



**Rapport du Chantier
sur l'accès à un médecin
et la cessation d'exercice**

CONSTATS ET ACTIONS PROPOSÉES POUR UN MEILLEUR PARCOURS DE SOINS

29 avril 2022



**COLLÈGE
DES MÉDECINS
DU QUÉBEC**

REMERCIEMENTS

Le Collège des médecins du Québec (Collège) remercie chaleureusement les membres du Chantier sur l'accès à un médecin et la cessation d'exercice pour leur apport, leur expertise et leur participation active tout au long des travaux.

Le Collège tient également à remercier toutes les personnes et organisations qui se sont exprimées dans le cadre du chantier et à leur témoigner toute son appréciation pour leur contribution.

Finalement, le Collège remercie les membres du Conseil d'administration et de la permanence du Collège pour leur engagement et soutien tout au long des travaux du chantier.

MEMBRES DU CHANTIER SUR L'ACCÈS À UN MÉDECIN ET LA CESSATION D'EXERCICE

Collège des médecins du Québec (CMQ)

Dre Isabelle Tardif, directrice générale adjointe et secrétaire (et responsable du chantier)

Me Linda Bélanger, directrice des Affaires juridiques

Dr Marc Billard, directeur de l'Inspection professionnelle

Mme Blandine Ceccarelli, agente principale à la Direction générale (depuis le 12 juillet 2021)

Dre Marie-Josée Dupuis, directrice des Enquêtes

Dr Anas Nseir, inspecteur à la Direction de l'inspection professionnelle et directeur désigné (depuis le 30 mars 2022)

Dr Ernest Prigent, directeur du Développement professionnel et de la remédiation

Patiente partenaire

Mme Mireille Morin

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)

Dre Anne-Louise Boucher, directrice de la Planification et régionalisation (depuis le 1^{er} mars 2022)

Dre Julie Lalancette, directrice de la Planification et régionalisation (du 20 avril 2021 au 14 mars 2022)

Me Christiane Larouche, avocate à la direction de la Planification et régionalisation

Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)

Dr Serge Legault, vice-président et directeur des Affaires professionnelles par intérim (depuis le 31 janvier 2022)

Dr Jean-Denis Roy, directeur des Affaires professionnelles (du 20 avril 2021 au 13 décembre 2021)

Me Ana Paula Sá de Oliveira, avocate aux Affaires juridiques et négociation

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

M. Martin Forgues, directeur général adjoint de l'Accès, des services de proximité et des effectifs médicaux

Dre Lucie Poitras, directrice générale adjointe des Services hospitaliers, du médicament et de la pertinence clinique

TABLE DES MATIÈRES

SIGLES ET ABRÉVIATIONS	5
1. INTRODUCTION	6
2. LA TRAJECTOIRE DE SOINS : REPOSITIONNER LE PATIENT ET SES PROCHES AU CŒUR DU RÉSEAU	9
3. ENJEUX ET ACTIONS PROPOSÉES	11
3.1. Collaboration interprofessionnelle et intraprofessionnelle	11
3.2. Priorisation et pertinence.....	16
3.3. Information et soutien au public	20
3.4. Rehaussement technologique	22
3.5. Cessation d'exercice	26
4. CONCLUSION.....	28
ANNEXES.....	30

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AMP	Activité médicale partageable
CMQ	Collège des médecins du Québec
CRDS	Centre de répartition des demandes de service
DPC	Développement professionnel continu
DSQ	Dossier santé Québec
DMÉ	Dossier médical électronique
DRMG	Département régional de médecine générale
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
GAMF	Guichet d'accès à un médecin de famille
GAP	Guichet d'accès à la première ligne
GMF	Groupe de médecine de famille
HTA	Hypertension artérielle
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IPAM	Institut de la pertinence des actes médicaux
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PEM	Plan d'effectif médical
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec

1. INTRODUCTION

L'accès difficile à un médecin fait les manchettes depuis de nombreuses années au Québec. Que ce soit l'augmentation des patients dits orphelins, l'accélération des départs à la retraite des médecins ou les difficultés pour obtenir un rendez-vous, cette problématique d'accès est de plus en plus dénoncée et est devenue un enjeu de société majeur.

Cet enjeu interpelle directement le Collège dans sa mission de protéger le public en offrant une médecine de qualité. Ceci s'inscrit par ailleurs directement dans son plan stratégique Virage 2023, dans lequel on retrouve notamment les objectifs suivants :

- Contribution active à la résolution d'enjeux en santé portant sur la protection du public;
- Renforcement de la collaboration du Collège avec ses parties prenantes pour accroître son impact afin de mieux protéger le public;
- Promotion de l'approche de partenariat avec le patient et les proches, en mettant l'accent sur la dimension humaine au cœur des relations entre les divers acteurs dans le parcours de soins;
- Valorisation de la pratique médicale et de l'identité professionnelle (transition retraite);
- Développement professionnel continu des membres en lien avec leur parcours professionnel.

De plus, le Collège, assumant un rôle de cessionnaire de dossiers lorsque le médecin cessant sa pratique ne peut identifier un cessionnaire autre pour ses dossiers médicaux et la gestion de ses résultats d'investigations qui deviendront disponibles après sa retraite, observe une augmentation importante du nombre de dossiers médicaux à gérer et éprouve des difficultés à orienter les patients présentant des résultats franchement anormaux vers des ressources facilitant la prise en charge du suivi requis.

Mise sur pied du chantier

Le Collège a donc décidé de faire de l'accès équitable à des soins de santé de qualité un dossier prioritaire et a mis sur pied, au printemps 2021, le Chantier sur l'accès à un médecin et la cessation d'exercice.

Le mandat du chantier se déclinait ainsi :

- Répertorier les différentes ressources d'accompagnement des médecins en vue de leur cessation d'exercice et déterminer les besoins de développer de nouvelles ressources;
- Déterminer les modalités optimales de suivi des patients et de leurs investigations lors de la cessation d'exercice d'un médecin;
- Revoir les processus en place afin d'identifier un médecin de famille pour les patients, notamment via le guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF), et un médecin d'une autre spécialité, lorsqu'indiqué, notamment via le centre de répartition des demandes de services (CRDS);
- Optimiser la contribution des différents professionnels de la santé dans le suivi des patients, notamment des patients orphelins.

Afin de remplir son mandat, le Collège a réuni autour d'une même table des parties prenantes clés en ce qui concerne l'accès à un médecin et la cessation d'exercice. Les membres du chantier ont mené des travaux rigoureux pour dégager des enjeux prioritaires et des pistes de solution. Au total, le groupe aura tenu sur une période d'un an, pas moins de 20 rencontres entre le 20 avril 2021 et le 26 avril 2022.

Plusieurs démarches ont également été entreprises dans le cadre de ces travaux et ont ainsi permis de les enrichir de différentes perspectives : consultations sur invitation (annexe 1), journée de réflexion du Conseil d'administration du Collège (annexe 2), sondages aux médecins et résidents ainsi qu'à la population (annexe 3) et appel du président du Collège aux membres afin de recueillir leurs commentaires concernant les enjeux auxquels fait face notre système de santé. Toutes les personnes et organisations qui se sont exprimées dans le cadre des travaux l'ont fait avec beaucoup de générosité et nous tenons à leur exprimer toute notre appréciation pour leur contribution.

Un sondage éloquent et révélateur

Les médecins sont presque unanimes : l'accès aux soins dans un délai raisonnable est difficile. À l'exception des situations d'urgence, pour lesquelles une proportion minoritaire mais non négligeable de médecins (19 %) jugent difficile l'accès à des soins dans un délai raisonnable, la majorité des médecins jugent que **les Québécois sont privés d'un accès au réseau de la santé dans un délai raisonnable**. Le constat inclut la difficulté à s'orienter dans le réseau et à obtenir une consultation avec ou sans rendez-vous. La perception est sensiblement la même sur l'ensemble du territoire québécois.

Les Québécois renforcent le portrait dressé par les médecins en matière d'accès au réseau de la santé dans un délai raisonnable. En général, ils se montrent plus critiques que les médecins. D'entrée de jeu, environ la moitié des Québécois ont du mal à savoir où consulter selon la situation et la majorité estiment qu'il est difficile d'obtenir des soins dans un délai raisonnable dans les situations urgentes. Pour les autres situations, la vaste majorité d'entre eux estiment qu'il est difficile d'obtenir un rendez-vous ou de consulter sans rendez-vous. Même les Québécois qui ont un médecin de famille avouent avoir du mal à savoir où consulter selon la situation. En outre, ils indiquent pour la plupart avoir de la difficulté à obtenir un rendez-vous avec leur médecin de famille dans un délai raisonnable.

Au cours des douze derniers mois, quatre Québécois sur dix ont senti le besoin de consulter un professionnel de la santé pour eux ou pour un proche mais ne l'ont pas fait en raison de l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous après avoir essayé ou parce qu'ils avaient l'impression que ce serait trop long. La moitié des Québécois qui n'ont pas pu obtenir de consultation sont encore aux prises au moins en partie avec leur problème.

Cinq axes de solutions retenus

Les travaux ont permis d'aborder sous différents angles les difficultés d'accès et de mieux cerner cet enjeu complexe. Grâce aux discussions et aux démarches menées tout au long des travaux, cinq principaux axes ont été identifiés pour expliquer les difficultés d'accès, à partir desquels les membres du chantier ont émis des recommandations.

Les cinq axes de solutions identifiés sont les suivants :

- Améliorer la collaboration interprofessionnelle et intraprofessionnelle au sein du réseau;
- Mettre en place des mécanismes permettant une priorisation des patients selon leur vulnérabilité et leur état de santé, tout en assurant la pertinence des soins offerts;
- Offrir de l'information et du soutien aux patients et à leurs proches, notamment pour mieux les orienter dans le réseau;
- Actualiser les outils technologiques employés, pour une meilleure communication et un partage d'information plus fluide entre les différents professionnels et optimiser l'utilisation et l'arrimage des différents guichets d'accès;
- Offrir un accompagnement pour les médecins qui songent à prendre leur retraite, afin d'assurer une meilleure transition, tant pour les médecins que pour les patients.

Nous tenons à souligner par ailleurs que plusieurs des recommandations énoncées dans le document et discutées dans le cadre des travaux sont déjà en cours d'actualisation ou en voie de l'être.

2. LA TRAJECTOIRE DE SOINS : REPOSITIONNER LE PATIENT ET SES PROCHES AU CŒUR DU RÉSEAU

Tout au long des travaux du chantier, les enjeux principaux se sont progressivement dessinés avec plus de précision et un fil conducteur est apparu, suivant lequel aborder la question de l'accès : le parcours de soins des patients et de leurs proches.

En effet, plusieurs des discussions et témoignages ont mis en évidence à quel point le parcours de soins des patients manque actuellement de fluidité et est morcelé, fragmenté. Les soins, qu'ils soient offerts dans différents secteurs de soins ou par différents professionnels ou intervenants en santé, sont souvent décrits comme étant en vase clos.

D'ailleurs, 58 % des médecins québécois ont qualifié la continuité des soins des patients mauvaise ou très mauvaise. Ce taux est également élevé chez les Québécois, à 40 %.

En se recentrant sur le patient et ses proches, les actions à valeur ajoutée pour le patient deviennent plus apparentes. La trajectoire de soins permet de mettre la priorité sur le patient. En fait, le continuum de soins et de services au patient doit être un vecteur transversal pour l'analyse de chacun des enjeux identifiés par le chantier et pour l'actualisation de ses recommandations. Virage technologique, information au public, collaboration inter et intraprofessionnelle, priorisation et pertinence, cessation d'exercice d'un médecin – chacun de ces enjeux retenus par notre chantier et les recommandations qui en découlent doivent être considérés à la lumière de leur valeur ajoutée pour les patients, tout au long de leur parcours dans le réseau de la santé, à commencer par l'accès.

Il n'aura jamais été aussi essentiel d'être à l'écoute des patients, de leurs proches, de leurs communautés. Ceci implique aussi d'être à l'écoute des milieux cliniques et de permettre le déploiement de modèles souples afin de répondre aux besoins de la population en fonction des ressources du milieu. Ceci passe par une structure décentralisée où l'on ramène les soins au niveau local. Plusieurs nous l'ont affirmé, des solutions uniques à déployer à la grandeur du Québec ne tiennent pas compte du patient, de ses proches, de sa communauté. Les structures actuelles sont lourdes et désincarnées du terrain en raison de la trop grande distance entre le terrain et le pouvoir décisionnel. Il nous faut des modèles souples, au sein d'équipes structurées en fonction des besoins, déployant des processus clairs dans un parcours de soins cohérent pour la population desservie. Une optimisation des parcours de soins et services centrés sur la réalité des usagers et usagères – leur expérience de soins, leur santé et leur utilisation des services.

Ces équipes structurées et performantes sont d'autant plus essentielles dans un contexte de pénurie de ressources humaines. Des choix doivent être faits afin d'optimiser et de potentialiser la contribution de chaque professionnel, dans des trajectoires et des processus bien définis et adaptés, qui cibleront les activités ayant le plus haut potentiel d'ajouter de la valeur pour le patient. On ne peut travailler plus, mais nous devons travailler mieux. De nombreux projets ont d'ailleurs vu le jour dans les dernières années et s'inscrivent tout à fait dans cette notion de parcours de soins pour les patients et leurs proches et d'optimisation de la contribution de chaque professionnel et intervenant de la santé.

Réinventer notre système de santé, notamment la première ligne afin d'en améliorer l'accès, impliquera de nombreuses réflexions et de mettre sur la table plusieurs projets et idées. Ceux-ci doivent être abordés dans une perspective globale et là encore, nous devons nous éloigner d'une vision en vase clos et garder en tête le parcours de soins et l'importance d'évaluer l'impact sur le patient. Cette réinvention de notre système de santé fera également appel à de nombreuses parties prenantes qui devront s'arrimer autour d'une même vision, celle du patient et de ses proches. Le Collège doit être un acteur clé des discussions à venir compte tenu de sa perspective unique au niveau de la collaboration interprofessionnelle et de l'élargissement des activités de l'ensemble des professionnels et intervenants de la santé.

3. ENJEUX ET ACTIONS PROPOSÉES

3.1. Collaboration interprofessionnelle et intraprofessionnelle

Enjeux identifiés

Les travaux du chantier ont rapidement évolué d'une perspective d'accès à un médecin à celle d'accès aux soins. Effectivement, il est rapidement apparu incontournable de considérer l'accès, tant en première qu'en deuxième ligne, en termes d'équipe de professionnels de la santé contribuant à offrir des soins de santé à la population, dans une perspective de responsabilité collective.

Il y a clairement une volonté des différents professionnels de collaborer entre eux. Néanmoins, plusieurs freins au déploiement optimal de la collaboration entre les professionnels de la santé ont été identifiés :

- Partage sous-optimal des renseignements de santé d'un patient entre les professionnels;
- Manque de connaissance de la formation, des compétences et du rôle des autres professionnels;
- Difficultés d'arrimage entre les différents professionnels, avec des pratiques trop souvent en vase clos, chaque professionnel n'étant pas toujours informé de l'implication d'autres professionnels pour un même patient;
- Difficultés d'accès à certains professionnels dans le réseau public;
- Rémunération individuelle ne tenant pas compte du travail d'équipe souhaité;
- Problèmes d'accès aux investigations, aux plateaux techniques et aux autres professionnels.

Ces freins ont été soulevés tant au niveau de la collaboration entre les médecins (collaboration intraprofessionnelle) qu'au niveau de la collaboration entre différents professionnels de la santé (collaboration interprofessionnelle). Le Collège a d'ailleurs publié à l'automne dernier un énoncé de principes sur la collaboration intraprofessionnelle (annexe 4), énonçant les impacts d'une collaboration déficiente et les engagements pris par le Collège pour rehausser la compréhension et le respect du rôle et des responsabilités des uns et des autres, et la communication fluide et efficace entre les médecins, engagés à offrir à la population des soins personnalisés, continus et intégrés.

En ce qui a trait à la première ligne, le modèle GMF représente une belle occasion de travail collaboratif. Toutefois, il a été souligné par plusieurs que le modèle actuel n'est pas suffisamment souple afin de permettre d'être adapté selon la région et la population desservie. Bien qu'il soit composé d'une équipe de médecins, d'infirmières auxiliaires, d'infirmières cliniciennes, d'IPS, de pharmaciens et de travailleurs sociaux et que le modèle actuel du GMF ne semble pas remis en question, il a été soulevé à de nombreuses reprises :

- L'intérêt d'optimiser la contribution d'autres professionnels au sein des GMF, notamment les physiothérapeutes, les diététistes-nutritionnistes, etc.;
- L'importance de donner les coudées franches aux gens sur le terrain et leur laisser de l'autonomie au niveau de la constitution et de la gestion de leur équipe afin de bien répondre aux besoins de la population desservie.

L'enjeu de la proximité des professionnels de la santé a également été soulevé, particulièrement en première ligne. Bien qu'une proximité de certains professionnels semble un incontournable, l'enjeu principal en reste un de communication et d'arrimage. La pandémie a bien illustré les possibilités de collaboration et de partage à distance. Le partage efficient d'informations ainsi que des processus structurés de communication et de collaboration entre les professionnels semblent davantage des facteurs de succès que la simple proximité au sein d'un même lieu.

Il a aussi été soulevé que le modèle consultatif, dans plusieurs circonstances, limite le réel travail d'équipe et devrait évoluer vers un véritable modèle collaboratif. À cet effet, une attention particulière doit être portée au mode de rémunération des professionnels, notamment des médecins.

La pénurie de ressources humaines et les changements fréquents de personnel sont également des enjeux ayant été soulevés. Ces changements contribuent à l'épuisement des professionnels et nuisent à l'établissement de collaborations interprofessionnelles optimales.

Finalement, la question des lois et règlements entourant les pratiques professionnelles et les difficultés à y apporter des modifications et à les faire évoluer au rythme de celui des besoins ont également été identifiées comme un frein à une collaboration interprofessionnelle cohérente où chaque professionnel de la santé maximise sa contribution en fonction de sa formation et de ses compétences.

Sondage auprès des médecins/résidents et du public

La capacité de diriger des patients vers d'autres professionnels de la santé grandement limitée

- À l'exception des pharmaciens, vers qui les médecins peuvent facilement diriger les patients au besoin, plusieurs médecins jugent difficile de diriger les patients vers des infirmières et encore plus difficile vers d'autres médecins.

La plupart des professionnels de la santé jugés difficiles d'accès, les psychologues en tête

- Une majorité de médecins jugent difficiles d'accès les psychologues et plusieurs autres professionnels de la santé au sein du réseau public;
- Les Québécois confirment les problèmes d'accès aux psychologues dans le réseau public;
- Les psychoéducateurs et les travailleurs sociaux font également partie des professionnels considérés difficilement accessibles;
- Dans ce contexte d'accès difficile, l'enjeu de la santé mentale présente d'énormes défis.

Une collaboration entre médecins qui mérite d'être améliorée

- Si la collaboration entre les médecins et les autres professionnels de la santé est jugée plutôt bonne, près du quart des médecins jugent la collaboration entre les médecins mauvaise. À Montréal, la collaboration semble particulièrement difficile (33 %);

- Les Québécois se montrent plus critiques que les médecins du point de vue de la qualité de la collaboration entre les médecins de famille et les médecins d'une autre spécialité ainsi qu'avec les autres professionnels de la santé;
- Plusieurs raisons sont mentionnées pour expliquer les enjeux de collaboration inter et intraprofessionnelle, notamment les problèmes de communication (difficulté d'accéder aux informations de santé du patient, manque d'outils de communication appropriés, absence de dossier unique, etc.) et de coordination (absence de structures favorisant la coordination, travail en vase clos, lourdeur administrative, restrictions du CRDS, etc.).

Les cliniques médicales : principal point d'entrée

- La majorité des Québécois ont obtenu une consultation dans une clinique médicale, soit le principal point d'entrée dans le réseau.

Des solutions

- L'accès accru à d'autres professionnels de la santé dans le parcours de soins des patients dans le réseau public est identifié comme une des mesures les plus pertinentes tant par les médecins que par le public, afin d'améliorer l'accès aux soins;
- Une vaste majorité de Québécois sont ouverts à être dirigés au besoin vers un professionnel de la santé autre qu'un médecin, ce qui confirme la pertinence qu'ils voient dans la collaboration interprofessionnelle pour améliorer l'accès aux soins.

Actions proposées

Le tableau qui suit présente les différents objectifs retenus afin de rehausser la collaboration interprofessionnelle et intraprofessionnelle, avec des actions proposées afin d'atteindre chacun des objectifs. Les actions en caractères gras sont celles jugées prioritaires. Le Collège aura un rôle prépondérant dans l'actualisation des actions proposées, notamment en s'appuyant sur l'expertise de son comité sur la collaboration en santé.

COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE ET COLLABORATION INTRAPROFESSIONNELLE	
OBJECTIFS	ACTIONS PROPOSÉES
Former des professionnels de la santé à la collaboration et au travail d'équipe	Développer une meilleure compréhension du rôle, de l'expertise et des compétences de chacun
	Former les professionnels sur les processus, la trajectoire de soins et son amélioration dans une perspective de valeur ajoutée pour le patient
	Développer et offrir des activités de DPC à des équipes de professionnels
	Contribuer à l'information et la formation des différents professionnels aux modes de collaboration
Revoir la rémunération des différents professionnels de la santé	Élargir la couverture des soins de santé dans le réseau public à d'autres professionnels de la santé
	En GMF, considérer inscrire les patients à une équipe et non à un professionnel de la santé spécifique (médecin actuellement)
	Revoir la rémunération des professionnels, notamment des médecins, afin de valoriser et reconnaître le travail d'équipe
Augmenter l'accès aux différents professionnels de la santé	Revoir la composition des professionnels constituant la première ligne et y inclure plus formellement la contribution des organismes communautaires
	Déterminer les professionnels devant être intégrés dans l'ensemble des GMF et ceux qui pourront y être intégrés selon les besoins de la population desservie, en créant au besoin des ententes avec certains professionnels du milieu privé
	Élargir les possibilités de diriger les patients vers différents professionnels de la santé à partir des différents guichets (GAMF/GAP/CRDS)

Valoriser le travail d'équipe au quotidien et maximiser son actualisation	Considérer le soin comme un flux continu d'activités par différents professionnels et non pas comme une série d'actes séparés ce qui conduit à l'amélioration de la trajectoire de soins pour les patients (adopter une culture d'évaluation et d'amélioration de la qualité en équipe)
	Mettre en place des mécanismes afin d'assurer une bidirectionnalité dans la communication et le partage d'informations (ex. : du médecin de famille vers le médecin d'une autre spécialité et inversement) – voir la section sur le rehaussement technologique
	Clarifier la question de la responsabilité et de l'imputabilité lors du partage d'activités entre différents professionnels
	Rendre disponibles des outils structurants favorisant la collaboration interprofessionnelle (les protocoles nationaux, les ordonnances collectives, etc.) et la collaboration intraprofessionnelle en se dotant de normes de pratique (processus de consultation, transfert, etc.)
Moderniser les lois professionnelles, prioriser les modifications réglementaires à actualiser et assouplir les processus lors de modifications	Travailler de concert avec l'Office des professions du Québec et les ordres professionnels en santé afin de cibler les modifications au cadre professionnel qui seraient à forte valeur ajoutée au niveau de l'accès aux soins
	Étudier les demandes de modifications réglementaires (demandes d'habilitation faites au Collège) en fonction de la valeur ajoutée pour les patients, dans une trajectoire de soins cohérente et intégrée, en s'appuyant notamment sur le Comité sur la collaboration en santé du Collège

3.2. Priorisation et pertinence

Enjeux

Depuis 2015, la problématique des patients orphelins a pris de plus en plus d'ampleur, pour différentes raisons, notamment les règles de gestion des GMF ayant amené une priorisation des services à la clientèle inscrite. Il y a maintenant plus de 800 000 patients en attente sur le GAMF. Ces guichets ne suffisent plus à la tâche, leur fonctionnement est variable et la priorisation inconstante.

