionnels ;
8. déterminer le nombre d'organisations nécessaires dans les différents territoires sociosanitaires québécois.

En ce qui concerne plus particulièrement les médecins, le groupe de travail devait :

1. estimer l'accessibilité raisonnable qu'un médecin devrait offrir à la clientèle qu'il prend en charge pour les situations urgentes, semi-urgentes et non urgentes ;
2. déterminer les incitatifs nécessaires pour favoriser l'adhésion du médecin à ce nouveau modèle et prévoir les mécanismes de liaison qui devront intervenir entre les différents médecins du territoire de réseau local de services ;
3. proposer des modalités de rémunération favorisant l'accessibilité, tout en tenant compte des ententes actuelles.

L'approche adoptée par le groupe de travail

Le groupe de travail a convenu de scinder sa démarche en deux temps :

- procéder à une cueillette d'informations ;
- définir et élaborer le nouveau modèle sur la base des constats qu'il aura retenus.

La cueillette d'informations

Un bon accès aux soins de première ligne est un concept difficile à circonscrire. Il est hautement tributaire de l'étendue des perceptions et des réalités propres à chacun des acteurs concernés : la population, les médecins et les gestionnaires.

Pour mieux cerner ces perceptions et ces réalités, le groupe de travail a d'abord procédé par sondages. Dans un deuxième temps, une série de consultations menées auprès de groupes et de personnes reconnues pour leur expertise et leur crédibilité a été entreprise.

Les sondages

La firme Léger Marketing a été mandatée pour mesurer les délais habituels et ceux jugés acceptables par la population québécoise pour consulter un médecin omnipraticien. Simultanément, une autre consultation sur les mêmes thèmes a été soumise par voie électronique aux médecins omnipraticiens québécois. Le nombre de répondants a été respectivement de 1000 Québécois et de 1344 médecins omnipraticiens, ce qui constitue des taux de réponse significatifs.

De manière générale, les médecins et la population reconnaissent qu'il existe actuellement un problème d'accessibilité aux services médicaux de première ligne. À cette fin, le sondage indique que 93 % des médecins partagent cet avis. Plus particulièrement, mentionnons que :

1. 45 % des médecins omnipraticiens qui font de la prise en charge disent offrir une consultation non urgente dans un délai supérieur à un mois ;
2. 29 % des médecins omnipraticiens qui font de la prise en charge disent offrir une consultation non urgente dans un délai de moins de deux semaines ;
3. 94 % des médecins omnipraticiens qui font de la prise en charge jugent souhaitable que le délai d'un rendez-vous pour une consultation non urgente soit de moins d'un mois ;
4. 80 % des personnes sondées dans la population souhaitent obtenir une consultation non urgente avec leur médecin de famille dans un délai de moins d'un mois ;
5. 61 % des médecins omnipraticiens qui font de la prise en charge jugent qu'un délai acceptable pour une consultation non urgente est de moins de deux semaines ;
6. 55 % des médecins omnipraticiens qui font de la prise en charge disent qu'ils sont inaccessibles pour une consultation urgente le jour même ;
7. 66 % des médecins omnipraticiens souhaiteraient que les patients puissent avoir accès à une consultation médicale urgente avec eux ou avec un autre médecin du même groupe, le soir, les fins de semaine et les jours fériés ;
8. 63 % des patients ont répondu qu'il leur est impossible d'obtenir une consultation urgente avec leur médecin ou avec un autre médecin du groupe le jour même.

Les personnes rencontrées et les consultants

Pour recueillir différents points de vue, guider et alimenter les réflexions du groupe de travail, plusieurs personnes ont été rencontrées :

- des chefs de département régional de médecine générale ;
- les membres du comité des jeunes médecins de la FMOQ ;
- M^e Paul Brunet et M^e Gabriel Dupuis du Conseil pour la protection des malades ;
- M. Alain Dubuc, chroniqueur au journal *La Presse*.

M. Alain Dumas, M^{me} Vicky Wong et M. Simon Pouliot, de la firme KPMG-SECOR, consultants retenus par la FMOQ, ont pour leur part procédé à l'évaluation de la faisabilité économique du projet.

Enfin, soulignons que le groupe de travail a pu compter sur l'expertise de M. Roger Paquet, ex-sous-ministre de la Santé et des Services sociaux. M. Paquet a accompagné le groupe de travail tout au long des discussions dans le but d'évaluer et de commenter les propositions de services mises de l'avant.

Trois constats généraux ressortent de ces consultations :

1. Les médecins et les patients ont des perceptions quelque peu différentes de l'accessibilité aux soins de première ligne.
2. La prise en charge est relativement bien structurée par l'entremise des GMF.
3. Il existe peu de solutions alternatives au service d'urgence d'un hôpital dans les circonstances suivantes :
 - pour une consultation urgente et semi-urgente ;
 - pour une consultation durant les heures défavorables, les samedis, les dimanches et les jours fériés ;
 - pour une consultation demandée par un patient sans médecin de famille.

Plus spécifiquement, les constats se subdivisent en trois grandes catégories : ceux relatifs à la population, ceux relatifs aux médecins et, finalement, ceux relatifs à l'organisation des services.

Les constats

Les constats relatifs à la population

1. Pour de nombreux Québécois, l'accessibilité se définit par un continuum de services dans lequel le médecin de famille joue un rôle central.
2. Les patients souhaitent être suivis par une équipe multidisciplinaire dirigée par un médecin de famille.
3. Les patients sont peu informés des services offerts par le réseau de première ligne.
4. Les multiples tâches du médecin de famille sont peu connues.
5. Lorsqu'il est question de rehaussement du financement de la première ligne, aucune distinction n'est apportée entre rémunération et soutien à la pratique.
6. L'accessibilité comprend l'ensemble des moyens mis en place pour faciliter le parcours du patient qui cherche à obtenir des services.

Les constats relatifs aux médecins

1. Les médecins souhaitent être davantage accessibles.
2. Les jeunes médecins évoquent des contraintes familiales pour le travail durant les heures défavorables.
3. Le travail en équipe est essentiel.
4. Sur le plan individuel, les médecins sont davantage centrés sur une gestion de l'offre que sur une gestion de la demande.
5. L'accessibilité aux services, au bon endroit et au bon moment, est problématique. Trop souvent les médecins voient leurs patients essentiellement en suivi annuel.

Les constats relatifs à l'organisation des services

1. L'accessibilité entre en conflit avec les obligations en établissement et les AMP.
2. La première ligne est limitée par sa capacité physique et matérielle à accueillir adéquatement des patients de catégories P4 et P5¹.
3. Les difficultés d'accès aux services spécialisés et aux plateaux techniques entraînent d'importantes pertes de temps pour les médecins de première ligne et des délais indus pour les patients.
4. La coordination et la circulation de l'information à travers le réseau constituent un obstacle important à la continuité des soins.
5. La répartition de l'achalandage entre les cliniques pourrait être améliorée.
6. Le soutien professionnel fait défaut dans plusieurs milieux.

¹ Légende échelle de triage par gravité (ETG)

P1 : **Prise en charge immédiate** par l'équipe en place. Conditions où la vie du patient est en danger.

P2 : **Prise en charge rapide et urgente**. Conditions qui menacent la vie ou l'intégrité d'une personne.

P3 : **Prise en charge urgente**. Conditions associées à un inconfort important et à une incapacité de s'acquitter des activités de la vie quotidienne.

P4 : **Prise en charge semi-urgente**. Conditions ne présentant aucun danger pour la vie, mais pouvant présenter des risques de détérioration et de complications.

P5 : **Prise en charge non urgente**. Conditions qui ne présentent aucun danger pour la vie.