Il en est de même pour le CRDS, sur lequel attendent actuellement plus de 500 000 patients. Différents enjeux ont également été soulevés en ce qui concerne le CRDS : corridors parallèles de consultation entraînant un problème d'équité (ex. : patient qui se présente à l'urgence), duplication de certains rendez-vous, accès réservé aux médecins de famille, accès inégal dans différentes spécialités, etc.

À travers les rencontres du chantier, de nombreuses discussions ont mis en évidence des enjeux de pertinence. En voici quelques exemples :

- Duplication de certains soins pour un même patient, notamment par manque de communication et d'arrimage entre les professionnels;
- Consultations, visites à certains professionnels, dont les médecins, aux seules fins d'obtenir un examen, une investigation, une ordonnance, remplir un formulaire, etc.;
- Mauvaise utilisation des ressources par manque d'information, par exemple un examen périodique non requis;
- Professionnels sollicités pour des activités ne mettant pas à profit leur compétence plus spécifique (ex. : suivi d'un patient avec HTA simple par un médecin, consultation en orthopédie alors qu'un patient n'a pu être évalué en physiothérapie au préalable, car non disponible dans le réseau public, patient référé à un obstétricien-gynécologue pour un examen gynécologique de routine, etc.).

Nous avons également pu constater que la question de la pertinence semble être analysée à différents niveaux, notamment dans le cadre des travaux de l'IPAM. Des travaux du MSSS abordent également directement cette question et d'autres instances sont également interpellées sur cet enjeu, notamment l'INESSS et le Collège. Il pourrait y avoir ici un enjeu de cohérence et d'arrimage.

Au-delà des différents angles sous lesquels la pertinence peut être abordée, la priorisation demeure également un enjeu dans l'accès aux soins. De nombreux exemples ont été soulevés afin d'illustrer les difficultés à prioriser, notamment au niveau des différents guichets :

- Les patients les plus vulnérables en attente d'un médecin de famille;
- Et les demandes de consultation via le CRDS.

Sondage auprès des médecins/résidents et du public

Le portrait des consultations des douze derniers mois

- Lorsque l'on regarde l'expérience de consultation la plus récente, les examens périodiques représentent le tiers des consultations.

Des solutions

- Pour une forte proportion de médecins, une meilleure priorisation des patients dans les différents guichets d'accès représente une des solutions les plus pertinentes pour améliorer l'accès aux soins.

Actions proposées

Parmi les actions proposées, il semble primordial de développer une compréhension partagée et une approche concertée de la pertinence et de revoir l'arrimage des différents guichets.

PRIORISATION ET PERTINENCE	
OBJECTIFS	ACTIONS PROPOSÉES
Clarifier le concept de pertinence et impliquer les différents acteurs du réseau	Adopter une approche partagée par l'ensemble du réseau quant à la pertinence des soins (pertinence clinique versus organisationnelle versus populationnelle, etc.)
	Impliquer les différents acteurs du réseau dans la réflexion et les décisions touchant à la pertinence (au-delà des travaux de l'IPAM)
Cibler les activités des médecins qui pourraient être assumées par d'autres professionnels ou d'autres intervenants	Poursuivre les travaux avec la RAMQ et les ordres professionnels en santé afin de déterminer les activités pour lesquelles il n'y a pas de valeur ajoutée pour le patient à exiger une ordonnance médicale
	Alléger les tâches administratives des médecins et des autres professionnels afin qu'ils puissent être dédiés aux soins directs aux patients et à la collaboration entre eux au bénéfice des patients (miser sur les activités qui font appel à leurs compétences spécifiques, ce pour quoi ils sont formés et compétents et envisager le déploiement de nouveaux intervenants en support aux équipes)
	Identifier les activités et interventions de « faible valeur » chez les professionnels et intervenants de la santé et optimiser les parcours de soins et services des patients, en s'appuyant notamment sur l'expertise de l'INESSS
Diriger plus rapidement vers le bon professionnel	Permettre une orientation vers différents professionnels, autant pour le GAP que pour le GAMF et le CRDS
	Assurer une équité du GAP, également pour les patients avec médecin de famille

Prioriser les demandes de soins	Mettre en place dans le GAMF un processus favorisant le transfert de la clientèle lorsqu'un médecin de famille cesse l'exercice et optimiser la priorisation des patients, notamment ceux dont les examens nécessitent un suivi rapproché
	Mettre à profit les avancements en intelligence artificielle afin de développer des systèmes de priorisation en tenant compte du contexte propre à chaque patient (vulnérabilité, urgence de la condition, etc.)
	Impliquer les professionnels pertinents dans la gestion des demandes provenant des différents guichets afin de diriger le plus rapidement possible le patient vers le bon professionnel
	Arrimer le GAP avec le GAMF afin de prioriser rapidement les patients identifiés comme particulièrement vulnérables par le GAP
Revoir l'attribution des ressources entre la première et la deuxième ligne	Dédier des ressources à la première ligne afin de la rendre plus forte et performante et en améliorer l'accès, notamment aux soins à domicile
	S'assurer d'une représentation pertinente de la première ligne dans les différentes tables décisionnelles afin de s'éloigner d'une vision principalement hospitalo-centriste
	Contribuer à combler les postes de résidence en médecine de famille (cible de 55%), notamment en valorisant la médecine de famille

3.3. Information et soutien au public

Enjeux

Un enjeu qui est apparu de façon particulièrement éloquente lors de la journée de réflexion du Collège (annexe 2) est la nécessité de mieux informer le public en matière de soins de santé. Les besoins semblent se situer à plusieurs niveaux :

- Les autosoins;
- La responsabilisation du patient dans ses soins et le concept du patient partenaire :
 - Droits des patients;
 - Responsabilités dans l'utilisation des ressources en santé (notamment au niveau de la présence aux rendez-vous et dans la pertinence des investigations);
 - Accès à ses renseignements personnels de santé;
- Portes d'entrée du système de santé et navigation dans le réseau de la santé – quand, pourquoi et comment consulter;
- Rôle des différents professionnels de la santé.

Le Collège, dans le cadre de sa mission de protection du public, doit contribuer à la diffusion de l'information pertinente permettant au patient de consulter les bonnes ressources en temps opportun.

Il est important que la santé publique soit impliquée dans cette démarche d'éducation du public, qui devra notamment tenir compte du contexte socioculturel (littéracie du patient, etc.).

Plusieurs témoignages reçus de patients mentionnent que la porte d'entrée principale du réseau demeure le médecin de famille, ou à défaut d'en avoir un, la clinique sans rendez-vous, mais la disponibilité de l'une ou l'autre de ces options semble souvent limitée. En l'absence de ces options, la route la plus courte sera celle vers l'urgence. Il y a fort à faire pour que soient connues les diverses portes d'entrée du réseau de la santé.

Un plan de communication a été ainsi proposé, impliquant la mise en place d'une campagne d'information grand public ayant notamment pour thème les portes d'entrée dans le réseau de la santé au Québec, avec développement d'outils de communication (annexe 5).

Sondage auprès des médecins/résidents et du public

Des délais plus courts pour les utilisateurs de plateformes de réservation

- Près d'un quart des Québécois ont trouvé difficile de savoir où s'adresser dans le cas de leur consultation la plus récente;
- Moins de trois Québécois sur dix (28 %) ont pu obtenir un rendez-vous dans les 48 heures, le délai médian étant d'un peu plus d'une semaine;
- Notons que 43 % de ceux qui ont utilisé une plateforme payante comme Bonjour Santé ont obtenu leur rendez-vous dans les 48 heures.

Actions proposées

Les différentes actions proposées visent à outiller les patients et leurs proches en matière de soins de santé et à les aider à bien s’orienter dans le réseau de la santé. Ceci impliquera la contribution de plusieurs collaborateurs afin de fournir une information pertinente, à jour, et répondant aux besoins de l’ensemble de la population dans toute sa diversité.

INFORMATION ET SOUTIEN AU PUBLIC	
OBJECTIFS	ACTIONS PROPOSÉES
Rehausser les connaissances de la population en matière de santé	Développer du matériel portant sur la prévention et les autosoins
	Outiller les patients en vue d’un rendez-vous médical, dans différents contextes, notamment lors d’une téléconsultation
	Inclure de l’information sur les droits et les responsabilités des patients
	Sensibiliser le milieu scolaire à l’importance d’optimiser l’éducation à la santé dès l’enfance
Créer un groupe de pilotage	Déterminer le mandat du groupe de pilotage
	Déterminer la composition du groupe de pilotage et y inclure des représentants de la santé publique, des patients partenaires, des représentants des usagers, etc.
	Effectuer une vigie des changements dans le cadre de l’évolution de l’accès aux soins
Mieux faire connaître le réseau de la santé	Illustrer les différentes portes d’entrée, tant pour le patient avec médecin de famille que pour celui sans médecin de famille, notamment pour les patients plus vulnérables et les nouveaux arrivants
	Rehausser la connaissance du champ d’activités des différents professionnels de la santé
	Mettre de l’avant le rôle et la contribution des organismes communautaires
	Expliciter les démarches à entreprendre et les droits du patient lorsque son médecin part à la retraite
Varier les méthodes de communication utilisées et les adapter	Élaborer différentes méthodes pour rejoindre le public (questions-réponses, courtes vidéos, médias sociaux, webinaire, dépliants, etc.) – s’inspirer de sites tels Éducaloi
	Tenir compte du niveau de littéracie du patient, des différences culturelles, du niveau de connectivité, etc.

3.4. Rehaussement technologique

Enjeux

Dès le début des travaux du chantier, l'immaturation technologique du réseau de la santé a été identifiée comme un des principaux facteurs contribuant aux difficultés d'accès aux soins.

Le développement technologique est en effet essentiel pour donner suite à de nombreuses solutions aux problèmes d'accès aux soins de santé dans notre réseau. Sans un partage des renseignements de santé du patient au sein de l'équipe de soins et entre les professionnels impliqués auprès du patient, la collaboration et la trajectoire de soins ne pourront jamais être optimales. Nous avons besoin d'un système informatique performant et d'outils numériques pertinents, fonctionnels et offrant une interopérabilité. Les possibilités liées à l'intelligence artificielle doivent également être exploitées. Nous n'avons qu'à penser aux ratés du DSQ et ses conséquences pour rapidement comprendre l'importance de s'assurer de la fiabilité et de la performance de nos outils technologiques. Plusieurs irritants administratifs reliés à la pratique sont des conséquences d'un partage inadéquat des renseignements de santé d'un patient, des difficultés d'utilisation des outils et des plateformes, d'un manque de fluidité dans le cheminement et la transmission de formulaires, de demandes d'investigations ou de consultations, etc.

Un plan de transformation numérique du réseau est un incontournable et doit reposer sur la participation des utilisateurs pour assurer que ce développement soit en phase avec les besoins du terrain. Le déploiement d'un réseau informatique fonctionnel est un incontournable à plusieurs niveaux :

- Fonctionnement des différents guichets d'accès (GAP, GAMF, CRDS, etc.);
- Gestion et priorisation des demandes;
- Partage d'informations entre les différents professionnels;
- DMÉ et outils performants.

L'enjeu du partage des informations pertinentes entre les différents professionnels de la santé a été soulevé à chacune des rencontres du chantier. Un partage de données efficace, fiable et en temps réel est indispensable pour assurer la sécurité et la continuité des soins. Les différents professionnels de la santé impliqués dans les soins d'un patient font face à un manque d'information consternant, même lorsqu'ils exercent dans un même hôpital. En effet, un même établissement peut utiliser différents dossiers, plusieurs plateformes, interfaces et applications sans que ces outils ne communiquent entre eux. À l'échelle de la province, cette problématique prend des dimensions d'autant plus considérables.

Sondage auprès des médecins/résidents et du public

Les Québécois voient du même œil que les médecins les causes des problèmes d'accès

- En améliorant les communications et en réduisant la lourdeur administrative, des améliorations concrètes pourraient être apportées à la collaboration au sein du réseau et ainsi favoriser la continuité des soins;
- Les enjeux de partage d'information, notamment grâce à des outils fonctionnels, sont parmi les causes les plus souvent évoquées afin d'expliquer les enjeux de collaboration entre les médecins et entre les médecins et les autres professionnels de la santé, et les enjeux de continuité de soins.

Des solutions

- Un meilleur partage d'informations sur les patients entre les professionnels de la santé est la solution pour améliorer l'accès aux soins qui est identifiée avec un très haut degré de pertinence tant pour le public que pour les médecins;
- Un recours accru à la télémédecine est aussi une des solutions retenues par un grand nombre de médecins.

Actions proposées

Plusieurs actions proposées ici sont déjà en cours ou en voie d'être déployées. Il sera important de suivre les développements en cours afin de s'assurer qu'ils répondent aux besoins des utilisateurs, au bénéfice des patients.

REHAUSSEMENT TECHNOLOGIQUE	
OBJECTIFS	ACTIONS PROPOSÉES
Migrer vers un dossier de santé numérique	Mettre à jour le <i>Règlement sur les dossiers cliniques, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin</i> (un seul dossier par lieu d'exercice regroupant l'ensemble des renseignements de santé d'un patient nécessaires au suivi par l'ensemble des professionnels du groupe)
	Veiller à l'arrimage du PL19 avec les normes professionnelles en santé, notamment la tenue de dossiers, la gestion des accès, les délais de conservation et le secret professionnel
	Soutenir la création d'un dossier de santé numérique accessible à tous les professionnels de l'équipe soignante et au patient
	Accélérer le déploiement de la solution PrecipTlon d'Inforoute Santé du Canada
	Poursuivre les travaux avec le bureau de certification et d'homologation du MSSS afin que les DME répondent aux exigences d'un partage optimal de données
Arrimer les différents guichets	Coordonner et arrimer les différents guichets d'accès, principalement le GAP et le GAMF afin de cibler les patients à prioriser à partir de leur historique d'utilisation du GAP
	Déployer des guichets de rendez-vous et d'accès fiables et performants, gérés de façon rigoureuse dans l'ensemble du réseau
	Assurer une contribution d'intervenants de la santé qualifiés au niveau des différents guichets afin de bien diriger les demandes des patients et de veiller à une priorisation lorsque nécessaire
S'appuyer sur le développement de l'intelligence artificielle	Mettre à profit l'intelligence artificielle afin d'orienter les patients vers la bonne ressource à partir des guichets d'accès
	Explorer l'utilisation de l'intelligence artificielle dans l'actualisation des trajectoires de soins

Poursuivre le développement structuré de la télésanté pour améliorer l'accès	Suivre l'implantation de la plateforme télésanté du MSSS, notamment au niveau de la télédermatologie et de la téléophtalmologie
	Documenter les enjeux éventuels d'arrimage entre la 1 ^{re} et la 2 ^e ligne dans le déploiement des plateformes de télésanté
	S'assurer d'un accès équitable à tous de la télésanté et de la valeur ajoutée pour les patients

3.5. Cessation d'exercice

Enjeux

La cessation d'exercice des médecins est un enjeu qui préoccupe le Collège de plus en plus. Alors qu'environ le quart (23 %) des médecins ont plus de 60 ans, la vague de départs à la retraite dans les prochaines années viendra accentuer les enjeux d'accès à un médecin ainsi que la détresse des patients qui apprennent le départ de leur médecin.

Les médecins sont nombreux à témoigner des difficultés encourues à l'approche de la retraite, particulièrement lorsqu'ils assurent le suivi de patients à long terme. Plusieurs affirment retarder leur retraite, car ils ne trouvent pas de relève pour prendre le relais du suivi de l'état de santé de leurs patients. D'autres quittent pour la retraite alors qu'ils auraient plutôt souhaité une transition progressive vers la cessation d'exercice, mais ils n'ont pu l'actualiser faute de relève également. Cette problématique est particulièrement criante en médecine de famille, mais se retrouve également dans certaines spécialités, notamment l'obstétrique-gynécologie, l'endocrinologie, la psychiatrie et la pédiatrie.

Ces difficultés à identifier une relève se traduisent entre autres par une augmentation de la cession de dossiers vers le Collège, pour tous les médecins quittant pour la retraite et n'ayant pas trouvé de cessionnaire pour leurs dossiers. Les conséquences pour les patients peuvent être particulièrement anxiogènes puisque certains se retrouvent parfois du jour au lendemain sans médecin, alors que leur état de santé nécessite une continuité des soins (suivis, bilans et investigations, etc.). Puisque les dossiers médicaux doivent demeurer sous la garde d'un médecin, le Collège observe une augmentation importante du volume de dossiers dont il devient cessionnaire de même que des difficultés à orienter les patients présentant des anomalies importantes lors d'examens ou investigations prescrites par le médecin qui a cessé sa pratique, ce qui est non justifiable dans un esprit de protection du public.

L'enjeu du transfert de responsabilités vers un autre médecin, voire un autre professionnel, lors de la cessation temporaire de l'exercice a également été discuté par les membres du chantier.

Des discussions sont en cours entre les fédérations et le MSSS afin d'identifier des trajectoires pour les médecins envisageant une cessation d'exercice, assurant un relais structuré pour leurs patients.

Sondage auprès des médecins/résidents et du public

Des solutions

- 54 % des médecins croient que des mesures pour inciter les médecins à prolonger leur pratique seraient très pertinentes pour améliorer l'accès (4^e solution jugée la plus prometteuse pour les médecins);
- Les médecins reporteraient leur retraite s'ils pouvaient réduire leurs heures et leurs obligations, tout en ayant une flexibilité dans leur horaire, et dans un contexte de réduction des tâches administratives et de transfert progressif des patients vers une équipe de relève.

Actions proposées

Une condition gagnante menant à une cessation d'exercice la plus fluide possible est sa préparation. Les actions devront favoriser un accompagnement et une préparation structurée des médecins vers la retraite. Par ailleurs, un contexte favorable devra être mis en place afin de permettre une retraite progressive pour les médecins et assurer une transition optimale pour les patients. Des travaux sont en cours afin de définir ces trajectoires optimales, tant pour les médecins que pour les patients.

CESSATION D'EXERCICE	
OBJECTIFS	ACTIONS PROPOSÉES
Accompagner les médecins envisageant une cessation de leur exercice professionnel	Développer une trajectoire de soins facilitant le transfert de la responsabilité du suivi de l'état de santé des patients vers d'autres médecins et/ou d'autres professionnels lorsqu'un médecin cesse l'exercice afin d'assurer un relais structuré et sécuritaire pour les patients – notamment via la participation des DRMG et des GAP pour les médecins de famille
	Identifier et accompagner les médecins qui envisagent une retraite dans les prochaines années, en les rejoignant à l'aide d'un plan de communication structuré
	Mettre à jour les normes encadrant la cessation d'exercice dans le <i>Règlement sur les dossiers cliniques, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin</i> et son guide d'application afin de mieux encadrer le transfert des patients et la responsabilité d'un groupe de professionnels
	Mettre en place un mécanisme fiable pour le suivi des résultats d'investigations reçus pour les patients dont le médecin a cessé l'exercice, notamment pour gérer les résultats d'investigations reçus pour les patients dont le Collège est cessionnaire des dossiers
	Aborder le relais en termes d'équipe, en incluant d'autres professionnels de la santé
Outiller les médecins en vue de leur cessation d'exercice	Réactiver l'atelier de préparation à la retraite et diffusion d'une formation en ligne
	Publier des outils et un guide de questions et réponses (collaboration FMSQ-FMOQ-MSSS), notamment concernant les obligations déontologiques et réglementaires liées à la cessation d'exercice
Permettre une transition progressive vers la cessation d'exercice	Conclure des ententes au niveau de la gestion des PREM, PEM et AMP permettant des transitions structurées et progressives vers la retraite
	Mettre en place un environnement favorable à la cessation progressive de l'exercice (ex. : accès DMÉ sans frais, etc.)

4. CONCLUSION

Au terme des travaux du chantier, les échanges des derniers mois nous ont permis de mettre sur la table la complexité des enjeux d'accès mais, au-delà de ce constat, de réaliser que l'analyse des différentes parties prenantes autour de la table et celle de nos invités se rejoignait sur de nombreux points. Nous avons senti également une synergie se dégager parmi les membres, tous convaincus qu'une condition de succès est de travailler ensemble vers le même but, soit améliorer l'accès aux soins de santé au Québec.

Les recommandations proposées par les membres du chantier rejoignent les actions concrètes avancées par les médecins et le public afin d'améliorer l'accès aux soins : collaboration interprofessionnelle accrue, plus d'informatisation, meilleure organisation, augmentation des ressources, etc.

Ces recommandations impliquent la contribution et la collaboration de l'ensemble des acteurs du réseau de la santé. Le succès des recommandations mises de l'avant dépendra notamment de notre capacité à tous s'arrimer et à conjuguer nos efforts de façon cohérente et intégrée. Il appartiendra maintenant à chaque acteur de notre réseau de la santé de contribuer à mettre en place les conditions nécessaires à un meilleur accès.

Le Collège, animé par sa mission de protection du public, agira en tant qu'acteur clé dans l'évolution de notre réseau de la santé, notamment au niveau des mesures à mettre en place afin de favoriser l'accès. Que ce soit via ses relations et collaborations avec de nombreuses organisations de notre réseau ou via ses liens privilégiés avec l'ensemble des ordres professionnels en santé, le Collège pourra jouer un rôle rassembleur et intégrateur pour les travaux à venir sur l'accès aux soins.

Collaboration et mobilisation

Le Collège s'inscrira comme collaborateur proactif pour l'ensemble des recommandations mises de l'avant. Certaines recommandations devront par ailleurs se déployer sous le leadership du Collège. C'est le cas des recommandations en lien avec l'accompagnement des membres vers la cessation d'exercice et celles de l'information et du soutien aux patients et à leurs proches afin qu'ils puissent mieux s'orienter dans le réseau. Et le Collège sera au cœur des démarches visant à optimiser la collaboration intraprofessionnelle mais aussi interprofessionnelle, en travaillant aux changements réglementaires nécessaires à la mise en place de trajectoires de soins à valeur ajoutée pour les patients.

En ce qui a trait aux actions à déployer plus spécifiquement sous le leadership du Collège, un plan de mise en œuvre sera élaboré à partir du rapport du chantier et piloté par la présidence et la direction générale. Ce plan comptera 3 champs principaux :

- Un champ sur la collaboration intraprofessionnelle et interprofessionnelle
 - En s'appuyant notamment sur notre Comité sur la collaboration en santé;
 - En élaborant et actualisant un plan d'action découlant de *l'Énoncé de principes sur la collaboration intraprofessionnelle*;
 - En s'inscrivant au cœur des travaux à venir sur la modernisation des lois professionnelles, et l'actualisation des modifications réglementaires visant à développer des trajectoires de soins à valeur ajoutée pour les patients;
- Un champ sur l'information et le soutien aux patients et leurs proches afin qu'ils puissent mieux s'orienter dans le réseau;
- Un champ sur l'accompagnement des membres vers la cessation d'exercice (incluant les mesures de rétention) afin de concrétiser les actions déjà amorcées pour une transition optimale pour les médecins et les patients.