Source : www.amuq.qc.ca

II. LA PROPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

La proposition du groupe de travail vise l'ensemble des médecins de famille et viendrait renforcer de façon significative l'accessibilité en première ligne partout au Québec, et ce, sous deux aspects :

1. l'accessibilité à son médecin de famille ou exceptionnellement à un médecin du même groupe;
2. l'accessibilité à un médecin de famille.

A) La pierre angulaire de la proposition : l'accès à son médecin (ou exceptionnellement à un médecin de famille du même groupe)

La prise en charge, notamment par l'entremise des GMF, encourage le patient à consulter son médecin de famille ou un médecin du même groupe. Cependant, même pour les patients inscrits, l'accès rapide aux soins est parfois difficile. Les mesures proposées visent à soutenir les médecins dans leur pratique et également à optimiser la gestion des rendez-vous. L'inscription des patients auprès d'un médecin de famille s'intègre dans une logique de prise en charge, de globalité et de continuité des soins. C'est le principe mis de l'avant par la FMOQ depuis de nombreuses années. Le groupe de travail ne remet aucunement en question ce principe fondamental.

Par ailleurs, qu'ils exercent en GMF ou non, tous les médecins qui font de la prise en charge devraient pouvoir profiter des services d'une infirmière. Il est donc proposé que chaque médecin de famille puisse avoir recours, sous certaines conditions, à des services infirmiers équivalant à 0,5 jour par semaine par tranche de 1000 patients inscrits.

Les conditions précédemment évoquées impliqueraient la conclusion d'ententes comportant des obligations liées au bon fonctionnement des services médicaux de première ligne d'un réseau local de services. Ces ententes, pour lesquelles la nature des conditions sera davantage détaillée à la page **11** du présent document, auraient pour but de favoriser non seulement l'accessibilité, mais également la prise en charge de patients orphelins et le regroupement des médecins.

L'amélioration des délais viserait à ce que le médecin lui-même puisse voir son patient inscrit lors de situations urgentes et non urgentes. À cet effet, un supplément devrait être versé à tout médecin dont des rendez-vous seront fixés, pour sa clientèle inscrite, dans un délai de moins de trois jours. Pour accroître leur accessibilité, les médecins seraient incités à dégager un minimum de trois rendez-vous par jour. On pourrait s'attendre à ce que diverses formules soient mises de l'avant. Pensons notamment à l'accès adapté et à ses variantes. Sur le plan de l'informatique, il existe de nouvelles possibilités permettant d'améliorer la gestion des services.

Grâce au dossier médical électronique, les médecins sont dorénavant soutenus administrativement dans la gestion de leur pratique, et ce, tout en facilitant la coordination des soins avec les autres professionnels. Quant aux patients, divers systèmes de prise de rendez-vous et de répartition de l'achalandage ont été créés pour faciliter le parcours de ces derniers.

D'après le groupe de travail, les modalités seraient à la portée de tous les médecins, que ceux-ci exercent au sein d'un GMF ou non. Il est à préciser que la formule privilégiée pour consolider les

services de première ligne au Québec demeure le modèle des GMF. D'ailleurs, à cet égard, le groupe de travail est heureux de constater que le cadre de gestion des GMF fait l'objet d'une révision en collaboration avec la FMOQ. Il y voit une belle occasion de faire progresser le modèle dans un souci d'intégration qui favoriserait à la fois la prise en charge et l'accessibilité aux services de première ligne.

Ces solutions concrètes et réalisables à court terme encourageraient les médecins à modifier l'organisation de leur pratique et à adopter de nouveaux outils.

B) Le filet de sécurité : l'accès à un médecin de famille

Les structures de soins de première ligne doivent permettre à la population, inscrite ou non, d'obtenir une réponse rapide à ses demandes de soins. Ces structures doivent être particulièrement bien adaptées à l'organisation des grands centres urbains où l'on trouve une importante concentration de patients orphelins.