La mise en œuvre de ce plan mettra à contribution et mobilisera des partenaires du réseau.

C'est aussi avec ses membres que le Collège se mobilisera vers un meilleur accès pour tous. En effet, les médecins auront un rôle significatif à jouer dans les changements à venir et devront exercer un leadership dynamique, notamment au niveau de la collaboration interprofessionnelle et intraprofessionnelle au profit de la qualité et de la sécurité des soins, en jouant un rôle évolutif et intégrateur. C'est ainsi que le Collège et ses membres exprimeront leur volonté d'assumer leur responsabilité sociale, tant de façon individuelle que collective.

La pandémie aura démontré les failles dans notre réseau et la nécessité de le revoir en profondeur. Tout un défi, alors que les soins de santé se complexifient et évoluent rapidement, dans un réseau fragilisé mais qui aura démontré toute sa résilience et sa solidarité dans les dernières années. La pandémie aura par ailleurs été une opportunité d'accélérer des changements nécessaires dans notre réseau et de mettre en place des pratiques innovantes et bénéfiques pour la population, notamment par la contribution et la collaboration de l'ensemble des acteurs du réseau. Ce défi d'améliorer l'accès aux soins et de repenser notre réseau, c'est collectivement que nous saurons le relever, au bénéfice de tous.

ANNEXES

**ANNEXE 1 – LISTE DES INVITÉS REÇUS LORS
DES RENCONTRES DU CHANTIER SUR L'ACCÈS
À UN MÉDECIN ET LA CESSATION D'EXERCICE**

2021

14 juin 2021

Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ)

- ▶ M. Patrick Boudreault, directeur
Direction de la qualité de l'exercice et relations partenaires

4 octobre 2021

Accès réseau pertinence - Projet pilote dans la région du Bas-Saint-Laurent

- ▶ Mme Rana Farah, adjointe exécutive
Direction générale adjointe de l'accès, de services de proximité et des effectifs médicaux
- ▶ M. Philippe Lachance, directeur
Direction de l'accès et de l'organisation des services de première ligne
Ministère de la Santé et des Services sociaux
- ▶ Dr Éric Lavoie, chef du Département régional de médecine générale, instigateur du projet
CISSS du Bas-Saint-Laurent

Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)

- ▶ Dr Sam J. Daniel, directeur
Direction du développement professionnel continu

1^{er} novembre 2021

Ordre des optométristes du Québec (OOQ)

- ▶ Me Marco Laverdière, secrétaire et directeur général
- ▶ Dr Éric Poulin, président

9 décembre 2021

École de santé publique de l'Université de Montréal

- ▶ Mme Roxanne Borgès Da Silva, professeure agrégée et directrice, département de gestion, d'évaluation et de politique de santé

2022

13 janvier et 14 avril 2022

Collège des médecins du Québec (CMQ)

- ▶ M. Jacques Tétrault, directeur
Direction des communications et des affaires publiques

31 janvier 2022

Table de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux

- ▶ M. Paul-André Gallant, président

Table des ordres du domaine de la santé mentale et des relations humaines

- ▶ M. Denis Leclerc, président

1^{er} mars 2022

Réseau Québécois des Pharmaciens GMF (RQP GMF)

- ▶ Mme Anne Maheu, coordonnatrice du projet de recherche

14 mars 2022

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)

- ▶ M. Luc Mathieu, président
- ▶ Mme Caroline Roy, directrice adjointe
Pratique infirmière avancée et relations avec les partenaires de la Direction, Développement et soutien professionnel

30 mars 2022

Pôle Santé HEC Montréal

- ▶ M. Alain Rondeau, directeur associé, professeur honoraire de management

Collège québécois des médecins de famille (CQMF)

- ▶ Mme Nicole Cloutier, directrice générale
- ▶ Dre Caroline Laberge, présidente
- ▶ Dr Alain Papineau, président désigné

**ANNEXE 2 – ORDRE DU JOUR ET COMPTE
RENDU DE LA JOURNÉE DE RÉFLEXION DU CONSEIL
D'ADMINISTRATION DU 9 DÉCEMBRE 2021**

ORDRE DU JOUR

L'accessibilité aux soins de santé au Québec – Enjeux et priorités | 8 h 30

OBJECTIFS

- ✓ Identifier les principaux enjeux compromettant l'accessibilité aux soins de santé au Québec
- ✓ Dégager les priorités à déployer rapidement de façon collective pour améliorer l'accessibilité aux soins
- ✓ Échanger sur le rôle des différents acteurs du réseau de la santé, notamment celui du Collège, dans l'amélioration de l'accessibilité aux soins

- ▶ Mot de bienvenue et présentation des participants – Dr Mauril Gaudreault – 8 h 30
- ▶ État de situation des travaux du chantier sur l'accès à un médecin et la cessation d'exercice – Dre Isabelle Tardif – 8 h 40
- ▶ Présentation sur les principaux facteurs/déterminants de l'accès et de l'amélioration de l'accès aux soins – [Mme Roxane Borgès Da Silva](#) – 8 h 50
- ▶ Enjeux et priorités du point de vue des membres du chantier – 9 h 30
 - ✓ FMOQ – Dre Lalancette et Me Christiane Larouche
 - ✓ FMSQ – Dr Jean-Denis Roy et Me Ana Paula Sá de Oliveira
 - ✓ MSSS – Dre Lucie Poitras et M. Martin Forgues

PAUSE – 10 h 15

- ▶ Ateliers de réflexion et de discussion animés par quatre patientes partenaires – 10 h 25
 - ✓ Mme Claudia Houle
 - ✓ Mme Mélanie Lussier
 - ✓ Mme Mireille Morin
 - ✓ Mme Karina Prévost
- ▶ Partage des réflexions et discussions – 11 h 25
- ▶ Clôture de la matinée – Dr Mauril Gaudreault – 12 h 30

Journée de réflexion du Conseil d'administration

9 décembre 2021



COLLÈGE
DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

L'accessibilité aux soins de santé au Québec – Enjeux et priorités

COMPTE RENDU

► Mot de bienvenue et présentation des participants

Le Dr Gaudreault souhaite la bienvenue aux participants et présente les membres du Conseil d'administration. Dr Luyet présente les membres de la permanence et Dre Tardif présente les membres du Chantier sur l'accès aux soins et la cessation d'exercice ainsi que les patientes partenaires invitées.

► État de situation des travaux du chantier sur l'accès à un médecin et la cessation d'exercice

La Dre Isabelle Tardif présente un état de situation des travaux du chantier. Sa présentation PowerPoint sera transmise à l'ensemble des participants (annexe 1).

► Présentation sur les principaux facteurs/déterminants de l'accès et de l'amélioration de l'accès aux soins

La présentation de Mme Roxanne Borgès Da Silva sera transmise à l'ensemble des participants (annexe 2).

► Enjeux et priorités du point de vue des membres du chantier

La FMOQ, la FMSQ et le MSSS présentent à tour de rôle leurs enjeux et priorités à déployer en matière d'accès aux soins. Les présentations de la FMOQ (annexe 3) et de la FMSQ (annexe 4) seront transmises à l'ensemble des participants.

► Ateliers de réflexion et de discussion

Mmes Claudia Houle, Mélanie Lussier, Mireille Morin et Karina Prévost, patientes partenaires qui animent les quatre ateliers, se présentent à tour de rôle.

Chaque patiente partenaire est accompagnée par un membre de la permanence du Collège sur le chantier.

Répartition des ateliers

Atelier 1	Atelier 2	Atelier 3	Atelier 4
Mme Claudia Houle	Mme Mélanie Lussier	Mme Karina Prévost	Mme Mireille Morin
Me Linda Bélanger	Dr Ernest Prigent	Dre Marie-Josée Dupuis	Dr Marc Billard
M. Daniel Hébert	Mme Nathalie Pierre-Antoine	Mme Valérie Lévesque	M. Jean-Pierre Dubeau
Dr Alain Naud	Dr Mauril Gaudreault	Dr Jean-Pierre Boucher	Dre Christine Larocque

Journée de réflexion du Conseil d'administration

9 décembre 2021



COLLÈGE
DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

L'accessibilité aux soins de santé au Québec – Enjeux et priorités

Dre Amélie Coutu	Dre Chantal Vallée	Dr Simon Patry	Dre Nathalie Saad
Dre Francine Mathieu-Millaire	Dr Martin Laliberté	Dre Véronique Phan Cong	Dr Pierre Guérette
Me Ana Paula Sá de Oliveira (FMSQ)	Me Christiane Larouche (FMOQ)	Dre Lucie Poitras (MSSS)	M. Martin Forgues (MSSS)
Dre Julie Lalancette (FMOQ)	Me Emmanuelle Duquette	Dre Anne-Marie MacLellan	Dr Jean Denis Roy (FMSQ)
M. Jacques Tétrault	M. Stéphane Vallée		Dr André Luyet

Représentants du public, membres du CA
Médecins de famille, membres du CA
Médecins d'une autre spécialité, membres du CA
Représentants organismes, membres du chantier
Membres CODIR

Les ateliers portent sur les trois questions suivantes afin d'orienter les discussions des participants :

1. Parmi les enjeux et priorités d'action à mettre en place, en identifiez-vous qui n'ont pas été soulevés ?
2. Parmi les enjeux et priorités d'action à mettre en place, lesquels sont à prioriser ?
3. Quel devrait être le rôle du CMQ dans l'amélioration de l'accessibilité aux soins ?

► Partage des réflexions et discussions

1. Parmi les enjeux et priorités d'action à mettre en place, en identifiez-vous qui n'ont pas été soulevés depuis le début de la matinée ?

Les participants des quatre ateliers identifient les enjeux et priorités suivants :

- Le dossier numérique, un outil essentiel : partager des renseignements sur une plateforme entre tous les professionnels qui participent aux soins d'un patient (manque d'uniformité dans les dossiers, différents DMÉ avec processus de renouvellement aux 4 ans dans le réseau public, etc.);
- L'absence d'un système informatique performant et la désuétude de certains outils (télécopieur, etc.);
- La création d'outils informatiques sans être testés : perte de confiance du public et du médecin à les utiliser;
- Exploiter davantage la technologie au niveau de la télémédecine;
- L'éducation des patients et de la population : intégration dans le cursus scolaire de la prévention des maladies et de connaissances générales au niveau de la santé;
- La méconnaissance de la population sur les portes d'entrée : où et à qui s'adresser ?
- Le manque de ressources informationnelles;
- La sécurisation culturelle, notamment en prenant le temps nécessaire pour expliquer le soin au patient afin d'éviter qu'il consulte à nouveau ou qu'il consulte un autre médecin;
- La politisation de la santé : différentes instances principales (RAMQ, MSSS et DGTI) chapeautées par des ministres différents donc difficultés d'implanter des projets informatiques porteurs et larges;

Journée de réflexion du Conseil d'administration

9 décembre 2021



COLLÈGE
DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

L'accessibilité aux soins de santé au Québec – Enjeux et priorités

- La charge importante de travail administratif pour les médecins : nombreux documents administratifs dont certains non nécessaires, libérer du temps pour se consacrer à la médecine;
- Le contrat social effrité/brisé : non-responsabilité de groupe;
- Le moral des troupes et le découragement;
- Le manque d'habiletés et formation pour le travail en équipe et la préparation des jeunes médecins sur ce à quoi s'attendre sur le terrain;
- L'attrait des jeunes médecins de famille pour la mini spécialisation;
- Le patient ne semble pas toujours être au cœur des soins et de l'organisation des soins;
- L'absence de triage dans l'accès au médecin;
- La valorisation de la médecine de famille;
- Les modalités du CRDS qui n'est pas accessible à tous les professionnels;
- L'importance du sentiment de continuité des soins pour le patient avec un ou des professionnels de la santé (pas nécessairement un médecin);
- La pénurie de main-d'œuvre sous-estimée;
- La féminisation de la profession.

2. Parmi les enjeux et priorités d'action à mettre en place, lesquels sont à prioriser ?

Pour les participants, les enjeux et actions à prioriser sont :

- L'optimisation de la contribution de tous les professionnels de la santé;
- La mise en place d'un outil technologique performant pour un partage de l'ensemble des renseignements de santé à tous les professionnels de santé et intervenants;
- Un soutien informatique de qualité;
- Des outils de communication orientés vers l'utilisateur et non vers l'obtention de données;
- L'éducation de la population;
- L'implication des médecins de santé publique à agir plus régionalement pour que les actions déployées en santé publique soient plus collées aux besoins;
- La consolidation des équipes, et l'équilibre de groupe;
- Le développement de la passion des jeunes étudiants pour la médecine de famille;
- L'influence et le rôle des enseignants (perception différente de la profession lorsque l'étudiant devient résident);
- La mise en place d'un système efficace de priorisation et triage (patients orphelins, demandes de consultation, etc.);
- L'intégration des professionnels en santé mentale dans les rencontres sur l'accès aux soins pour les problèmes de santé psychologique;
- L'équité dans l'accès aux soins.

3. Quel devrait être le rôle du CMQ dans l'amélioration de l'accessibilité aux soins ?

Les participants des quatre ateliers indiquent que le rôle du CMQ devrait être de :

Journée de réflexion du Conseil d'administration

9 décembre 2021



COLLÈGE
DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

L'accessibilité aux soins de santé au Québec – Enjeux et priorités

- Garder son indépendance d'esprit et de prendre la parole sur l'espace public pour favoriser l'accès aux soins et formuler des recommandations;
- Informer et d'éduquer la population et les médecins;
- Bien connaître l'organisation des services afin que ses interventions soient plus pertinentes et qu'il s'acquitte de son mandat de protection du public;
- Poursuivre les actions afin d'optimiser la collaboration interprofessionnelle;
- Interpeller sur la notion de partage de données efficaces et fiables;
- Rappeler aux membres le rôle social de la profession et l'implication du groupe de médecins face à une population locale ou régionale;
- Maintenir la santé des médecins et les soutenir;
- Réitérer son engagement à la population de soins de qualité et pour tous;
- Poursuivre sa présence active aux différentes tables avec le MSSS pour souligner l'importance que les médecins exercent dans des conditions de pratique acceptables;
- Mettre de l'avant l'importance de mettre en place une structure afin que les médecins n'aient pas à gérer autant de tâches administratives;
- Militer pour plus de ressources humaines dans l'ensemble du système de santé par le biais notamment de l'immigration et sensibiliser le MSSS à cet engagement;
- Militer pour que tous les médecins aient accès à un système d'information performant dans le réseau, en utilisant notamment les leviers du règlement du Collège sur la tenue du dossier;
- Mieux se faire connaître auprès du public;
- Sensibiliser les futurs médecins à la responsabilité collective.

► Clôture de la matinée

Le Dr Luyet clôt les discussions de la matinée en indiquant que les échanges illustrent l'importance d'aborder ensemble le défi de l'accès et de la continuité des soins de santé, un problème préoccupant, persistant et complexe.

Seule la mise en commun des expériences, points de vue, des bonnes idées et des expertises permettra de bien pondérer les différentes dimensions de l'accessibilité aux soins pour en arriver à des solutions porteuses.

Le Dr Luyet remercie l'ensemble des participants pour les échanges qui ont eu lieu durant la matinée, ces derniers enrichiront les travaux du chantier sur l'accès à un médecin de famille et la cessation d'exercice.

ANNEXE 3 – RÉSULTATS DU SONDAGE



MONTRÉAL
1180, rue Drummond
Bureau 620
Montréal (Québec) H3G 2S1
T 514 878-9825

QUÉBEC
3340, rue de La Pérade
3^e étage
Québec (Québec) G1X 2L7
T 418 687-8025

ACCÈS AUX SOINS MÉDICAUX AU QUÉBEC

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

PRÉSENTÉ AU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

03	/Contexte, objectifs et méthodologie abrégée
04	/Faits saillants
06	/Chapitre 1: Accès à l'information et aux soins
18	/Chapitre 2: Expérience avec le réseau public au cours des douze derniers mois
30	/Chapitre 3: Pertinence de différentes solutions pour améliorer l'accès aux soins
37	/Chapitre 4: Profil des médecins
40	/Chapitre 5: Profil des répondants (grand public)
43	/Conclusions

ANNEXES

- [/1. Méthodologie détaillée \(médecins\)](#)
- [/2. Méthodologie détaillée \(population\)](#)
- [/3. Questionnaire \(sous pli séparé\)](#)

CONTEXTE, OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE ABRÉGÉE



	SONDAGE AUPRÈS DES MÉDECINS	SONDAGE AUPRÈS DE LA POPULATION GÉNÉRALE
Contexte et objectifs	Le Collège des médecins du Québec souhaite mieux comprendre la réalité des Québécois dans le réseau public de la santé afin de poser un diagnostic clair sur l'accès aux soins de santé au Québec. En consultant les médecins et la population, le Collège espère générer une série d'actions concrètes qui pourraient améliorer dans un délai raisonnable l'accès aux soins de santé pour les Québécois.	
Population cible	Médecins membres du Collège des médecins du Québec.	Québécois adultes âgés de 18 ans ou plus.
Échantillonnage	Un total de 2 675 répondants.	1 125 répondants répartis en trois grandes régions, soit : • RMR de Québec : 161 répondants; • RMR de Montréal : 550 répondants; • Ailleurs au Québec : 414 répondants.
Collecte	Sondage en ligne réalisé du 25 mars au 4 avril 2022.	Sondage en ligne réalisé du 7 au 12 avril 2022.
Pondération	Les données ont été pondérées pour s'assurer d'une bonne représentativité en fonction de l'âge, du sexe, du statut de pratique et de la spécialité.	Les données ont été pondérées pour s'assurer d'une bonne représentativité en fonction de l'âge, du sexe, de la langue maternelle, du plus haut diplôme obtenu, la taille du ménage ainsi que de la région habitée.
Marge d'erreur	La marge d'erreur maximale pour l'ensemble des répondants est de 1,9 % (au niveau de confiance de 95 %).	La marge d'erreur maximale pour l'ensemble des répondants est de 3,4 % (au niveau de confiance de 95 %). Une partie de l'échantillon étant non probabiliste (utilisation d'un panel externe non probabiliste), les marges d'erreur sont présentées à titre indicatif seulement.

Faits saillants



Accès à l'information et aux soins dans un délai raisonnable

Continuité des soins

À la source des problèmes de collaboration et de continuité

Actions concrètes pour améliorer l'accès

SONDAGE AUPRÈS DES MÉDECINS

Les médecins jugent que l'accès aux soins d'urgence dans des délais raisonnables constitue la norme, bien que 19 % d'entre eux jugent que cet accès est problématique.

Une proportion considérable de médecins (44 %) n'ont pas l'impression que les Québécois ont accès facilement à des informations sur la prévention et les saines habitudes de vie dans le réseau public.

Pour toutes les autres situations (incluant savoir où s'adresser), une écrasante majorité des médecins (variant entre 80 % et 94 %) jugent difficile l'accès aux soins pour les Québécois.

Plusieurs médecins jugent difficile de référer au besoin leurs patients à un autre médecin ou à une infirmière, ce qui nuit à la continuité des soins. Par ailleurs, la collaboration entre médecins et avec les autres professionnels de la santé pourrait être améliorée selon certains.

Les professionnels en santé mentale, psychologues en tête, sont jugés particulièrement difficile d'accès. Les médecins se montrent très critiques en ce qui concerne la continuité des soins dont bénéficient les Québécois.

Le manque de ressources, des déficiences en matière d'organisation et de partage d'information ainsi qu'une certaine lourdeur administrative seraient à l'origine des problèmes de collaboration et du manque de continuité dans les soins selon les médecins.

Parmi certaines actions pour améliorer l'accès aux soins proposées aux médecins dans le cadre de l'étude, ces derniers fondent leurs plus grands espoirs sur l'accessibilité accrue à d'autres professionnels de la santé, un meilleur partage d'information sur les patients entre les professionnels de la santé, une meilleure priorisation des patients dans les différents guichets d'accès et des mesures pour inciter les médecins à prolonger leur pratique.

SONDAGE AUPRÈS DE LA POPULATION GÉNÉRALE

Une majorité de Québécois (60 %) jugent que l'accès aux soins d'urgence dans des délais raisonnables est problématique, ce qui tranche avec l'avis des médecins.

Une proportion non négligeable de Québécois (29 %) n'ont pas l'impression qu'ils ont accès facilement à des informations sur la prévention et les saines habitudes de vie dans le réseau public, ce qui tend à confirmer l'opinion des médecins.

Pour toutes les autres situations (incluant savoir où s'adresser), une majorité de Québécois (variant entre 51 % et 88 %) considèrent difficile l'accès aux soins dans des délais raisonnables.

Les Québécois jugent la collaboration interprofessionnelle plus sévèrement que les médecins. Ils tendent à corroborer l'avis préoccupant des médecins en ce qui concerne l'accès aux professionnels en santé mentale ainsi que le bilan peu reluisant en matière de continuité des soins.

Autre aspect inquiétant, dans le contexte d'accès difficile aux soins de santé, plusieurs Québécois confirment avoir tenté de consulter mais sans succès (ou avoir abandonné avant même d'essayer) et plusieurs restent avec un problème de santé non résolu.

Les Québécois vont dans le même sens que les médecins en ce qui concerne les sources des problèmes de collaboration et de continuité.

Aux actions jugées prometteuses par les médecins, les Québécois ajoutent le recours accru aux infirmières, aux pharmaciens et à la télémedecine.

Chapitre 1



ACCÈS À L'INFORMATION ET AUX SOINS

PERCEPTION ACTUELLE DE L'ACCÈS AUX SOINS

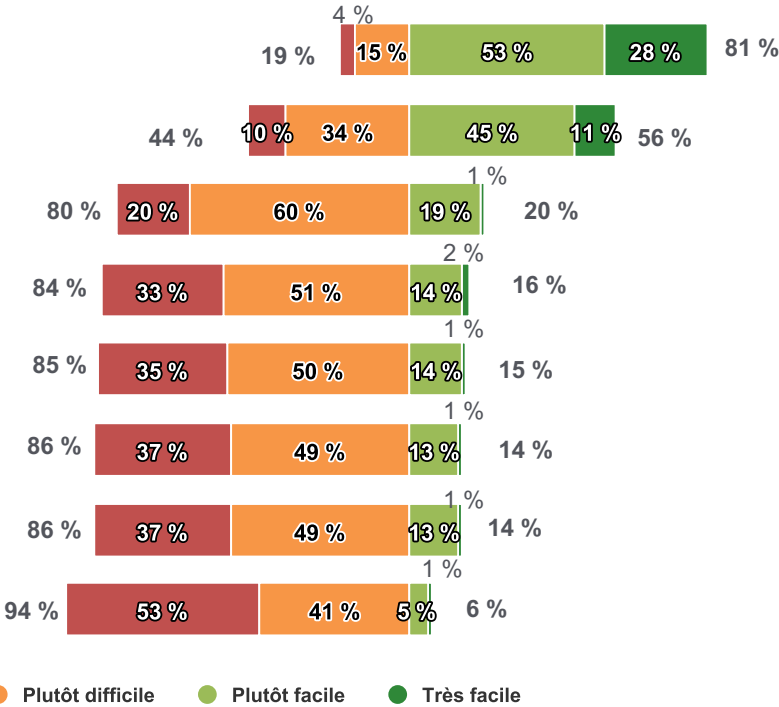


QA1 à A8. Pour chacun des éléments suivants, veuillez indiquer si à votre avis il est présentement très facile, plutôt facile, plutôt difficile ou très difficile pour la population d'obtenir dans un délai raisonnable ces informations ou services dans le réseau public au Québec?