Les travaux du groupe de travail ont amené ce dernier à proposer la création d'unités d'accès populationnel (UAP) qui s'intégreraient et s'harmoniseraient aux structures actuelles du réseau de la santé.

Les unités d'accès populationnel (UAP)

L'UAP est un site où tout patient aurait accès rapidement à une consultation médicale. La pertinence de créer des UAP dans un territoire de réseau local de services dépendrait des besoins indiqués dans le plan régional d'organisation des services médicaux généraux. En principe, les services d'une UAP seraient concentrés dans un seul et même lieu physique.

Les UAP seraient préférablement greffées au réseau déjà existant, par exemple à un GMF, à une clinique médicale, à un CLSC ou à une clinique-réseau. Leur fonctionnement serait tributaire d'une série de mécanismes liés à l'ensemble des ressources d'un RLS. Sous la responsabilité clinique de médecins omnipraticiens, les UAP seraient de préférence détenues et exploitées par ces derniers.

Les UAP constitueraient un filet de sécurité permettant à tous les patients, inscrits ou non, d'avoir accès à des soins de première ligne en moins de 24 heures. Le cadre envisagé prévoit :

1. une accessibilité médicale de 76 heures par semaine réparties sur sept jours ;
2. l'assistance d'une infirmière en tout temps dans l'UAP ;
3. une gestion des rendez-vous avec un délai d'attente sur place de moins de deux heures.

Ces organisations accueilleraient, sur une base ambulatoire, tous les patients nécessitant les services d'un médecin, dont des patients de priorités 4 et 5 selon l'échelle de triage d'un service d'urgence. Des mécanismes de collaboration permettraient, par ailleurs, de favoriser la prise en charge de patients orphelins par des médecins de l'UAP, ou par des médecins partenaires de celle-ci.

Les médecins exerçant au sein d'une UAP auraient accès aux consultations en spécialité et à un plateau technique adéquat permettant la consultation en temps réel des examens d'imagerie et des analyses de laboratoire, ainsi que de leurs résultats. Selon le milieu et l'achalandage, les patients seraient orientés par l'entremise du personnel de liaison ou selon les modalités d'un accueil clinique.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, les UAP offriraient préférablement des services de prise en charge sur place. Ce n'est toutefois pas une condition préalable à la création d'une UAP. Celles qui n'offriraient pas de tels services de prise en charge sur place, devraient toutefois obligatoirement établir une entente avec un autre milieu pour rediriger les patients orphelins le nécessitant.

Les ententes de service

Les ententes de service seraient au cœur du fonctionnement des UAP. En effet, la création de ces dernières serait tributaire de la conclusion d'ententes avec les structures de prise en charge que sont les GMF, les cabinets, les UMF et les CLSC et également des ententes établies avec le CSSS.

Ces ententes de service couvriraient notamment :

1. l'engagement des médecins partenaires envers l'UAP (engagement se traduisant en heures de services sur place ou de prise en charge de patients orphelins dirigés par l'UAP) ;
2. l'engagement du CSSS pour l'accès aux plateaux techniques ;
3. l'engagement du CSSS pour l'accès aux consultations spécialisées ;
4. l'engagement du CSSS pour l'attribution de ressources humaines.

En contrepartie des services rendus pour l'UAP, le médecin bénéficierait du soutien d'une infirmière (0,5 jour par semaine par tranche de 1000 patients inscrits). Les compensations non pécuniaires viseraient donc essentiellement à soutenir les médecins dans la prise en charge et le suivi de leur clientèle.

Enfin, différentes formes d'incitatifs viendraient encourager les médecins à conclure une entente avec une UAP :

1. reconnaissance de l'atteinte du critère de fidélisation ;
2. suppléments du guichet d'accès d'un CSSS pour la prise en charge d'un patient orphelin ;
3. bonification du supplément pour le travail effectué durant les heures défavorables, les samedis, les dimanches et les jours fériés ;
4. reconnaissance du travail effectué dans l'UAP aux fins d'activités médicales particulières .