Base : tous, excluant la non-réponse



- Soins de santé urgents (n : 2 660)
- Infos sur la prévention et les saines habitudes de vie (n : 2 476)
- Infos sur le meilleur endroit où s'adresser selon prob. de santé/situation (n : 2 589)
- Soins de santé non urgents (n : 2 637)
- Consultation sans rendez-vous (n : 2 619)
- Rendez-vous avec un médecin de famille (n : 2 619)
- RDV avec un médecin d'une spécialité autre que la médecine de famille (n : 2 625)
- Rendez-vous le soir ou la fin de semaine (n : 2 532)



Les médecins sont presque unanimes: l'accès aux soins dans un délai raisonnable est difficile

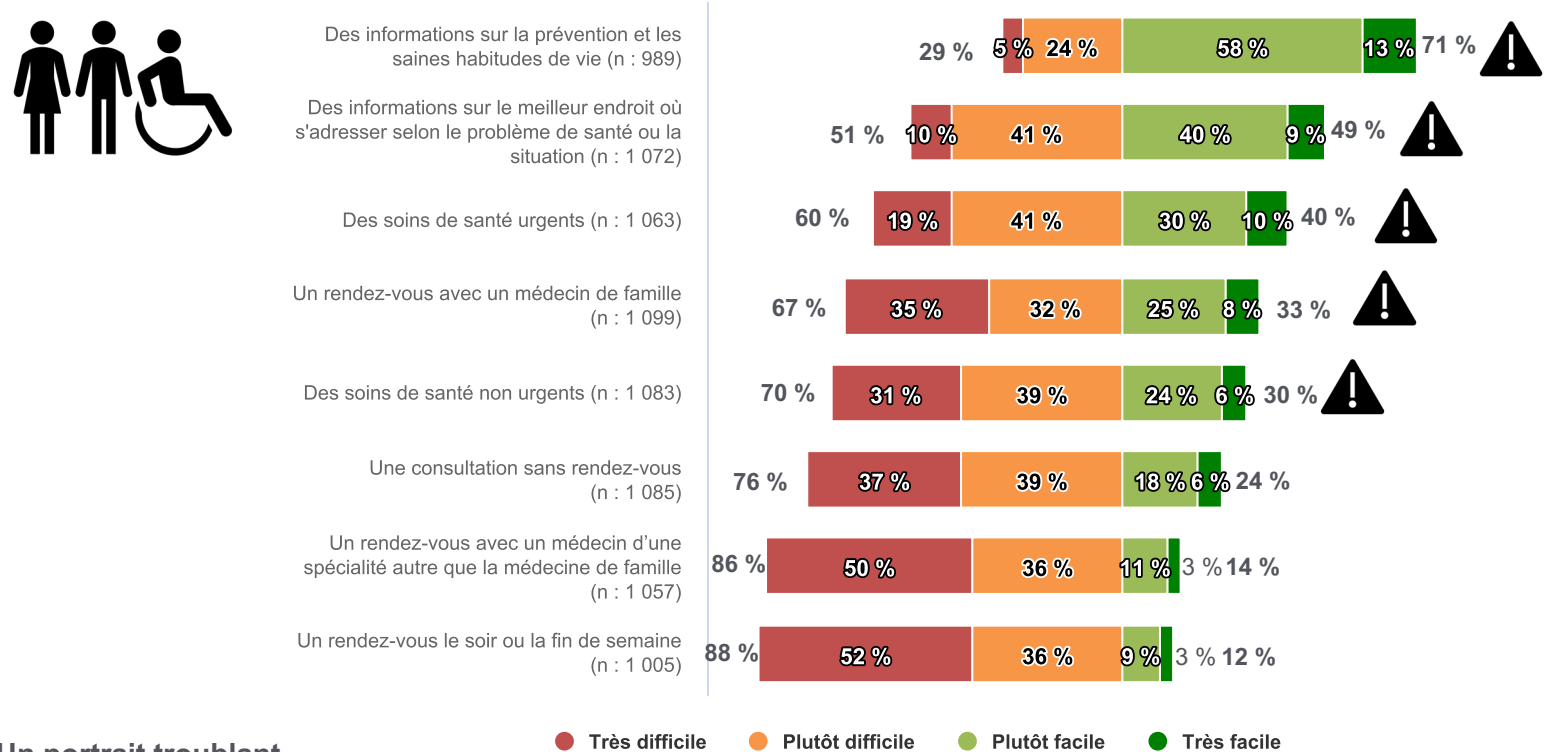
À l'exception des situations d'urgence, pour lesquelles une proportion minoritaire mais non négligeable de médecins (19 %) jugent difficile l'accès à des soins dans un délai raisonnable, la majorité des médecins jugent que **les Québécois sont privés d'un accès au réseau de la santé dans un délai raisonnable**. L'accès limité inclut la difficulté à s'orienter dans le réseau et à obtenir une consultation avec ou sans rendez-vous. Plusieurs médecins soulignent par ailleurs que les informations sur la prévention et les saines habitudes de vie font largement défaut au sein du réseau.

PERCEPTION ACTUELLE DE L'ACCÈS AUX SOINS



QA1 à A8. Pour chacun des éléments suivants, veuillez indiquer si, à votre avis, il est présentement très facile, plutôt facile, plutôt difficile ou très difficile pour la population d'obtenir dans un délai raisonnable ces informations ou services dans le réseau public au Québec.

Base : tous, excluant la non-réponse



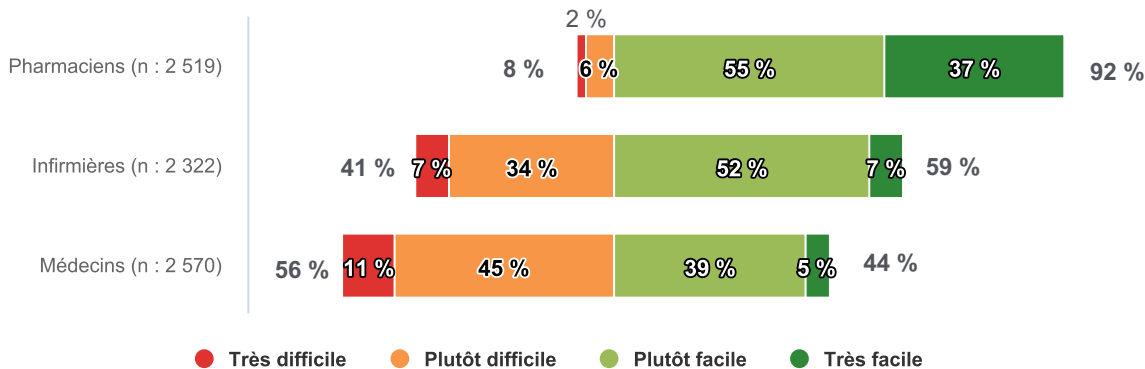
Un portrait troublant

Plusieurs Québécois (29 %) ne trouvent pas facile d'accéder à des informations sur la prévention et les saines habitudes de vie, une avenue pourtant prometteuse afin d'améliorer l'accès aux soins à moyen et long terme. En matière d'accès aux soins, les Québécois se montrent plus critiques que les médecins. Environ la moitié des Québécois ont du mal à savoir où consulter selon la situation et la majorité estiment qu'il est difficile d'obtenir des soins dans un délai raisonnable, même dans les situations urgentes. La vaste majorité d'entre eux estiment qu'il est difficile d'obtenir un rendez-vous ou de consulter sans rendez-vous. Même certains Québécois qui ont un médecin de famille ont du mal à savoir où consulter selon la situation. En outre, ils indiquent pour la plupart avoir de la difficulté à obtenir un rendez-vous avec leur médecin de famille dans un délai raisonnable.

NIVEAU DE DIFFICULTÉ À RÉFÉRER DES PATIENTS



QA9 à A11. Dans le cadre de votre pratique médicale, diriez-vous qu'en général, il est...de référer au besoin vos patients aux professionnels de la santé suivants dans le réseau public?
Base : tous, excluant la non-réponse



La capacité de référer des patients à d'autres professionnels de la santé grandement limitée

À l'exception des pharmaciens, à qui les médecins ont très peu de mal à référer leurs patients au besoin, plusieurs médecins jugent difficile de référer leurs patients à des infirmières et encore plus difficile à des médecins.

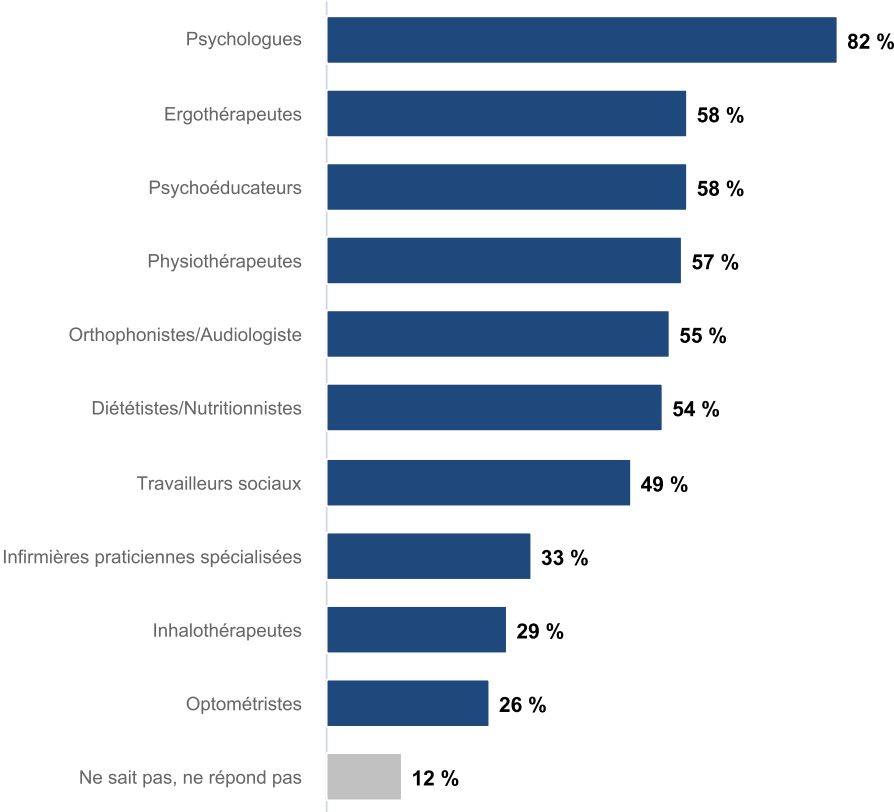
Les médecins spécialistes ont plus de difficulté que les médecins de famille à référer leurs patients à d'autres médecins ou à des infirmières.

Les médecins de famille **faisant partie d'un GMF** jugent aussi difficile que les autres médecins de famille de référer leur patients à d'autres médecins. Cependant, ils jugent plus facile de référer leurs patients à des infirmières que ceux qui ne font pas partie d'un GMF (72 % contre 54 %).

QA12a. Parmi les professionnels de la santé suivants, veuillez indiquer tous ceux qui vous paraissent particulièrement difficiles d'accès dans le cadre de votre pratique dans le réseau public, limitant ainsi l'accès aux soins pour vos patients?

Base : tous, n : 2 675

PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES



La plupart des professionnels de la santé jugés difficiles d'accès, les psychologues en tête

Une majorité de médecins jugent difficiles d'accès les psychologues et plusieurs autres professionnels de la santé au sein du réseau public, ce qui pose d'énormes défis en matière de collaboration interprofessionnelle et de continuité des soins.

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DIFFICILES D'ACCÈS



QA12g. Parmi les professionnels de la santé suivants, veuillez indiquer les 3 professionnels qui vous paraissent les plus difficiles d'accès dans le réseau public. *Veuillez les classer en ordre, le premier étant le plus difficile d'accès.*

Base : tous, n : 1 125

PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES

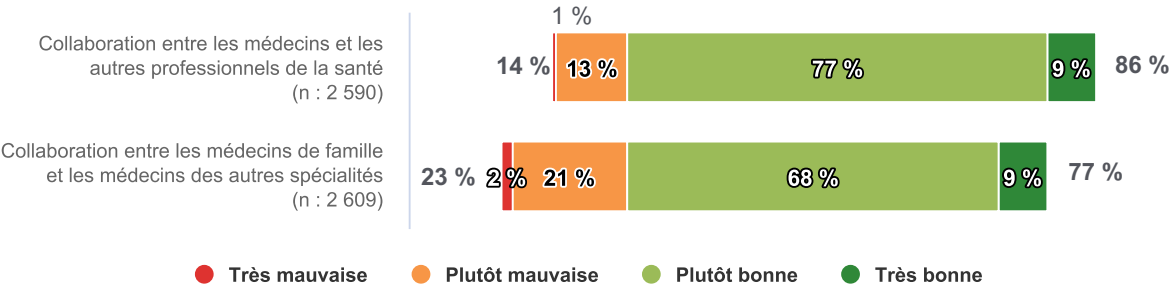


Accès difficile aux psychologues

Les Québécois confirment les problèmes d'accès aux psychologues et aux autres professionnels en santé mentale et relations humaines (psychoéducateurs, travailleurs sociaux, etc.) dans le réseau public, les plaçant ainsi au diapason avec les médecins. Dans ce contexte d'accès difficile, l'enjeu de la santé mentale présente d'énormes défis.

Q13. Selon vous, est-ce que la collaboration entre les médecins de famille et les médecins des autres spécialités est...?
Q15. Selon vous, est-ce que la collaboration entre les médecins et les autres professionnels de la santé est...?

Base : tous, excluant la non-réponse



Une collaboration entre médecins qui mérite d’être améliorée

Si la collaboration entre les médecins et les autres professionnels de la santé est jugée plutôt bonne (avec autant de professionnels difficiles d’accès, on ne peut guère s’étonner qu’elle ne soit pas meilleure), un effort particulier mérite d’être fait afin d’améliorer la collaboration entre les médecins de famille et les médecins spécialistes. En effet, près du quart des médecins jugent cette collaboration mauvaise, une situation qui ne peut pas durer. À Montréal, la collaboration semble particulièrement difficile (33 %).

Q13. Selon vous, est-ce que la collaboration entre les médecins de famille et les médecins des autres spécialités est...?

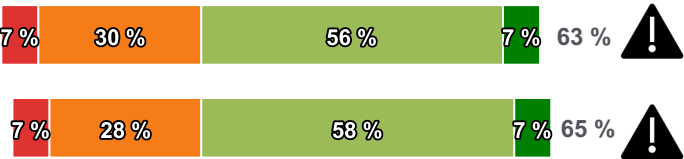
Q15. Selon vous, est-ce que la collaboration entre les médecins et les autres professionnels de la santé (ex. : psychologues, physiothérapeutes, pharmaciens, travailleurs sociaux, etc.) est...?

Base : tous, excluant la non-réponse



Collaboration entre les médecins de famille
et les médecins des autres spécialités
(n : 981)

Collaboration entre les médecins et les
autres professionnels de la santé (n : 960)



● Très mauvaise ● Plutôt mauvaise ● Plutôt bonne ● Très bonne

Vers une meilleure collaboration interprofessionnelle

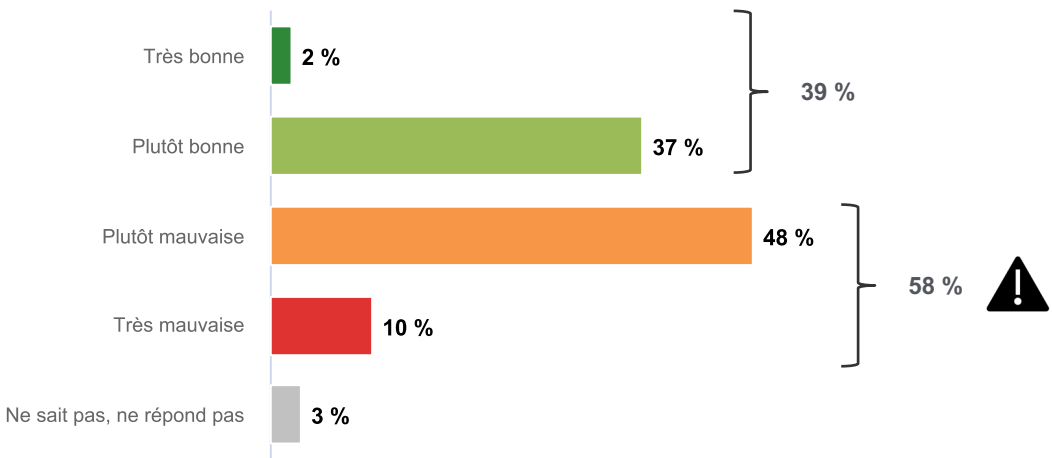
Les Québécois se montrent plus critiques que les médecins du point de vue de la qualité de la collaboration entre les médecins de famille et les médecins d’une autre spécialité ainsi qu’avec les autres professionnels de la santé (et déjà le portrait dressé par les médecins est loin d’être parfait).

Ceci tend à confirmer qu’il y a des efforts considérables à faire pour augmenter la qualité de ces collaborations. Notons que le portrait est un peu plus favorable chez ceux qui ont un médecin de famille, mais l’écart est beaucoup plus faible que ce à quoi on aurait pu s’attendre.

Q17. En général, comment évaluez-vous la continuité des soins des patients?

On inclut ici l'ensemble du parcours d'un patient dans le réseau de la santé pour ses divers problèmes de santé.

Base : tous, n : 2 675

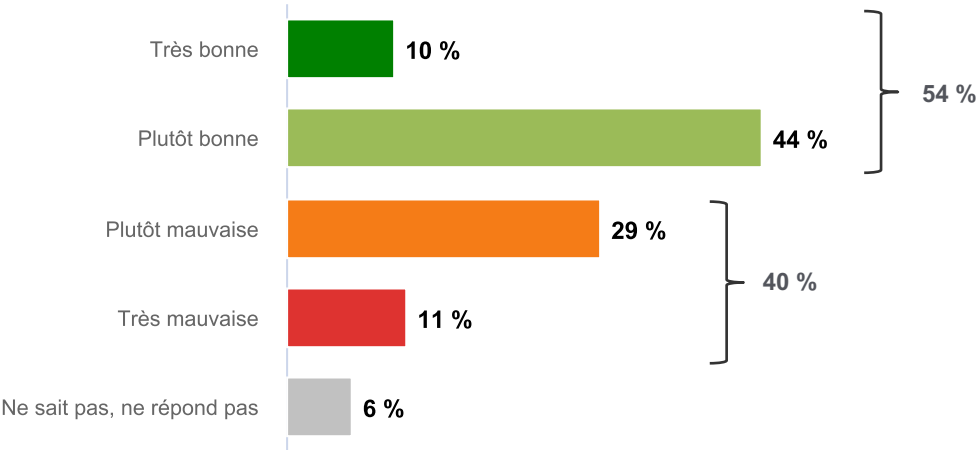


La continuité grandement compromise

Dans un contexte d'accès difficile aux différents professionnels de la santé et d'une collaboration interprofessionnelle loin d'être optimale, la continuité des soins en souffre. Le constat vaut pour l'ensemble du territoire québécois.

Q17. En vous basant sur vos expériences les plus récentes (cela peut inclure celles de vos proches), comment évaluez-vous la continuité des soins dans le réseau de la santé? On parle ici de votre parcours (ou de celui d'un de vos proches) dans le réseau de la santé à partir du moment où vous consultez jusqu'au moment où votre problème de santé est réglé.

Base : tous, n : 1 125



Manque de continuité

À l’instar des médecins, les Québécois jettent un œil très critique sur la continuité des soins dans le réseau public, situation exacerbée chez ceux qui n’ont pas de médecin de famille. Malgré tout, les Québécois se montrent moins critiques que les médecins à l’égard de cette problématique.

À L'ORIGINE DES PROBLÈMES DE COLLABORATION ET DE CONTINUITÉ DES SOINS (SELON LES MÉDECINS)

Q14 Raison d'une mauvaise collaboration entre médecins de famille et autres médecins (n : 624)		Q16 Raison d'une mauvaise collaboration entre médecins et autres professionnels de la santé (n : 363)		Q18 Raison d'une mauvaise continuité des soins des patients (n : 1560)	
La complexité du suivi des dossiers (pas systématique, etc.)	20 %	La difficulté de communiquer entre les deux postes (pas de communication, etc.)	16 %	La complexité de la communication entre les professionnels (difficile, etc.)	13
La difficulté de communiquer entre les deux postes (pas de communication, etc.)	17 %	Le manque d'accès entre les médecins et les autres professionnels	12 %	La difficulté d'avoir un suivi (n'est pas fait, ne reçoit pas les rapports, etc.)	13
Le manque d'accès entre les médecins et les autres professionnels	12 %	Le manque de disponibilité (indisponible, manque de temps)	11 %	Le manque d'accessibilité des médecins (patient sans médecin de famille, etc.)	12
Le manque d'accès aux rapports et informations médicales (consultations, etc.)	12 %	Le manque d'intégration des médecins dans l'équipe soignante (travail en silo)	8 %	Les grands délais de prise en charge des patients (attentes, etc.)	12
Le manque d'accès aux médecins spécialistes (pour les patients, etc.)	10 %	Le manque d'outils facilitant la communication (en ligne, courriel, etc.)	8 %	La compartimentation du travail (travail en silo, etc.)	10
Les restrictions importantes du CRDS	8 %	Le manque d'accès aux autres professionnels pour les patients (psychologue, etc.)	6 %	L'absence de dossier électronique universel	10
L'absence de structures favorisant la coordination	8 %	L'absence de structures favorisant la coordination	6 %	La difficulté d'accès à l'information du patient (incomplète, etc.)	10
La mauvaise attitude (paternalisme, préjugés, etc.)	8 %	La complexité du suivi des dossiers (pas systématique, etc.)	5 %	Le manque de prise en charge des patients (laissé à eux-mêmes, etc.)	10
Le manque de disponibilité (indisponible, manque de temps)	7 %	Le manque d'accès aux rapports et informations médicales (consultations, etc.)	5 %	Le manque d'outils favorisant la communication entre les intervenants	6
La mauvaise qualité du rapport reçu (illisible, notes manuscrites, etc.)	7 %	Le mauvais référencement des patients (patient renvoyé, etc.)	5 %	Le manque d'accessibilité des autres professionnels (soins en santé mentale, etc.)	6
Le manque d'accès aux médecins de famille (pour les patients)	7 %	La lourdeur administrative (bureaucratie, etc.)	4 %	La grande ingérence administrative (trop de bureaucratie, etc.)	5
Le manque d'outils facilitant la communication (en ligne, courriel, etc.)	6 %	Le manque de dossier électronique commun	3 %	La charge de travail élevée des intervenants (trop de dossiers, etc.)	5
Le mauvais référencement des patients (patient renvoyé, etc.)	5 %	Les délais de consultation (long, longue prise de rendez-vous, etc.)	2 %	Le manque de personnel soignant (pas assez de personnel, etc.)	4
Les délais de consultation (long, longue prise de rendez-vous, etc.)	5 %			Les délais de transmission de l'information	4
Autre	26 %	Autre	23 %	Autre	29
Ne sait pas, ne répond pas	15 %	Ne sait pas, ne répond pas	25 %	Ne sait pas, ne répond pas	19

Problèmes liés à la/au :



Communication/information



Manque d'accès aux médecins



Complexité des suivis /lourdeur administrative/manque de structure



Manque de temps/surcharge/délais

Des problèmes de communication (orange) et de coordination (bleu) à l'origine d'une collaboration et d'une continuité déficientes



À L'ORIGINE DES PROBLÈMES DE COLLABORATION ET DE CONTINUITÉ DES SOINS (SELON LA POPULATION)

Q14 Raisons d'une mauvaise collaboration entre médecins de famille et autres médecins (n : 368)		Q16 Raisons d'une mauvaise collaboration entre médecins et autres professionnels de la santé (n : 346)		Q18 Raisons d'une mauvaise continuité des soins des patients (n : 447)	
La difficulté de communiquer entre les deux postes (pas de communication, etc.)	20 %	La difficulté de communiquer entre les deux postes (pas de communication, etc.)	17 %	Les grands délais de prise en charge des patients (attentes, etc.)	32 %
Les délais de consultation (long, longue prise de rendez-vous, etc.)	12 %	Le manque d'intégration des médecins dans l'équipe soignante (travail en silo)	10 %	Le manque d'accessibilité des médecins (patient sans médecin de famille, etc.)	20 %
La complexité du suivi des dossiers (pas systématique, etc.)	10 %	Le manque de disponibilité (indisponible, manque de temps)	7 %	Le manque de prise en charge des patients (laissé à eux-mêmes, etc.)	11 %
Le manque d'accès aux médecins spécialistes (pour les patients, etc.)	9 %	Les délais de consultation (long, longue prise de rendez-vous, etc.)	7 %	La difficulté d'avoir un suivi (n'est pas fait, ne reçoit pas les rapports, etc.)	11 %
Le manque d'intégration des médecins dans l'équipe soignante (travail en silo)	8 %	L'absence de structures favorisant la coordination	6 %	La complexité du système pour les patients	5 %
Le mauvais référencement des patients (patient renvoyé, etc.)	7 %	La complexité du suivi des dossiers (pas systématique, etc.)	5 %	La complexité de la communication entre les professionnels (difficile, etc.)	5 %
L'absence de structures favorisant la coordination	6 %	Le mauvais référencement des patients (patient renvoyé, etc.)	4 %	La difficulté d'accès à l'information du patient (incomplète, etc.)	3 %
Le manque de disponibilité (indisponible, manque de temps)	6 %	La lourdeur administrative (bureaucratie, etc.)	3 %	La compartimentation du travail (travail en silo, etc.)	3 %
Le manque d'accès aux médecins de famille (pour les patients)	5 %	La mauvaise attitude (paternalisme, préjugés)	3 %	La charge de travail élevée des intervenants (trop de dossiers, etc.)	3 %
L'absence de dossier électronique commun	3 %	L'absence de dossier électronique commun	2 %	La grande ingérence administrative (trop de bureaucratie, etc.)	2 %
Autre	19 %	Autre	19 %	Autre	25 %
Ne sait pas, ne répond pas	22 %	Ne sait pas, ne répond pas	35 %	Ne sait pas, ne répond pas	23 %

Les Québécois voient du même œil que les médecins les causes des problèmes d'accès

En améliorant les communications et en réduisant la lourdeur administrative, des améliorations concrètes pourraient être apportées à la collaboration au sein du réseau et ainsi favoriser la continuité des soins. Quant au manque d'accès aux médecins et au manque de temps, c'est justement par de meilleures communications et une meilleure structure que l'on peut espérer minimiser ces problématiques.

Problèmes liés à la/au :

- Communication/information
- Manque d'accès aux médecins
- Complexité des suivis /lourdeur administrative/manque de structure
- Manque de temps/surcharge/délais



Chapitre 2

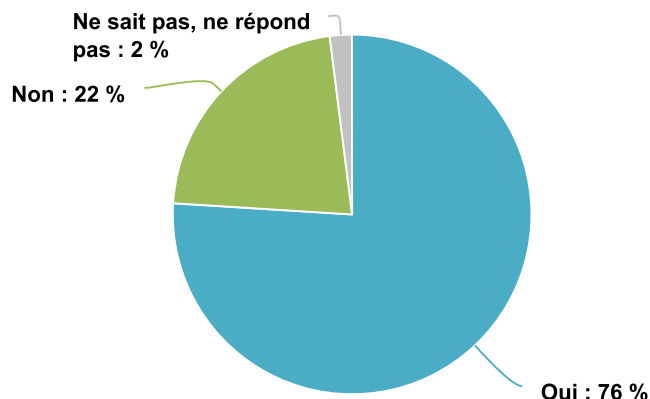


EXPÉRIENCE AVEC LE RÉSEAU PUBLIC AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS

TAUX DE CONSULTATION (12 DERNIERS MOIS)

QB1. Au cours des douze derniers mois, en excluant tout rendez-vous en lien avec la vaccination (ex. : COVID-19, influenza, vaccins réguliers pour les enfants, etc.), avez-vous consulté un professionnel de la santé (médecin, pharmacien[ne], psychologue, physiothérapeute, etc.) pour vous ou pour un membre de votre famille, que ce soit en personne ou à distance (ex. : téléphone, visioconférence)?

Base : tous, n : 1 109



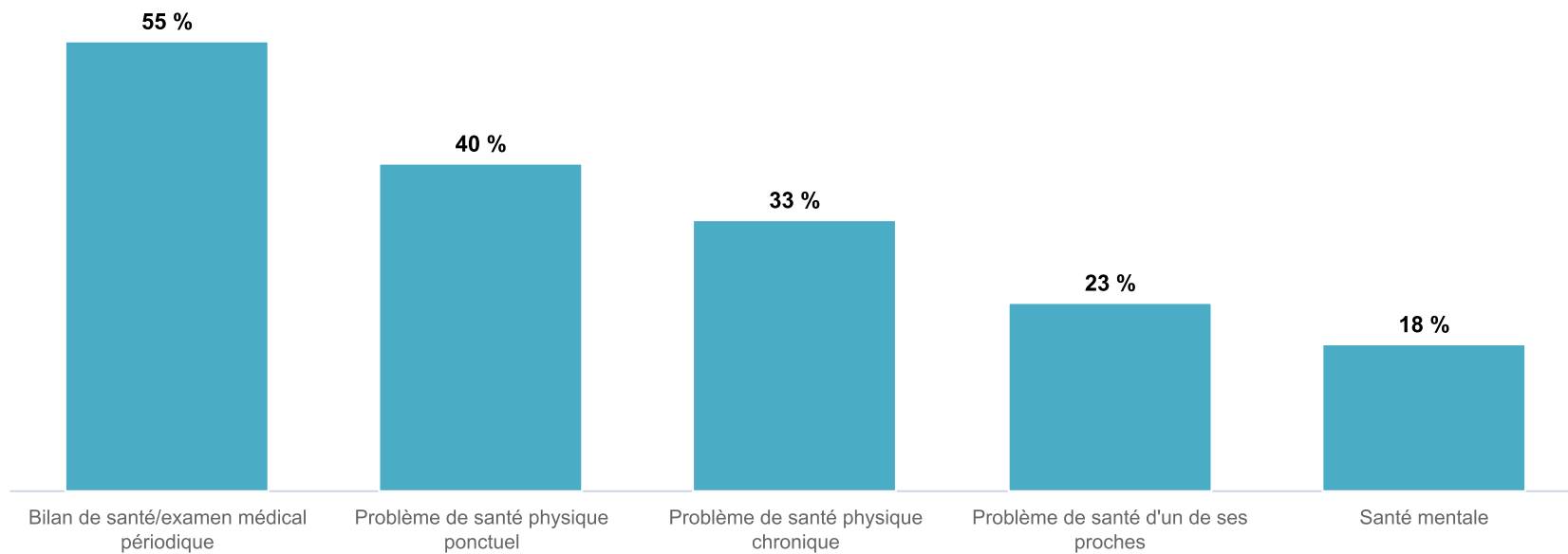
La plupart des Québécois ont consulté

Environ les trois quarts des Québécois ont consulté un professionnel de la santé au cours des douze derniers mois. L'écart entre le taux de consultation des gens qui ont un médecin de famille et les autres est considérable (83 % contre 59 %). Alors que les examens médicaux périodiques représentent le principal motif de consultation au plan individuel (suivi des problèmes de santé ponctuels ou chroniques), les gens ont consulté pour un de leurs proches surtout en lien avec un problème ponctuel ou chronique.

Notons que le taux de consultation en lien avec la santé mentale a été environ le double chez les jeunes de 18 à 24 ans (39 % - premier motif de consultation) par rapport à l'ensemble des Québécois (18 % - cinquième motif de consultation).

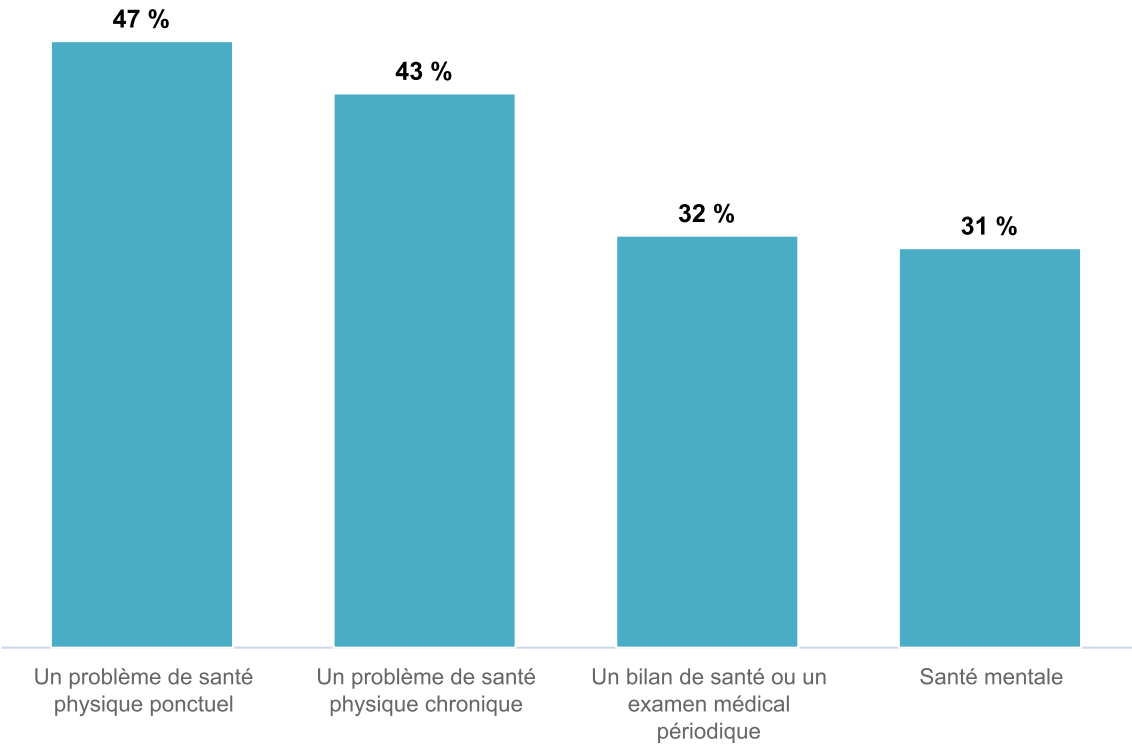
QB2A. Toujours au cours des douze derniers mois, avez-vous consulté pour les situations suivantes?

Base : tous, n : 1 109



QB3A. Pour quelles raisons avez-vous consulté pour un de vos proches au cours des douze derniers mois?

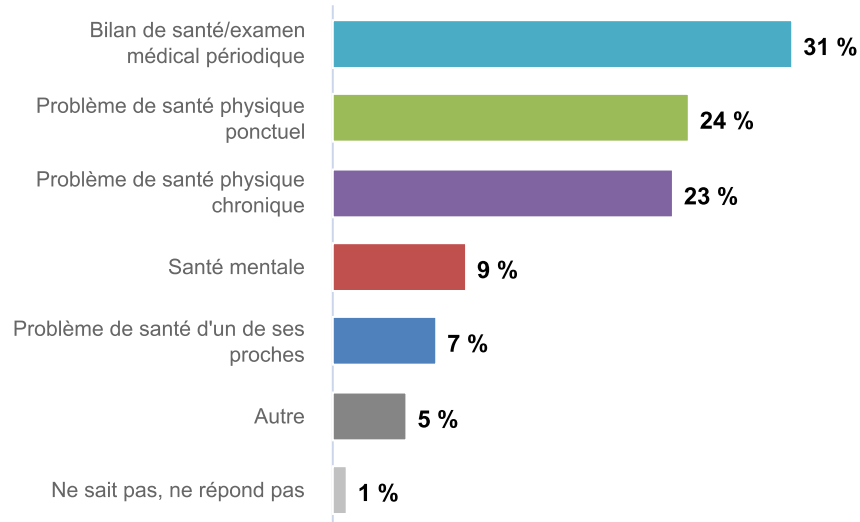
Base : ceux ayant consulté pour un de leurs proches, n : 207



MOTIFS DE CONSULTATION (LA PLUS RÉCENTE)

QB4T. Pensez à votre expérience la plus récente au cours des douze derniers mois. Était-ce en lien avec...?

Base : ceux ayant consulté au cours des 12 derniers mois, n : 901



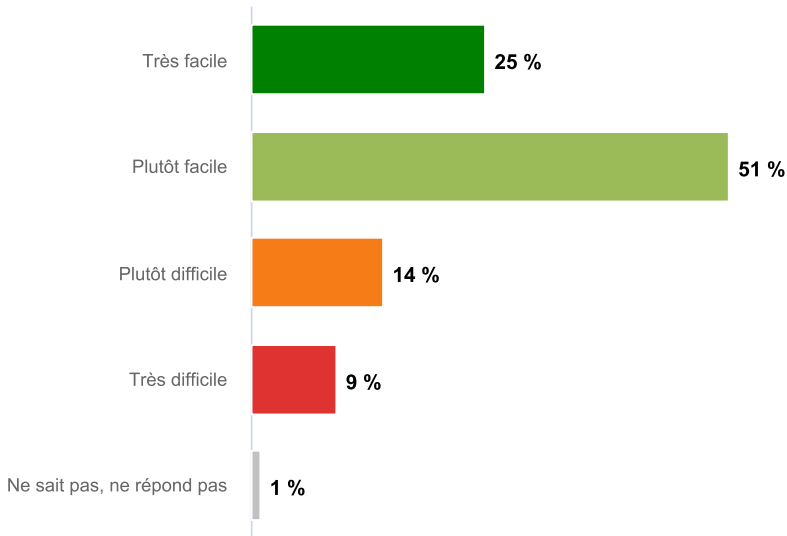
Le portrait des consultations récentes similaire au portrait des douze derniers mois

Lorsque l'on regarde l'expérience de consultation la plus récente, les examens périodiques et les problèmes de santé chroniques ou ponctuels représentent les trois principaux motifs de consultation des Québécois.

Il pourrait être intéressant d'évaluer la fréquence et la pertinence des bilans de santé afin de faire plus de place lorsque nécessaire aux patients qui consultent pour d'autres motifs. Par ailleurs, on pourrait évaluer la possibilité que certains bilans de santé soient réalisés par un professionnel de la santé autre qu'un médecin.

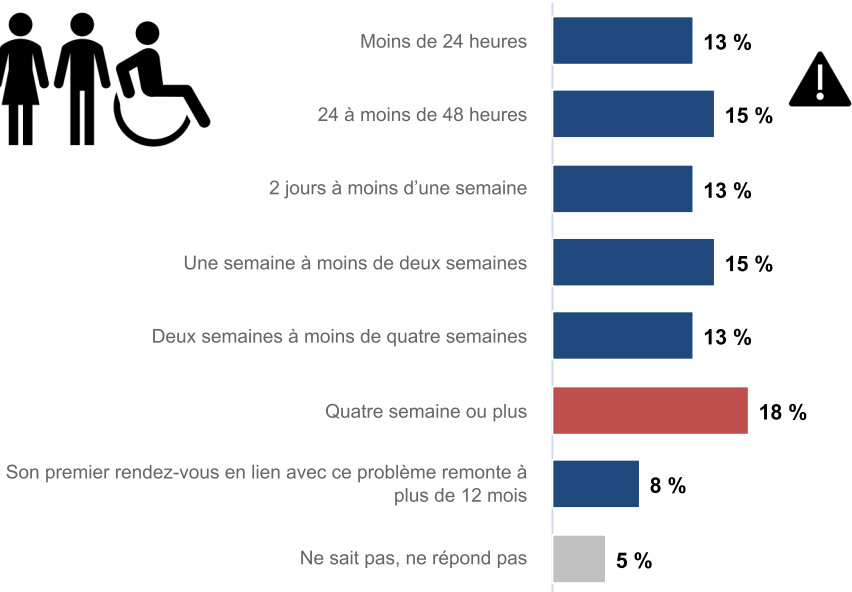
QB5. En lien avec votre problème de santé le plus récent au cours des douze derniers mois ou le problème de santé le plus récent d'un membre de votre famille pour lequel vous avez consulté...Vous a-t-il été très facile, plutôt facile, plutôt difficile ou très difficile de trouver où vous adresser?

Base : ceux ayant consulté au cours des 12 derniers mois, n : 901



QB7. Dans quel délai avez-vous pu obtenir votre première consultation pour ce problème de santé?

Base : ceux ayant consulté au cours des 12 derniers mois, n : 901



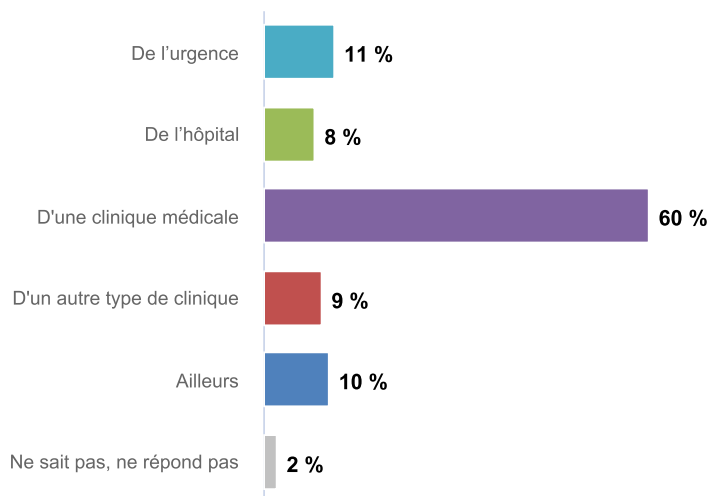
Des délais plus courts pour les utilisateurs de plateformes de réservation

Près d'un quart des Québécois ont trouvé difficile de savoir où s'adresser dans le cas de leur consultation la plus récente, une situation loin d'être optimale mais malgré tout plus positive que la perception initiale des Québécois à cet égard. En général, on trouve ça difficile de s'orienter, mais si on pense à l'expérience la plus récente, on tempère un peu. Moins de trois Québécois sur dix (28 %) ont pu obtenir un rendez-vous dans les 48 heures, mais la proportion augmente à 45 % chez ceux qui ont consulté pour un problème ponctuel (un taux comparable à celui de l'Enquête internationale du Fonds du Commonwealth réalisée en 2020: 39 %). Le délai médian est d'un peu plus d'une semaine. Notons que 43 % de ceux qui ont utilisé une plateforme payante comme Bonjour Santé ont obtenu leur rendez-vous dans les 48 heures.

LIEUX ET MODES DE CONSULTATION

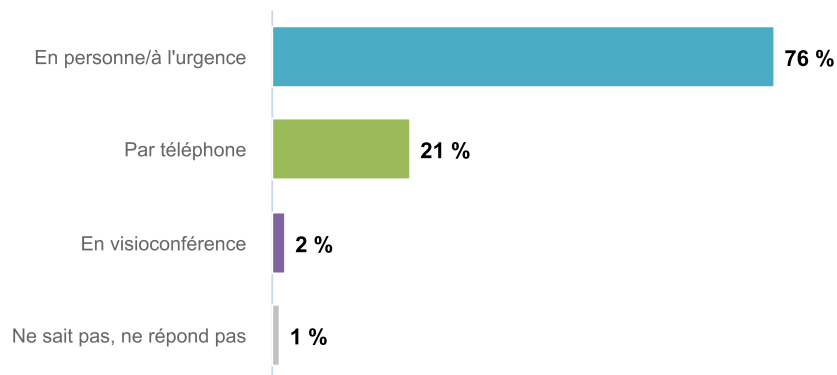
QB8. Votre première consultation était-elle avec un professionnel de la santé...?

Base : ceux ayant consulté au cours des 12 derniers mois, n : 901



QB9T. Votre première consultation (on exclut ici la prise de rendez-vous) était-elle en personne, par téléphone ou en visioconférence?

Base : ceux ayant consulté au cours des 12 derniers mois, n : 901



Les cliniques médicales : principal point d'entrée

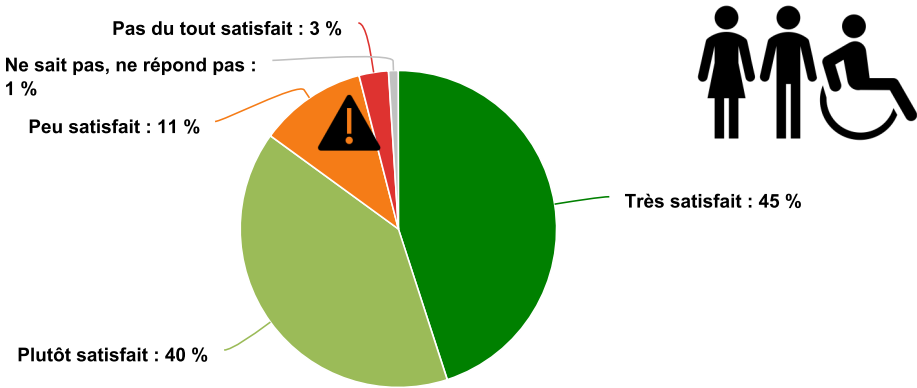
La majorité des Québécois ont obtenu une consultation dans une clinique médicale, soit le principal point d'entrée dans le réseau, loin devant l'hôpital (incluant l'urgence) et les autres types de cliniques ou d'établissements de santé. La visioconférence représente à l'heure actuelle un mode de consultation marginal, bien que l'on puisse soupçonner une croissance à venir.

NIVEAU DE SATISFACTION FACE À LA CONSULTATION



QB10. Quel a été votre niveau de satisfaction à l'égard de cette consultation?

Base : ceux ayant consulté au cours des 12 derniers mois, n : 901



QB11. Pourquoi n'avez-vous pas été satisfait(e)?