Le rôle du DRMG

Les ententes dont conviendraient les médecins constitueraient le cœur de la formule d'organisation proposée. Dans cette mesure, il importe de confier à une entité compétente le rôle de gérer le modèle, autant sur la base d'un RLS que sur celle d'une région. Selon le groupe de travail, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* cible et désigne déjà cet organisme : le DRMG.

Composé de tous les médecins omnipraticiens d'une région, le DRMG devrait jouer un rôle de leader. Il devrait s'assurer que les arrangements contractuels servent autant les besoins constatés en première ligne que ceux qui sont pressentis. Pour ce faire, il remplirait pleinement les responsabilités que le législateur lui a expressément confiées, dont plus particulièrement :

1. l'élaboration d'un plan régional d'organisation des services médicaux généraux, lequel préciserait, pour chaque RLS de la région, la nature des services existants en ce qui a trait à l'accessibilité et à la prise en charge des diverses clientèles ;
2. l'élaboration d'un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux qui s'inscrirait à l'intérieur de ce plan régional d'organisation des services médicaux généraux.

Le leadership du DRMG s'exprimerait en amont dans l'élaboration d'un PROS et d'un réseau d'accessibilité. Il s'exprimerait également en aval, puisqu'il devrait valider, en fonction de ce PROS et de ce réseau, toutes les ententes de service que les médecins d'un réseau local de services pourraient conclure avec une UAP, un CSSS ou un cabinet.

Plus spécifiquement, le DRMG déterminerait le lieu, le nombre d'UAP requis sur son territoire, ainsi que les conditions minimales de fonctionnement, y compris l'organisation physique. Il devrait également approuver l'offre de service, en prévoyant certaines modalités, par exemple le nombre de médecins nécessaire pour assurer son bon fonctionnement. Enfin, il utiliserait les AMP, outil mis à sa disposition pour orienter les activités des médecins, afin de soutenir l'organisation des UAP.

Le modèle suppose que le DRMG puisse aussi être concrètement assisté par les différents CSSS de sa région. Il importerait que ces derniers offrent de façon pratique les conditions qui permettent aux médecins d'avoir accès aux plateaux techniques nécessaires, à l'information clinique, à des médecins exerçant dans d'autres spécialités et à du personnel infirmier.

Pour le groupe de travail, le DRMG, en collaboration avec les associations médicales régionales affiliées à la FMOQ, serait un joueur important dans le modèle proposé. Ces structures sont également les seules capables de rallier l'ensemble des médecins d'une région.

12

Le rôle des CSSS

La LSSSS confie un rôle important aux CSSS qui doivent ainsi assumer une responsabilité auprès de la population et jouer un rôle de coordination en ce qui concerne des services offerts à la population de leur territoire. En effet, la LSSSS prévoit que les CSSS doivent créer des conditions favorables pour l'accès :

1. à des plateaux techniques diagnostiques pour tous les médecins ;
2. aux renseignements cliniques des patients ;
3. aux résultats d'examens diagnostiques comme les résultats de laboratoire et d'examens d'imagerie médicale ;
4. aux services des médecins spécialistes ;
5. au personnel infirmier.

L'instauration des mécanismes devrait être fixée dans des ententes de service convenues entre les CSSS et les médecins, après approbation des DRMG. Ces ententes spécifieraient les modalités d'échange entre les parties, les mécanismes de référence bilatérale, ainsi que les liens de communication, et ce, tout en prévoyant un système d'imputabilité.

CONCLUSION

La FMOQ et les médecins de famille sont très préoccupés par les difficultés qu'éprouve la population à accéder aux soins de première ligne. Les patients ont trop souvent du mal à obtenir les services au moment opportun. De leur côté, les médecins n'exercent pas dans des conditions optimales.

S'étant livré à un rigoureux travail d'analyse en tenant compte des réalités du système de santé actuel, le groupe de travail sur l'accessibilité aux soins de première ligne croit avoir identifié des solutions dynamiques et réalistes aux problèmes actuels de coordination, de continuité, de complémentarité et d'accessibilité.

Le modèle d'organisation proposé viendrait consolider le réseau de soins de première ligne au Québec. Alors que les unités d'accès populationnel assureraient la jonction entre les différents milieux de prise en charge et le milieu hospitalier, les mécanismes suggérés pour les soutenir viendraient décloisonner les cadres de pratique, favorisant ainsi la collaboration, la globalité et la continuité des soins.

Le groupe de travail est d'avis que l'appropriation de ce modèle par les médecins de famille du Québec augmenterait non seulement la satisfaction de ces derniers et des autres professionnels de la santé, mais surtout celle de la population par rapport à des problèmes organisationnels qui perdurent depuis trop longtemps. Grâce à l'apport indispensable des DRMG, l'adhésion des médecins au modèle et le maintien d'un équilibre entre les secteurs, notamment entre la première et la deuxième ligne, feront le succès de cette proposition.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1

Favoriser l'accès à son médecin de famille (ou exceptionnellement à un médecin du même groupe)

Objectif :

Que les Québécois inscrits auprès d'un médecin de famille puissent obtenir une consultation médicale auprès de lui en moins de trois jours.

Conditions essentielles à l'atteinte de l'objectif

1. Que les médecins de famille qui font de la prise en charge reçoivent un supplément pour des rendez-vous fixés dans un délai de moins de trois jours pour leurs patients inscrits qui ont besoin d'une consultation rapide ;
2. Que les médecins puissent choisir librement le mode de fonctionnement qui leur permettra d'atteindre cet objectif : accès adapté, par exemple ;
3. Que chaque médecin de famille qui fait de la prise en charge puisse bénéficier de services infirmiers équivalant à 0,5 jour par semaine par tranche de 1000 patients inscrits ;
4. Que le médecin de famille doive, en contrepartie, participer à un réseau d'accès ou prendre en charge des patients orphelins venant de ce réseau ;
5. Que le médecin participant au réseau d'accès de première ligne ou qui accepte de prendre en charge de nouveaux patients se voie reconnaître automatiquement l'atteinte de son critère de fidélisation ;
6. Que le médecin participant qui accepte de prendre en charge des patients orphelins ait droit aux suppléments liés à la prise en charge de patients orphelins tel que prévu au mécanisme du guichet d'accès ;
7. Que dans chaque CSSS, il y ait mise en place de plages d'accès aux plateaux techniques et à la consultation spécialisée dédiée aux patients des médecins de famille qui font de la prise en charge.

Recommandation n° 2

Favoriser l'accès à un médecin de famille

Objectif :

Que tous les Québécois, inscrits ou non auprès d'un médecin de famille, aient accès à un médecin de famille en moins de 24 heures pour une consultation semi-urgente.

Conditions essentielles à l'atteinte de l'objectif

1. Création d'un filet de sécurité par le biais des unités d'accès populationnel permettant une accessibilité à un médecin de famille 76 heures par semaine réparties sur sept jours ;
2. Gestion quotidienne des rendez-vous, à l'aide d'un dispositif automatisé, assurant un délai d'attente sur place de moins de deux heures (en UAP) ;
3. Assistance d'une infirmière en tout temps dans les UAP ;
4. Mise en place de mécanismes de collaboration pour favoriser la prise en charge de patients orphelins ;
5. Accès aux consultations en spécialité et à un plateau technique adéquat pour les médecins exerçant au sein d'une UAP;
6. L'octroi d'une banque d'heures rémunérées pour le médecin responsable de l'UAP et pour les médecins participants ;
7. Reconnaissance du critère de fidélisation pour les médecins participants à l'UAP ;
8. Reconnaissance des activités en UAP aux fins des AMP pour les médecins qui y participent.