Base : répondants insatisfaits de leur consultation, n : 117



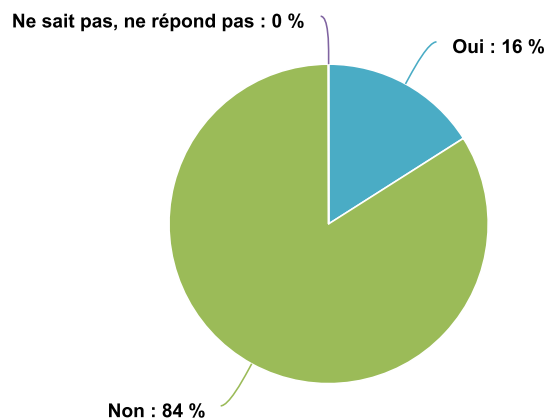
Les Québécois satisfaits de leur dernière consultation

Les Québécois se disent en général satisfaits de leur dernière consultation. Néanmoins, le taux d'insatisfaction (14 %) se situe au-delà du seuil maximal qui serait souhaitable (moins de 10 %). Les principaux motifs d'insatisfaction sont liés au fait que le problème n'est pas réglé, que les délais sont importants et qu'il n'y a pas de réelle prise en charge. Notons que le taux d'insatisfaction à l'égard la consultation dépasse le seuil critique des 20 % chez ceux qui ont pris leur rendez-vous grâce à une plateforme payante et chez ceux qui ont reçu une consultation téléphonique. **En bref, on peut dire que les Québécois accèdent difficilement au réseau, mais qu'une fois à l'intérieur, ils sont bien servis.**

PLATEFORMES DE RÉSERVATION ET FRAIS DE CONSULTATION

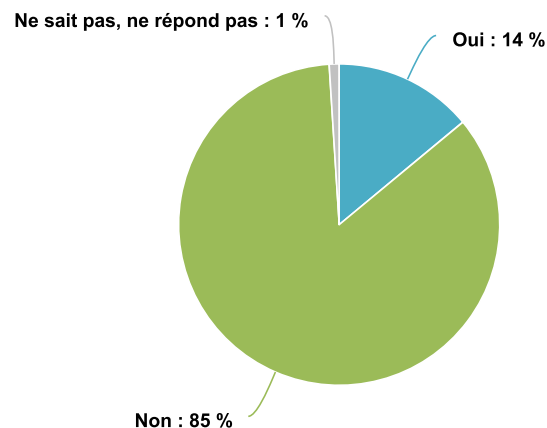
QB6. Avez-vous utilisé le service Bonjour Santé ou une autre plateforme payante pour prendre rendez-vous avec un professionnel de la santé en lien avec ce problème de santé?

Base : ceux ayant consulté au cours des 12 derniers mois, n : 901



QB12. Avez-vous eu à payer pour cette consultation?

Base : ceux ayant consulté au cours des 12 derniers mois, n : 901



Les jeunes prennent d'assaut les plateformes de réservation payantes

Alors que 16 % des Québécois ont utilisé une plateforme de réservation payante (ex. : Bonjour Santé) lors de leur dernière prise de rendez-vous, la proportion atteint 30 % chez les 18-34 ans. En ce qui concerne la consultation comme tel, 14 % des Québécois ont eu à déboursier des frais, une proportion qui atteint 26 % chez ceux sans médecin de famille. Notons que les frais de consultation n'épargnent personne, les gens à plus faible revenu ayant été autant dans des situations où ils devaient payer que les gens mieux nantis.

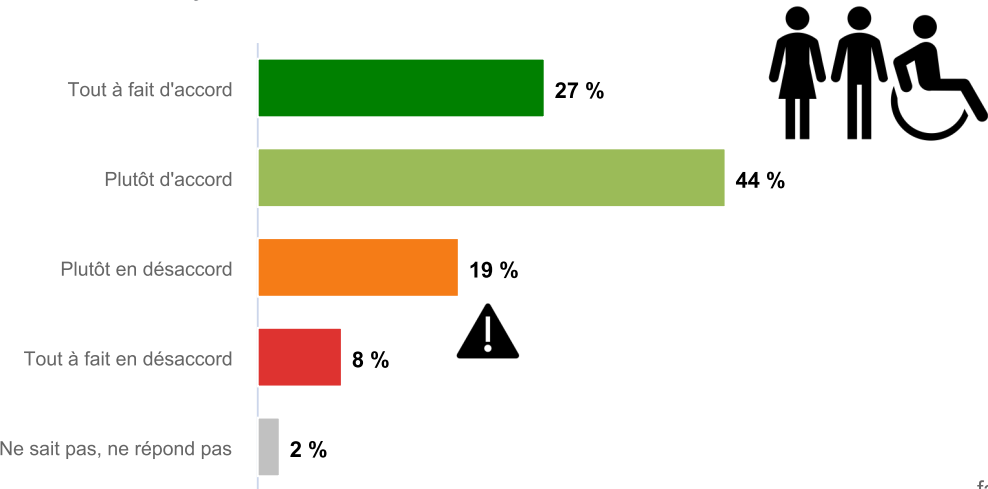
DÉLAIS AVANT D'ACCÉDER AUX SOINS



QB13. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'énoncé suivant?

J'ai (ou le membre de votre famille qui a eu besoin de soins) eu accès à des soins dans un délai raisonnable

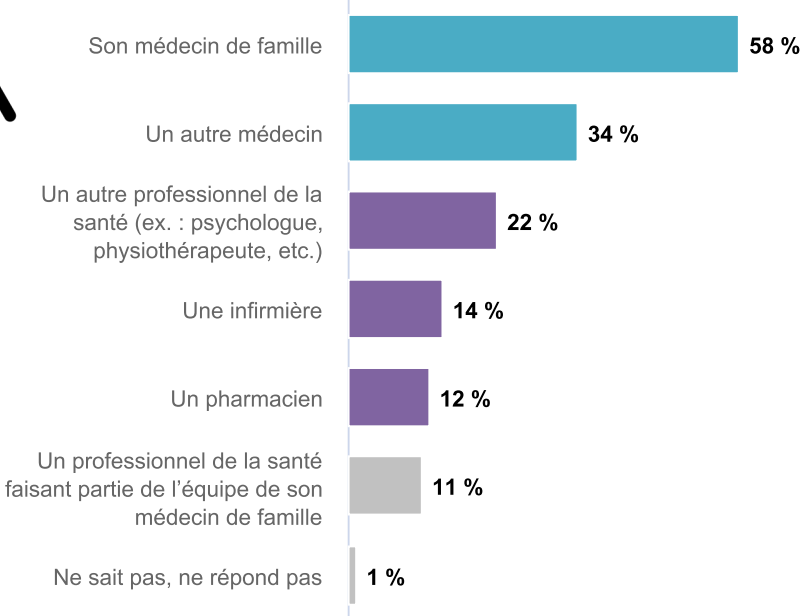
Base : ceux ayant consulté au cours des 12 derniers mois, n : 901



QB14. Qui a été impliqué dans votre épisode de soins (ou celui d'un des membres de votre famille)?

Base : ceux ayant consulté au cours des 12 derniers mois, n : 901

Plusieurs réponses possibles



Malgré des délais acceptables pour la majorité, on est loin d'une situation optimale

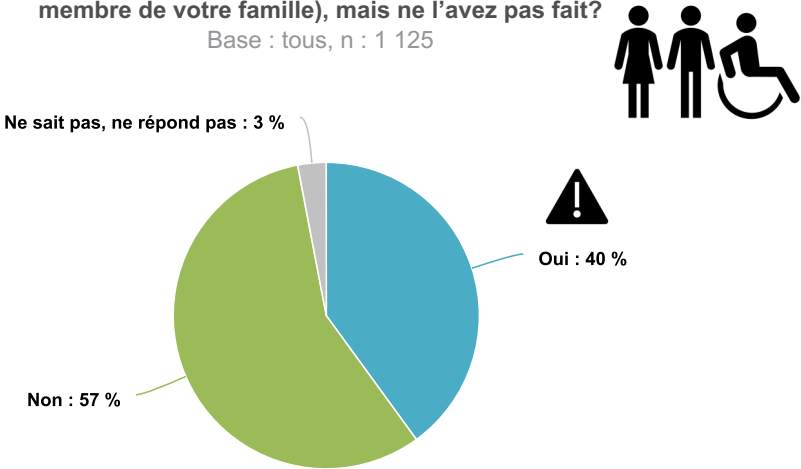
Près de trois Québécois sur dix (27 %) jugent ne pas avoir reçu de soins dans un délai raisonnable, un niveau que l'on peut considérer élevé. Les Montréalais sont les plus critiques à cet égard. Les médecins ont été consultés plus que tout autre professionnel de la santé, ce qui permet de se demander si les autres professionnels de la santé pourraient être mis à contribution davantage dans le réseau public. L'accès aux soins dans un délai raisonnable est plus courant chez ceux qui ont un médecin de famille mais ne varie pas selon le mode de prise de rendez-vous ou le fait que la consultation impliquait ou non des frais.

NON-CONSULTATION



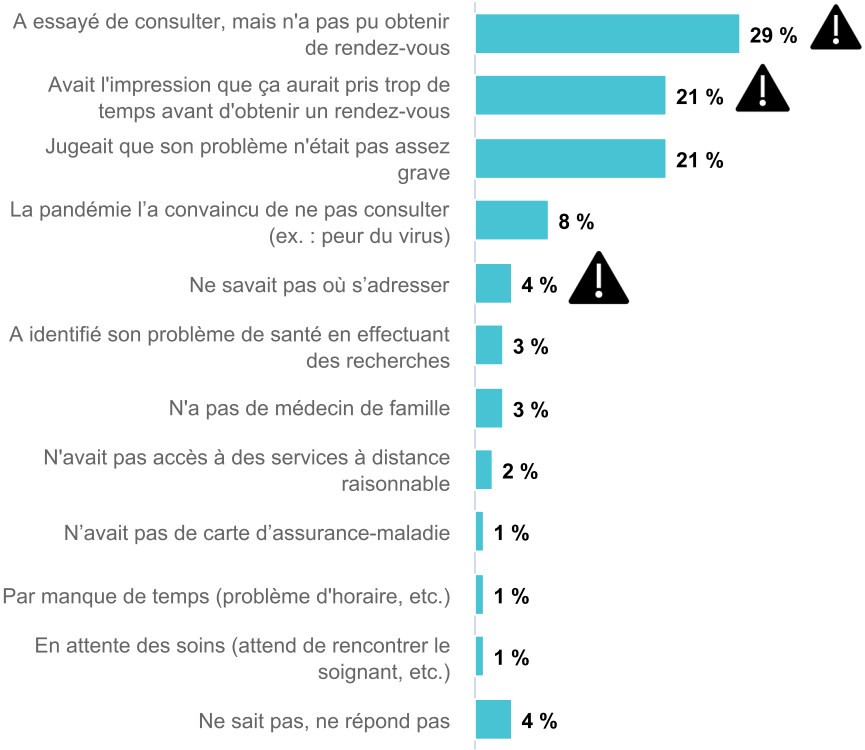
QC1. Au cours des douze derniers mois, avez-vous été dans une situation où vous avez senti le besoin de consulter en lien avec votre santé (ou celle d'un membre de votre famille), mais ne l'avez pas fait?

Base : tous, n : 1 125



QC2. Quelle est la raison, parmi les suivantes, pour laquelle vous n'avez pas consulté?

Base : répondants qui voulaient consulter mais qui ne l'ont pas fait, n : 463



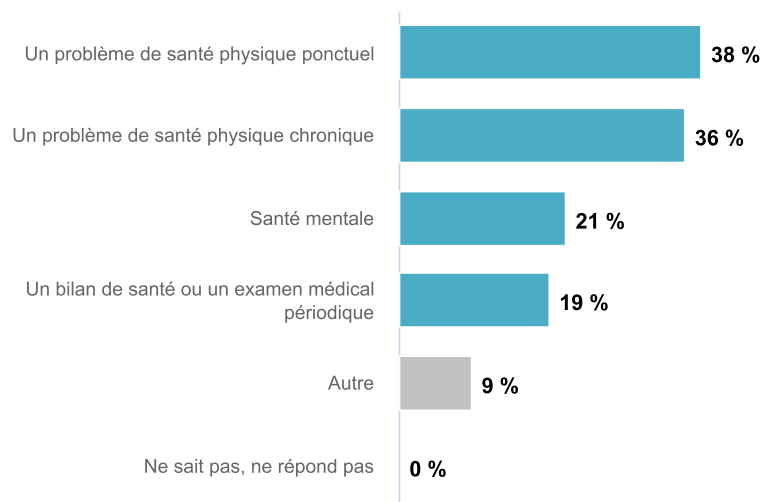
Le phénomène de non-consultation est répandu

Au cours des douze derniers mois, quatre Québécois sur dix ont senti le besoin de consulter un professionnel de la santé pour eux ou pour un proche mais ne l'ont pas fait en raison de l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous après avoir essayé ou parce qu'ils avaient l'impression que ce serait trop long. Certains ont simplement jugé que leur problème n'était pas assez grave. Notons qu'en ce qui concerne l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous après avoir essayé, le fait d'avoir un médecin de famille aide, mais ne constitue pas une garantie pour autant (24 % de ceux ayant un médecin de famille n'ont pas pu obtenir de rendez-vous contre 42 % qui n'en ont pas).

NON-CONSULTATION (SUITE)

QC3A. Avec quel type de problème de santé votre besoin (ou celui d'un membre de votre famille) était-il en lien?

Base : répondants qui voulaient consulter mais qui ne l'ont pas fait, n : 463

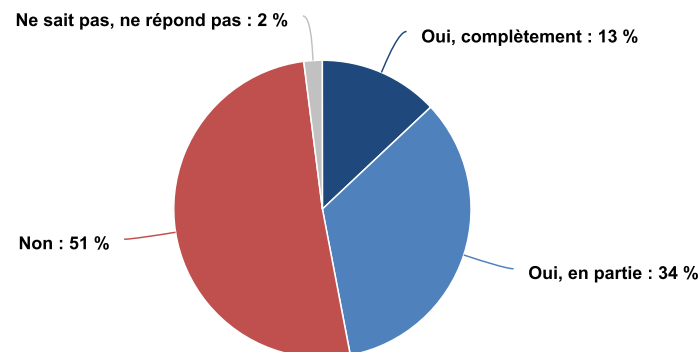


Des problèmes non réglés

La moitié des Québécois qui n'ont pas pu obtenir de consultation malgré leurs efforts, ou faute d'y avoir cru, sont encore aux prises au moins en partie avec leur problème. Un peu plus de la moitié de ces derniers prévoient toutefois consulter prochainement. Cela laisse néanmoins trois personnes sur dix qui ont lancé la serviette.

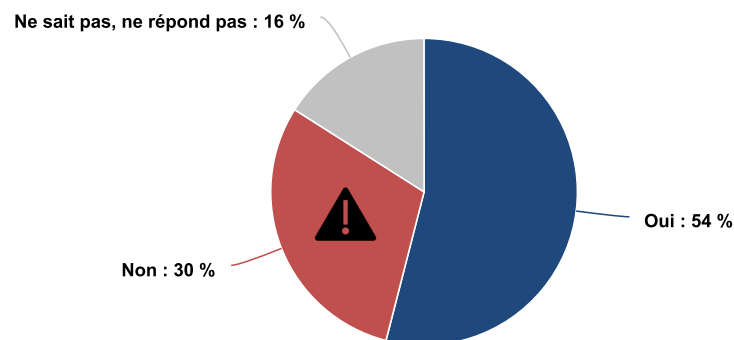
QC4. Aujourd'hui, ce problème est-il réglé?

Base : répondants qui voulaient consulter mais qui ne l'ont pas fait, n : 463



QC5. Comptez-vous consulter prochainement pour le même problème?

Base : répondants qui ont encore le problème au moins en partie, n : 415



Chapitre 3

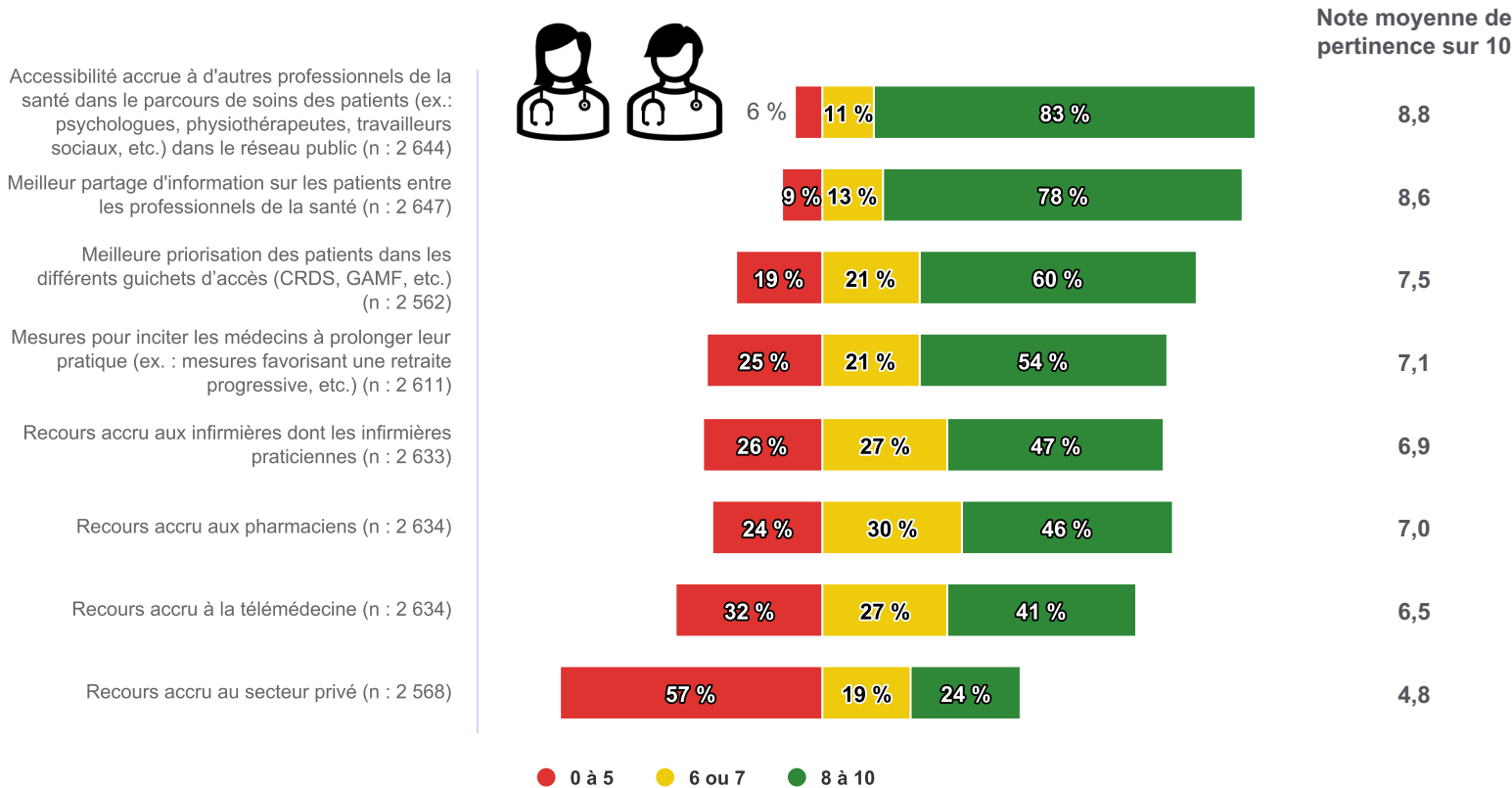


PERTINENCE DE DIFFÉRENTES SOLUTIONS POUR AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS

PERTINENCE DE DIFFÉRENTES SOLUTIONS POUR AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS



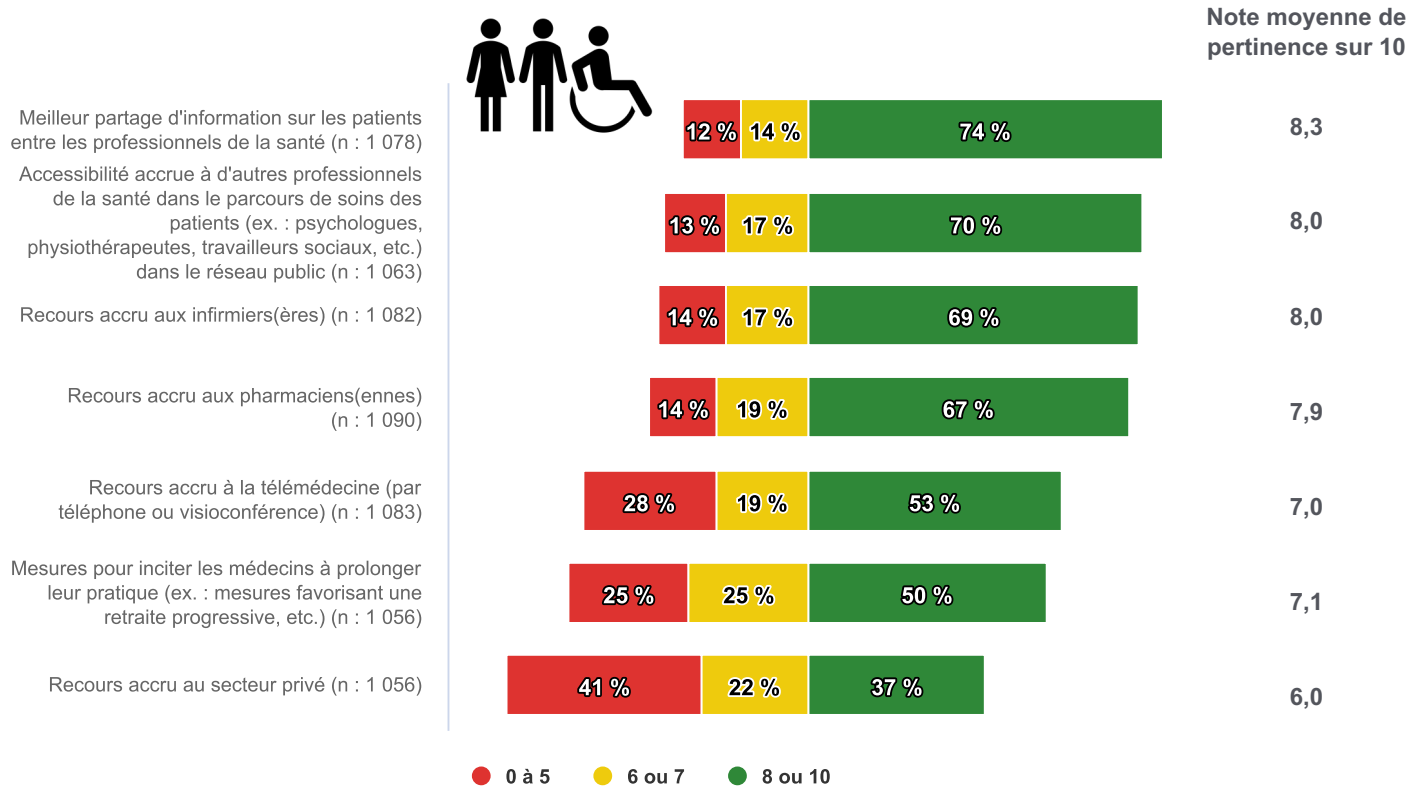
QB1 à B8. Sur une échelle de 0 à 10, 0 étant « pas du tout pertinent » et 10 étant « extrêmement pertinent », à quel niveau évaluez-vous la pertinence des solutions suivantes pour améliorer l'accès aux soins pour les Québécois?
Base : tous, excluant la non-réponse



Accès amélioré aux autres professionnels de la santé, meilleur partage de l'information et meilleure priorisation

Si l'accès accru à d'autres professionnels de la santé n'est pas facile à réaliser à court terme (malgré la popularité de la solution), un meilleur partage de l'information sur les patients entre les professionnels de la santé et une meilleure priorisation des patients dans les différents guichets d'accès sont peut-être des solutions plus réalistes à mettre en œuvre. En effet, elles n'impliquent pas l'ajout à court terme de professionnels de la santé au sein du réseau. Même principe pour les mesures visant à inciter les médecins à prolonger leur pratique.

D1-D7. Sur une échelle de 0 à 10, 0 étant « pas du tout pertinent » et 10 étant « extrêmement pertinent », à quel niveau évaluez-vous la pertinence des solutions suivantes pour améliorer l'accès aux soins pour les Québécois?
Base : tous, excluant la non-réponse



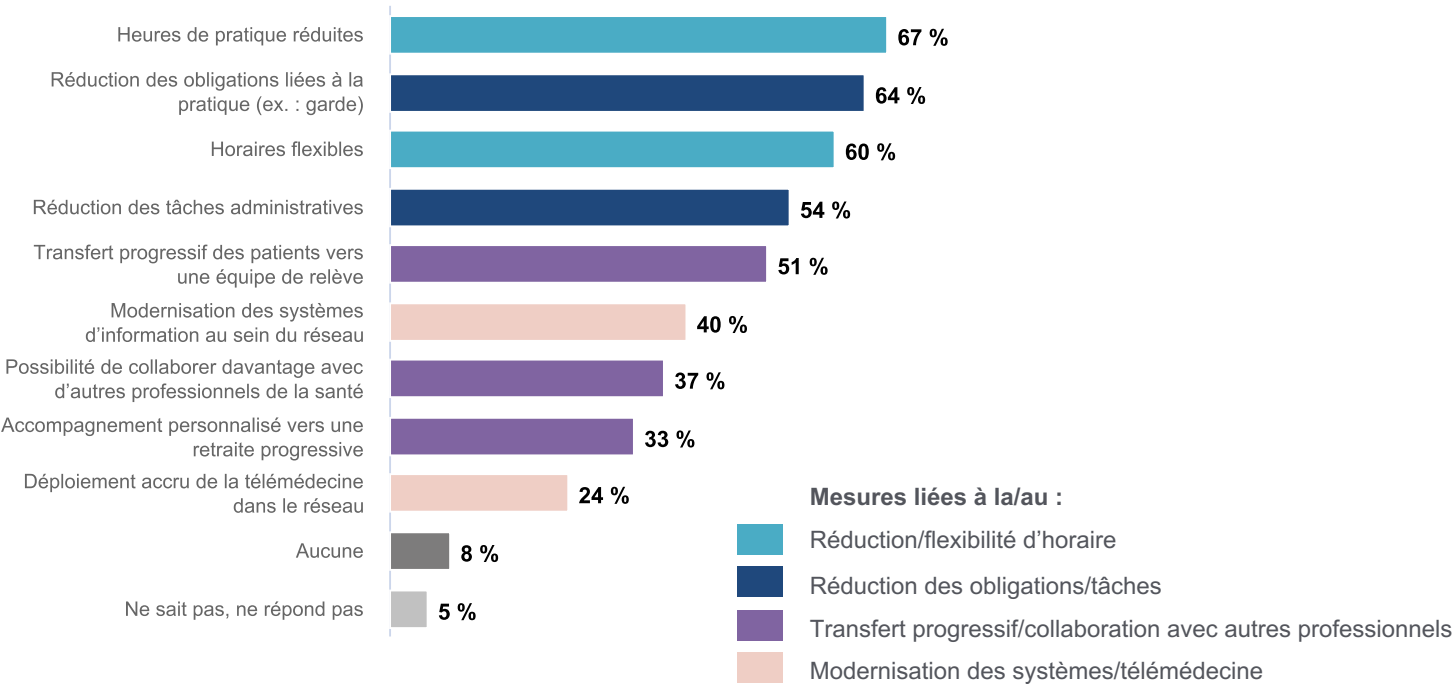
Les Québécois misent sur un meilleur partage d'information et la collaboration interprofessionnelle
Afin d'améliorer l'accès aux soins, les Québécois vont dans le même sens que les médecins et croient qu'il doit y avoir avant tout un meilleur partage d'information sur les patients entre les divers professionnels de la santé et un recours accru aux pharmaciens, infirmières et autres professionnels de la santé. Des mesures comme la télémédecine et les incitations pour les médecins à prolonger leur pratique ne sont pas perçues comme aussi pertinentes. Le recours accru au secteur privé encore moins.

MESURES POUR INCITER LES MÉDECINS À REPORTER LEUR RETRAITE



QC8. Est-ce que les aspects suivants pourraient/auraient pu vous inciter à reporter votre retraite?

Base : tous, n : 2 675

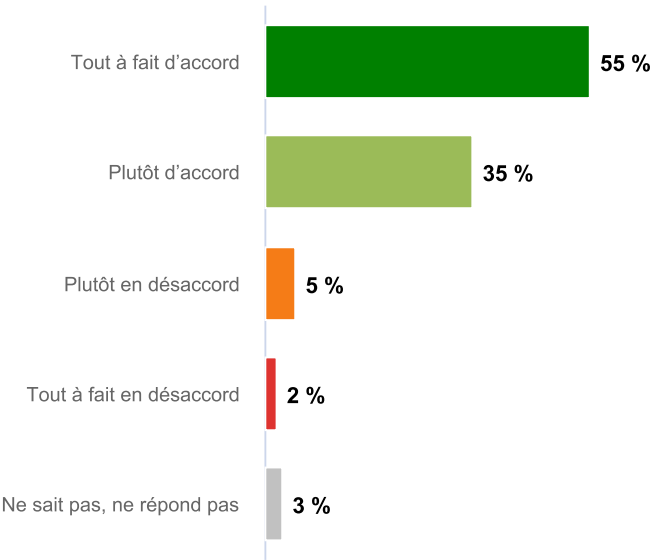


L'allègement des tâches et des horaires flexibles

Quatrième solution jugée la plus prometteuse par les médecins, le report de la retraite se ferait à certaines conditions seulement. En effet, les médecins reporteraient leur retraite surtout s'ils peuvent réduire leurs heures ainsi que leurs obligations, tout en ayant une flexibilité dans leur horaire. La réduction des tâches administratives et le transfert progressif des patients vers une équipe de relève font aussi partie du lot de mesures à considérer.

D9. Pour vous donner accès plus rapidement à des soins couverts par le système de santé public, seriez-vous d'accord, dans certaines situations, d'être dirigé(e) vers un professionnel de la santé autre qu'un médecin (ex. : pharmacien[ne], infirmier[ère], physiothérapeute, psychologue, etc.), apte à prendre en charge vos soins?

Base : tous, n : 1 125



Les Québécois réceptifs à de nouvelles approches

Pour obtenir des soins, une vaste majorité de Québécois sont ouverts à être dirigés vers un professionnel de la santé autre qu'un médecin dans certaines situations, ce qui confirme la pertinence qu'ils voient dans la collaboration interprofessionnelle pour améliorer l'accès aux soins.

ACTIONS CONCRÈTES POUR AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS



QB9. Si vous aviez à proposer une action concrète pour améliorer l'accès aux soins de santé au Québec, quelle serait-elle?

Base : tous, excluant la non-réponse



Instaurer un dossier médical électronique unique	5 %
Faire une meilleure priorisation des soins (à l'urgence, changer CRDS, etc.)	4 %
Diminuer la charge administrative des médecins (bureaucratie, formulaires, etc.)	4 %
Augmenter le nombre de médecins (engager plus, etc.)	4 %
Faciliter l'accès aux autres professionnels de la santé (physio, ergo)	3 %
Faciliter l'accès aux médecins généralistes (de famille, etc.)	3 %
Réduire la charge de soins des médecins généralistes (psychologie, etc.)	3 %
Informatiser davantage le réseau de la santé (mettre en place système, etc.)	3 %
Instaurer des équipes multiprofessionnelles pour la gestion de patients	3 %
Faciliter l'admission dans les programmes de médecine (plus d'étudiants, etc.)	3 %
Mieux éduquer et informer les patients (sur les moyens de consulter, etc.)	2 %
Faciliter l'accès aux professionnels psychosocial (psychologue, etc.)	2 %
Augmenter le nombre d'infirmières praticiennes	2 %
Autre	35 %
Ne sait pas, ne répond pas	24 %

Quatre axes à étudier

Le sondage se terminait par une question complètement ouverte où les médecins étaient invités à proposer des actions concrètes pour améliorer l'accès aux soins de santé au Québec (les actions proposées par la population se trouvent à la page suivante).

Parmi la grande diversité d'actions proposées, les médecins identifient quatre axes potentiels pour améliorer l'accès aux soins: plus d'informatisation (dossier médical électronique unique), meilleure organisation, collaboration interprofessionnelle accrue et ajout de personnel.

À court terme, on peut penser qu'une meilleure organisation et une plus grande collaboration interprofessionnelle sont plus à la portée du réseau que l'informatisation et l'ajout de ressources.

Amélioration concernant :

- Faciliter l'accès aux soins/aux médecins/professionnels
- Augmentation du nombre de médecins/infirmières
- Informatiser le réseau de la santé
- Meilleure organisation/information/moins de bureaucratie

ACTIONS CONCRÈTES POUR AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS



QD8R. Si vous aviez à proposer une action concrète pour améliorer l'accès aux soins de santé au Québec, quelle serait-elle?

Base : tous



Faciliter l'accès aux médecins généralistes (de famille, etc.)	6 %
Élargir le champ d'exercice des autres professionnels de la santé (physio, ergo)	4 %
Augmenter le nombre de médecins (engager plus, etc.)	3 %
Faciliter l'accès aux soins privés	3 %
Augmenter le personnel de la santé (en général)	3 %
Faire une meilleure priorisation des soins (à l'urgence, etc.)	2 %
Décentraliser la gestion du réseau	2 %
Faciliter l'admission dans les programmes de médecine (plus d'étudiants, etc.)	2 %
Offrir de meilleures conditions de travail au personnel de la santé	2 %
Améliorer l'accès aux cliniques sans rendez-vous	2 %
Autre	35 %
Ne sait pas, ne répond pas	24 %

Un problème d'organisation

Les Québécois comptent sur une meilleure organisation du réseau et un meilleur accès aux médecins de famille pour améliorer l'accès aux soins. En général, les propositions des Québécois rejoignent celles des médecins.

Amélioration concernant :

- Faciliter l'accès aux soins/aux médecins/professionnels
- Augmentation du nombre de médecins/infirmières
- Meilleure organisation

Chapitre 4



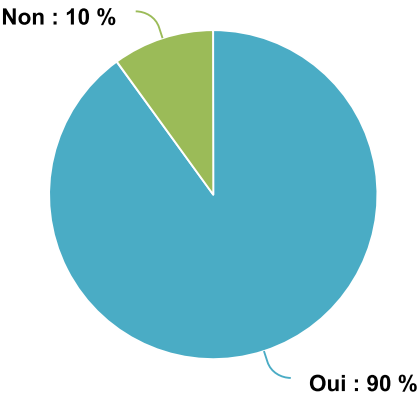
PROFIL DES MÉDECINS

PROFIL DES MÉDECINS



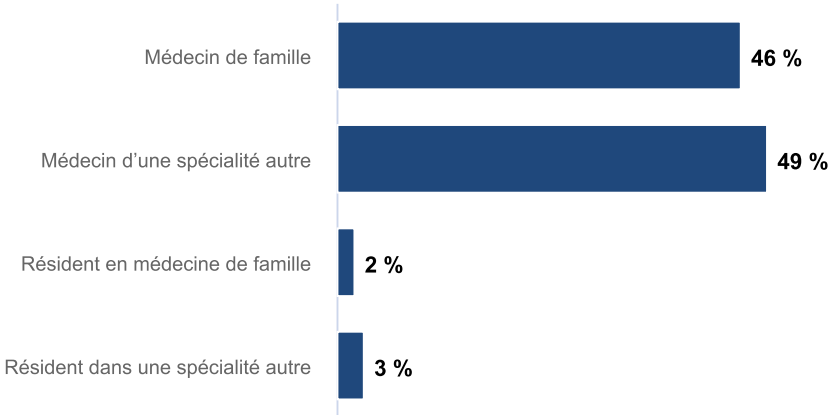
QC1. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pratiqué la médecine au Québec?

Base : tous, n : 2 675



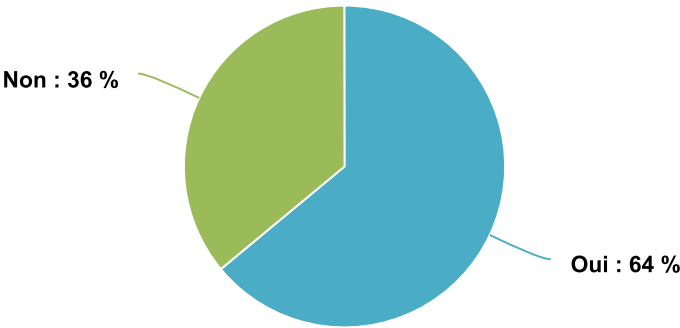
QC2. Êtes-vous...?

Base : tous, n : 2 675



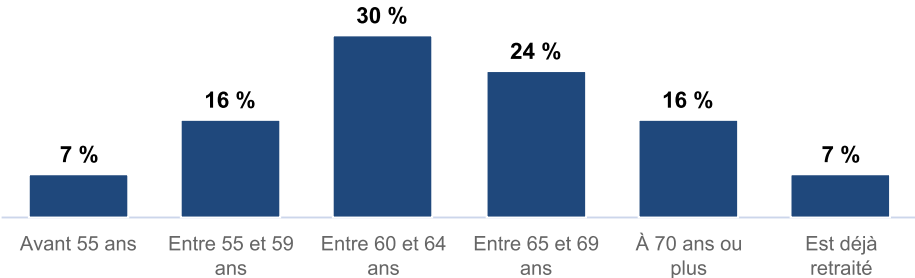
QC3. Faites-vous partie d'un groupe de médecine familiale ou GMF?

Base : médecins de famille, n : 1 458



QC7. À quel âge prévoyez-vous prendre votre retraite?

Base : tous, n : 2 675

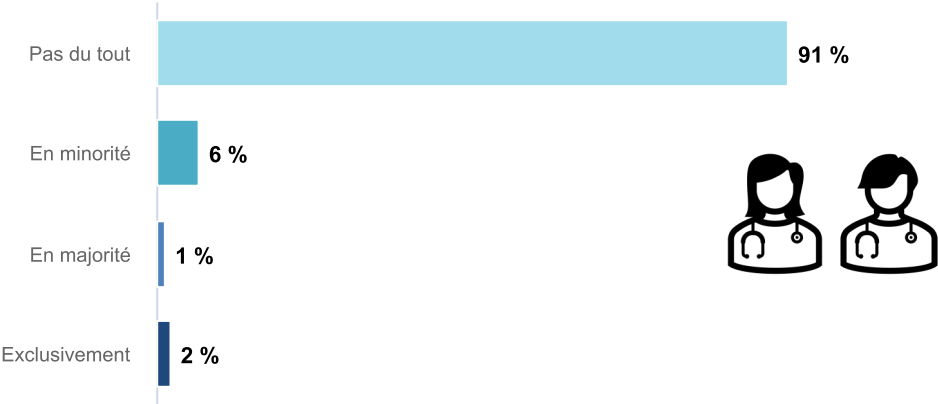


TYPES DE PRATIQUE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS



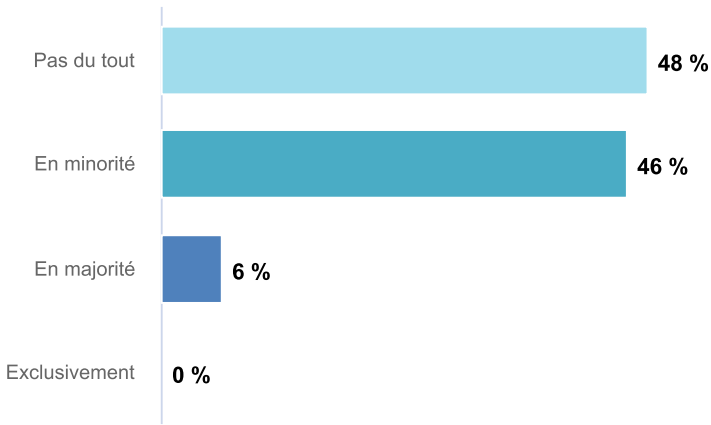
QC4. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pratiqué la médecine dans le secteur privé au Québec?

Base : médecins qui ont pratiqué au cours des 12 derniers mois, n : 2 419



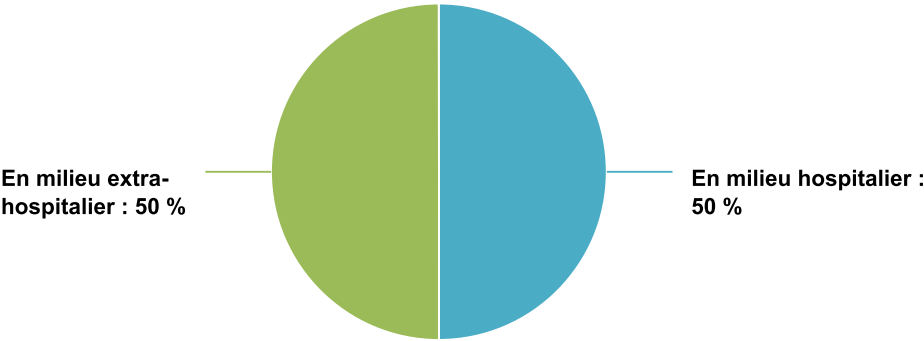
QC5. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pratiqué la télémedecine par visioconférence au Québec?

Base : médecins qui ont pratiqué au cours des 12 derniers mois, n : 2 419



QC6. Au cours des 12 derniers mois, est-ce que votre pratique était principalement?

Base : médecins qui ont pratiqués au cours des 12 derniers mois, n : 2 419



Chapitre 5

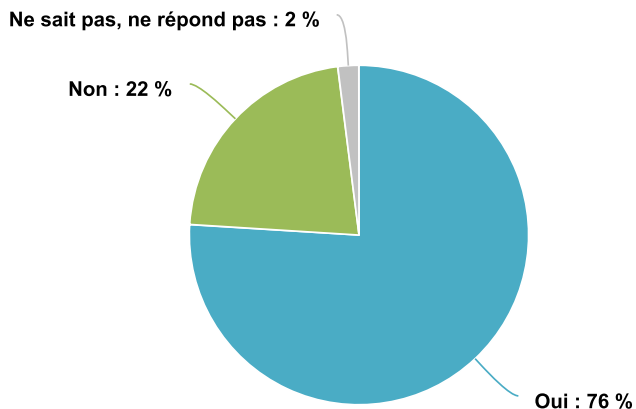


PROFIL DES RÉPONDANTS (POPULATION)

ACCÈS À UN MÉDECIN DE FAMILLE (OU À D'AUTRES SUIVIS)

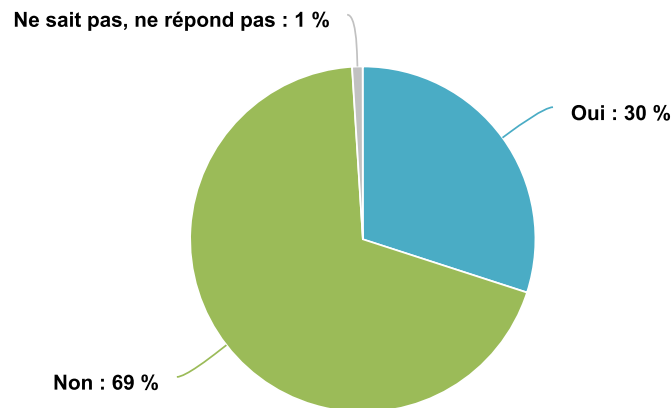
QE1. Avez-vous un médecin de famille?

Base : tous, n : 1 125



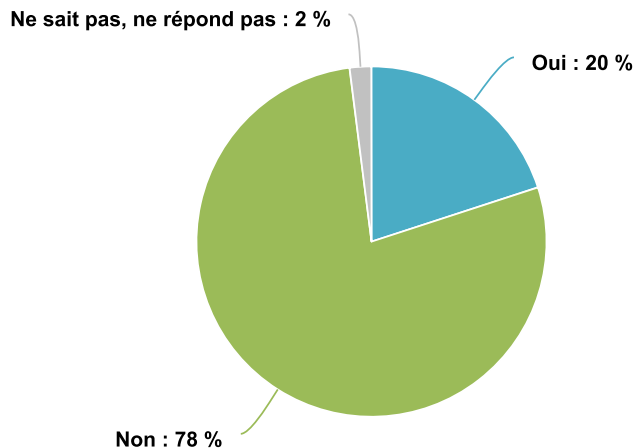
QE2. Êtes-vous suivi(e) régulièrement par un médecin autre qu'un médecin de famille?

Base : tous, n : 1 125



QE3. Êtes-vous suivi(e) régulièrement par un professionnel de la santé qui n'est pas médecin? (ex. : infirmier[ère], psychologue, pharmacien[ne], physiothérapeute, travailleur[euse] social[e], etc.)

Base : tous, n : 1 125



Trois quarts des Québécois sont suivis par un médecin de famille

Alors que les trois quarts des Québécois ont accès à un médecin de famille, 81 % sont suivis par un médecin (peu importe le type) et 83 % par un professionnel de la santé.

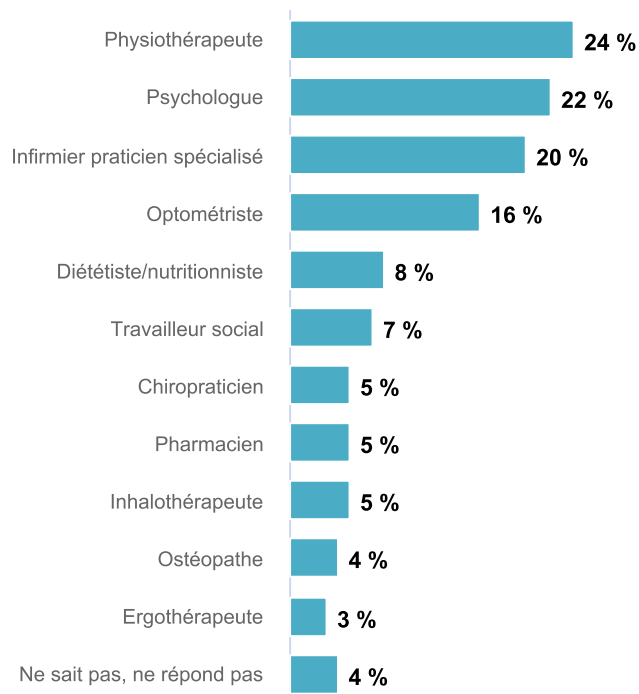
Le taux de 83 % est inférieur au taux d'accès au Canada révélé par l'Enquête internationale de 2020 du Fonds du Commonwealth (90 %). Dans cette enquête, on demandait aux répondants s'ils avaient un médecin ou un lieu de soins attitré.



QE1. Par quel type de professionnel de la santé êtes-vous suivi(e)?

***Plusieurs réponses possibles ***

Base : répondants suivis par un autre type de professionnel de la santé, n : 229



Conclusions



CONCLUSIONS



Des problèmes clairs et des solutions à la portée du réseau

Cette étude a clairement démontré, par la voix des médecins et de la population, que les problèmes d'accès au réseau de la santé au Québec sont criants. Toutefois, une fois qu'ils accèdent au réseau, les Québécois se montrent plutôt satisfaits des services reçus.

En matière d'actions pour améliorer l'accès aux soins dans des délais raisonnables, les médecins et la population partagent à peu de choses près la même vision. Si l'on met de côté les mesures les moins réalistes à court terme (ex. ajout massif de médecins et autres professionnels de la santé au sein du réseau, informatisation complète des dossiers des patients, etc.), plusieurs actions semblent à la portée du réseau, moyennant une collaboration soutenue de tous les acteurs impliqués.

Nous en retenons cinq ici, mais le rapport en contient plusieurs autres, de même que les documents annexes fournis au Collège. La mise sur pied de comités d'action en charge de coordonner la réalisation graduelle de ces actions pourrait certes être bénéfiques pour la population québécoise, tout en soulageant par le fait même les différents professionnels de la santé d'un certain stress et de lourdeurs administratives.

1. Un meilleur accès aux informations en matière de prévention et de saines habitudes de vie au sein du réseau public
2. Un meilleur partage d'information sur les patients entre les professionnels de la santé
3. Une meilleure priorisation des patients dans les différents guichets d'accès
4. Des mesures pour inciter les médecins à prolonger leur pratique
5. Une intensification de la télémédecine et des services de prise de rendez-vous en ligne (gratuits idéalement)



Annexe 1

MÉTHODOLOGIE DÉTAILLÉE – VOLET MÉDECINS

Cette annexe présente tous les renseignements pertinents concernant le déroulement de l'étude. Elle contient la méthodologie détaillée et les résultats administratifs du sondage, de façon à bien préciser les limites de l'étude et la portée des résultats et, le cas échéant, à reproduire l'étude selon le même protocole de recherche.

PLAN DE SONDAGE	Population cible Les médecins membres du Collège des médecins du Québec constituent la population cible de cet étude.
	Base de sondage Liste des membres du Collège des médecins.
	Plan d'échantillonnage L'objectif était de recueillir le maximum de répondants. Le sondage compte 2 675 répondants.
QUESTIONNAIRE	Le questionnaire a été conçu par SOM et révisé par le client, puis révisé et programmé par SOM. Le questionnaire était disponible en français seulement. On peut en consulter la version finale à l'annexe 3 (sous pli séparé).
COLLECTE	Période de collecte Du 25 mars au 4 avril 2022.
	Mode de collecte Sondage en ligne autoadministré. Invitations par courriel gérées par le client. Collecte web sur les serveurs de SOM.

PONDÉRATION ET TRAITEMENT

Les résultats ont été pondérés sur la base des médecins membres du Collège des médecins en tenant compte des variables énumérées ci-dessous :

- La distribution conjointe d'âge et de sexe (moins de 35 ans, 35-44 ans, 45-54 ans, 55-64 ans, 65 ans ou plus);
- Le statut (pratique, ne pratique pas);
- La spécialité (médecin de famille, autre spécialité)

Données de population utilisées : fournies par le Collège des médecins.

Une pondération multivariée à 10 itérations par la méthode itérative du quotient a été réalisée pour assurer une représentation fidèle à toutes ces distributions.

Les données ont été traitées à l'aide du progiciel spécialisé MACTAB. Les résultats pour chacune des questions sont présentés en fonction d'une bannière qui inclut toutes les variables pertinentes à l'analyse des résultats.

MARGE D'ERREUR

Les marges d'erreur présentées à la page suivante sont calculées au niveau de confiance de 95 % et tiennent compte de l'effet de plan.

L'effet de plan apparaît lorsque les questionnaires remplis ne sont pas répartis proportionnellement à la population d'origine selon les variables de segmentation ou de pondération. L'effet de plan est le ratio entre la taille de l'échantillon et la taille d'un échantillon aléatoire simple de même marge d'erreur. C'est une statistique utile à l'estimation des marges d'erreur pour des sous-groupes de répondants. Par exemple, au tableau de la page suivante, la marge d'erreur est la même que pour un échantillon aléatoire simple de taille 2 675 ($2\,548 \div 1,050$).

Le tableau de la page suivante affiche les marges d'erreur de l'étude (en tenant compte de l'effet de plan) selon la valeur de la proportion estimée.

MARGE D'ERREUR SELON LA PROPORTION ESTIMÉE

Ensemble	
NOMBRE D'ENTREVUES	2675
EFFET DE PLAN	1,050
PROPORTION :	
99 % ou 1 %	0,4 %
95 % ou 5 %	0,8 %
90 % ou 10 %	1,2 %
80 % ou 20 %	1,6 %
70 % ou 30 %	1,8 %
60 % ou 40 %	1,9 %
50 % (MARGE MAXIMALE)	1,9 %



Annexe 2

MÉTHODOLOGIE DÉTAILLÉE – VOLET POPULATION

Cette annexe présente tous les renseignements pertinents concernant le déroulement de l'étude. Elle contient la méthodologie détaillée et les résultats administratifs du sondage, de façon à bien préciser les limites de l'étude et la portée des résultats et, le cas échéant, à reproduire l'étude selon le même protocole de recherche.

PLAN DE SONDAGE

Population cible

Adultes québécois âgés de 18 ans ou plus.

Bases de sondage

- Le panel Or web de SOM. Il s'agit d'un panel probabiliste constitué d'internautes recrutés aléatoirement dans le cadre de nos sondages téléphoniques auprès de la population adulte en général.
- Un panel externe non probabiliste.

Plan d'échantillonnage

Un échantillon de membres du panel Or a été tiré à l'aide d'un algorithme visant la meilleure représentativité possible en fonction de la région, de l'âge, du sexe, de la langue maternelle, de la scolarité, du statut de propriétaire ou de locataire et de la taille du ménage.

Au total, 1 125 questionnaires ont été remplis dont 890 à partir du Panel Or; ils sont répartis de la façon suivante :

- RMR de Québec : 161 répondants;
- RMR de Montréal : 550 répondants;
- Ailleurs au Québec : 414 répondants.

QUESTIONNAIRE

Le questionnaire a été conçu par SOM puis révisé par le client, puis traduit et programmé par SOM. Le questionnaire était disponible en français et en anglais. La version finale du questionnaire est présentée à l'annexe 3 (sous pli séparé).

COLLECTE

Période de collecte

Du 7 au 12 avril 2022.

Mode de collecte

Sondage en ligne autoadministré.

Invitations par courriel gérées par SOM pour le panel Or et par le fournisseur externe pour le panel externe.

Collecte web sur les serveurs de SOM.

Résultats administratifs

Les résultats détaillés sont présentés aux pages suivantes. Le taux de réponse pour les répondants du panel Or est de 27,9 %.

RÉSULTATS ADMINISTRATIFS DÉTAILLÉS
Panel Or

CALCUL DU TAUX DE RÉPONSE			
RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE WEB		Courriel indiquant refus de répondre	0
Taille de l'échantillon	3 487	Désabonnement	1
Nombre d'entrevues visées	869	Entrevue rejetée à la suite du contrôle qualité	1
INVITATIONS ENVOYÉES		UNITÉ JOINTE TOTALE (C)	1 618
Invitations envoyées (A)	3 191	UNITÉ NON JOINTE	
Adresse de courriel sur la liste noire	10	Serveur de courriel distant ne répond pas ou en problème	0
Échec lors de l'envoi du courriel	0	Quota de l'utilisateur dépassé	0
UNITÉ JOINTE RÉPONDANTE		Détection par antipourriels	0
Questionnaires complétés	890	Autres messages de retour non reconnus	1
Hors de la population visée	0	Unité non jointe totale (D)	1
Accès lorsqu'un quota est atteint	0	UNITÉ INEXISTANTE	
Unité jointe répondante totale (B)	890	Courriel invalide (usager@)	3
UNITÉ JOINTE TARDIVE		Courriel invalide (@domaine)	0
Accès lorsque collecte de la strate terminée	569	Duplicata	0
Accès lorsque collecte terminée	10	Unité inexistante totale (E)	3
UNITÉ JOINTE NON RÉPONDANTE		TAUX D'ACCÈS (C/(A-E))	50,8 %
Abandon durant le questionnaire	147	TAUX DE RÉPONSE PARMI UNITÉ JOINTE (B/C)	55,0 %
Courriel automatique (absence du répondant)	0	TAUX DE RÉPONSE (B/(A-E))	27,9 %

RÉSULTATS ADMINISTRATIFS DÉTAILLÉS
Panel externe

CALCUL DU TAUX DE RÉPONSE			
RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE WEB		Courriel indiquant refus de répondre	0
Taille de l'échantillon	6 000	Désabonnement	0
Nombre d'entrevues visées	231	Entrevue rejetée à la suite du contrôle qualité	0
INVITATIONS ENVOYÉES		UNITÉ JOINTE TOTALE (C)	1 009
Invitations envoyées (A)	6 000	UNITÉ NON JOINTE	
Adresse de courriel sur la liste noire	0	Serveur de courriel distant ne répond pas ou en problème	0
Échec lors de l'envoi du courriel	0	Quota de l'utilisateur dépassé	0
UNITÉ JOINTE RÉPONDANTE		Détection par antipourriels	0
Questionnaires complétés	235	Autres messages de retour non reconnus	0
Hors de la population visée	477	Unité non jointe totale (D)	0
Accès lorsqu'un quota est atteint	242	UNITÉ INEXISTANTE	
Unité jointe répondante totale (B)	954	Courriel invalide (usager@)	0
UNITÉ JOINTE TARDIVE		Courriel invalide (@domaine)	0
Accès lorsque collecte de la strate terminée	0	Duplicata	0
Accès lorsque collecte terminée	2	Unité inexistante totale (E)	0
UNITÉ JOINTE NON RÉPONDANTE		TAUX D'ACCÈS (C/(A-E))	16,8 %
Abandon durant le questionnaire	53	TAUX DE RÉPONSE PARMI UNITÉ JOINTE (B/C)	94,5 %
Courriel automatique (absence du répondant)	0	TAUX DE RÉPONSE (B/(A-E))	15,9 %

PONDÉRATION ET TRAITEMENT

La pondération a été effectuée sur la base des adultes, en tenant compte des variables énumérées ci-dessous, pour chacune des trois grandes régions du Québec (RMR de Montréal, RMR de Québec et ailleurs au Québec) :

- La distribution conjointe d'âge (18-24 ans, 25-34 ans, 35-44 ans, 45-54 ans, 55-64 ans, 65 ans ou plus) et de sexe;
- La langue maternelle (français seulement, autre);
- La proportion d'adultes vivant seuls;
- Le plus haut diplôme ou certificat détenu (aucun/secondaire/DEP, collégial, universitaire).

Données de population utilisées : recensement de 2016.

Une pondération multivariée à 10 itérations par la méthode itérative du quotient est réalisée pour assurer une représentation fidèle à toutes ces distributions.

Les données ont été traitées à l'aide du progiciel spécialisé MACTAB. Les résultats pour chacune des questions sont présentés en fonction d'une bannière qui inclut les variables pertinentes à l'analyse des résultats.

MARGES D'ERREUR

À noter qu'une partie de l'échantillon est non probabiliste (utilisation d'un panel externe non probabiliste). Ainsi, les marges d'erreur sont présentées à titre indicatif seulement.

Les marges d'erreur présentées à la page suivante sont calculées au niveau de confiance de 95 % et tiennent compte de l'effet de plan.

L'effet de plan apparaît lorsque les questionnaires remplis ne sont pas répartis proportionnellement à la population d'origine selon les variables de segmentation ou de pondération. L'effet de plan est le ratio entre la taille de l'échantillon et la taille d'un échantillon aléatoire simple de même marge d'erreur. C'est une statistique utile à l'estimation des marges d'erreur pour des sous-groupes de répondants. Par exemple, au tableau de la page suivante, la marge d'erreur est la même que pour un échantillon aléatoire simple de taille 825 ($1\,125 \div 1,363$).

Le tableau de la page suivante affiche les marges d'erreur de l'étude (en tenant compte de l'effet de plan) selon la valeur de la proportion estimée.

MARGE D'ERREUR SELON LA PROPORTION ESTIMÉE

	Région			
	Ensemble	RMR Québec	RMR Montréal	Ailleurs au Québec
NOMBRE D'ENTREVUES	1125	161	550	414
EFFET DE PLAN	1,363	1,520	1,347	1,306
PROPORTION :				
99 % ou 1 %	0,7 %	1,9 %	1,0 %	1,1 %
95 % ou 5 %	1,5 %	4,2 %	2,1 %	2,4 %
90 % ou 10 %	2,0 %	5,7 %	2,9 %	3,3 %
80 % ou 20 %	2,7 %	7,6 %	3,9 %	4,4 %
70 % ou 30 %	3,1 %	8,7 %	4,4 %	5,0 %
60 % ou 40 %	3,3 %	9,3 %	4,8 %	5,4 %
50 % (MARGE MAXIMALE)	3,4 %	9,5 %	4,8 %	5,5 %

ANNEXE 4 – ÉNONCÉ DE PRINCIPES SUR LA COLLABORATION INTRAPROFESSIONNELLE

Énoncé de principes sur la
collaboration intraprofessionnelle

« ENSEMBLE, PROTÉGEONS LE PUBLIC EN OFFRANT UNE MÉDECINE DE QUALITÉ »

Présentation au Conseil
d'administration du 22 octobre 2021



COLLÈGE
DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

Préambule

La mission du Collège des médecins du Québec (Collège) est de protéger le public en offrant une médecine de qualité. Afin d'accomplir cette mission, le Collège est porté par la vision suivante :

Avec ses membres, le Collège prend des décisions et pose des actions pour se rapprocher du public et lui assurer des soins de santé de qualité.

Cette vision prend ancrage sur différents piliers, notamment :

- Un Collège qui fait la promotion d'une médecine de qualité grâce à des membres engagés ;
- Un Collège moderne, innovant et bien ancré dans la réalité de la pratique.

Au cœur des valeurs du Collège se retrouvent l'engagement, le respect et la collaboration.

Par cet énoncé, le Collège souhaite, avec ses membres, assurer des soins de santé de qualité au public en mettant de l'avant et en encourageant la collaboration intraprofessionnelle.

Cette collaboration est essentielle dans une perspective de rehaussement de la qualité et de la sécurité des soins. L'évolution du système de santé et des modèles de soins rend d'autant plus incontournable l'optimisation d'une pratique collaborative coordonnée et intégrée, en partenariat avec la patiente ou le patient.

La collaboration intraprofessionnelle, au bénéfice de la personne recevant les soins et de ses proches

Les impacts positifs d'une collaboration **inter**professionnelle de qualité sont bien reconnus et ont été mis de l'avant de diverses manières par le Collège.

Les impacts de la collaboration **intra**professionnelle sont également bien documentés et méritent que l'on s'y attarde.

Une collaboration intraprofessionnelle efficace contribue :

- à assurer la qualité et la sécurité des soins ;
- à améliorer l'accès aux soins et services de santé pour la population ;
- à faciliter la coordination et la continuité des soins pour la patiente ou le patient.

La satisfaction d'une personne à l'égard des soins reçus, de même que celle des membres de l'équipe médicale, est également rehaussée lorsque les rôles sont bien coordonnés et que les compétences de chacune et de chacun sont pleinement utilisées.



Par contre, une collaboration intraprofessionnelle déficiente a des impacts négatifs bien tangibles, notamment les suivants :

- l'augmentation des délais dans les soins ;
- l'augmentation du risque d'erreurs et d'événements indésirables ;
- la fragmentation des soins ;
- l'augmentation des coûts.

Il existe par ailleurs différents obstacles de nature systémique au plein déploiement d'une collaboration intraprofessionnelle optimale. Plusieurs sont liés à des enjeux de communication :

- difficultés pour des médecins de contextes de soins différents de communiquer directement ensemble ;
- dossiers médicaux électroniques différents ;
- ressources technologiques inadaptées, etc.

Énoncé de principes

La collaboration intraprofessionnelle, tout comme la collaboration interprofessionnelle, s'appuie sur la compréhension et le respect du rôle et des responsabilités des uns et des autres, et la communication fluide et efficace entre les médecins, engagés à offrir à la population des soins personnalisés, continus et intégrés.

Guidé par sa mission, sa vision et ses valeurs, le Collège s'engage à :

- 1** Promouvoir le développement de modèles de formation intraprofessionnelle, tout au long du continuum de formation (pré-doctorale, postdoctorale et professionnelle continue);
- 2** Promouvoir la collaboration intraprofessionnelle entre ses membres et une meilleure connaissance du rôle et de l'expertise de chaque personne;
- 3** Se doter de normes de pratique collaborative, notamment au niveau du processus de consultation, du transfert de patients, etc.;
- 4** Valoriser et promouvoir une culture de collaboration intraprofessionnelle dans l'ensemble des mandats, travaux et activités du Collège;
- 5** Faire les représentations nécessaires auprès des instances responsables de l'organisation des soins et du développement technologique du réseau afin de développer une infrastructure soutenant une communication et une collaboration optimales, fluides et en temps opportun entre les médecins.



Afin de donner rapidement suite à ces engagements, le Collège communiquera à ses membres :

- L'importance de développer des collaborations intraprofessionnelles respectueuses et collégiales, reposant sur des principes de diligence et de disponibilité;
- Les bénéfices pour le public du rehaussement de la qualité et de la sécurité des soins;
- Les attentes quant au processus de consultation (tant des médecins demandeurs et demandeuses que des médecins consultants et consultantes);
- Les avantages sur le plan de l'accès aux soins.

ANNEXE 5 – PLAN DE COMMUNICATION

PLAN DE COMMUNICATION

CHANTIER D'ACCÈS

CONTEXTE

Le CMQ a mis sur pied un *Chantier sur l'accès à un médecin et la cessation d'exercice*, qui met en lumière le besoin de faire connaître les diverses portes d'entrée du réseau de la santé, au moyen d'outils de communication spécifiques destinés au grand public et aux médecins. Pour y parvenir, des actions ciblées sur plusieurs plateformes sont envisagées et mettront à contribution les différents partenaires du chantier.

OBJECTIFS

La démarche vise à élaborer des outils présentant les portes d'entrée du réseau, en tenant compte de l'accroissement du nombre de patients orphelins et de l'augmentation des départs à la retraite chez les médecins de famille. Elle devra cibler simultanément plusieurs clientèles sans appartenance à un GMF.

ENJEUX

La diffusion de ces outils aura lieu alors que le gouvernement caquiste entend proposer une *refondation* du réseau de la santé à très court terme et en obtenir le mandat s'il remporte la campagne électorale de l'automne prochain. Cela pourrait engendrer de la confusion entre les services actuels et de nouvelles structures à mettre en place pour faciliter l'accès aux soins.

STRATÉGIES

L'élaboration d'actions de communication doit reposer sur un portrait contemporain et relativement factuel des difficultés d'accès. C'est pourquoi un sondage à grande échelle sera mené auprès de la population et des médecins de famille notamment. Au cours des prochaines semaines, la firme SOM sondera les quelque 29 000 médecins, résidentes et résidents du Québec à ce sujet. Les résultats guideront l'élaboration de tactiques et préciseront des cibles.

Par la suite, des outils seront mis en place pour véhiculer l'information et assurer un dialogue avec la population.

OUTILS

Un ensemble de tactiques et de moyens peuvent être déployés afin d'informer la population des ressources disponibles de manière à modifier certains réflexes et perceptions lorsque vient le moment de consulter en première ligne.

- Dans un premier temps, une vidéo d'animation pourrait sensibiliser le public aux différents aspects d'un rendez-vous médical en cabinet, en clinique externe ou par téléconsultation.
- Également, il y aurait lieu d'informer la population du rôle des différents professionnels de la santé afin que leur apport à la première ligne soit mieux compris et que se développe le réflexe de consulter la bonne ressource, au bon moment.
- Pour promouvoir les alternatives d'accès à la première ligne, de courtes vidéos d'animation pourraient exposer les différents parcours s'offrant au public, selon les circonstances et les lieux.
- Ces vidéos seraient propulsées sur les médias sociaux et hébergées dans un site Web dont l'adresse serait diffusée dans les médias électroniques.
- Une foire aux questions (FAQ), accessible à cette adresse Web, fournirait plus de précisions sur ces parcours alternatifs.
- Un webinaire à grande portée offrirait un échange dynamique de questions et de réponses avec la population sur la manière d'accéder aux soins de première ligne.
- Un autre webinaire informerait cette fois les médecins des alternatives qui s'offrent aux patients.
- Des patients partenaires pourraient témoigner de l'accessibilité accrue à la première ligne.
- Des dépliants informeraient certaines clientèles moins à l'aise avec le Web et les médias sociaux.
- Des organismes communautaires pourraient offrir information et soutien à ces clientèles, ainsi qu'aux nouveaux arrivants.
- Le MSSS pourrait clavarder avec les citoyens au sujet des portes d'accès ou répondre à leurs questions via la ligne 8-1-1.

DÉPLOIEMENT

La réalisation de ce plan de communication suppose une actualisation des informations disponibles et leur mise en commun. Il ne saurait y avoir de porte-à-faux dans le cadre de pareille démarche.

Il faut par ailleurs s'assurer d'une synchronicité avec le plan de *refondation* que le ministre de la Santé doit dévoiler dans les prochaines semaines et qui comportera différentes mesures d'accès.

Un comité de pilotage devrait être mis en place pour :

- Réaliser l'analyse des besoins réels sur la base du sondage SOM;
- Valider les informations disponibles sur les parcours alternatifs;
- Élaborer les outils de communication;
- Établir un échéancier;
- Planifier les ressources et les budgets;
- Coordonner leur mise en place;
- Mener une rétroaction sur leur efficacité;
- Apporter les correctifs nécessaires.

FACTEURS DE RÉUSSITE

La cohérence et la cohésion dans l'élaboration de cette campagne et dans son exécution sont garantes de son efficacité. Ce n'est pas la première fois que la population entend parler de réforme en santé pour une meilleure accessibilité aux soins. Personne ne remet en cause la qualité des soins offerts, mais les démarches pour accéder à la première ligne s'apparentent parfois à un parcours du combattant.

Par ailleurs, le discours gouvernemental peut varier en quelques mois à peine. Ainsi, alors qu'on parlait auparavant « d'un médecin pour chaque Québécois », voici que l'on parle maintenant d'un professionnel de la santé pour chacun, ou encore d'une première ligne interprofessionnelle.

Pour le commun des mortels, la porte d'entrée principale du réseau demeure le médecin de famille, ou à défaut d'en avoir un, la clinique sans rendez-vous, selon la plage horaire disponible. En l'absence de ces options, la route la plus courte sera celle vers l'urgence.

Il y a fort à faire pour que soient connues les diverses portes d'entrée du réseau de la santé et amener des changements d'habitudes qui profiteront à la société tout entière.

BIBLIOGRAPHIE

ACCÉSSS (2021). *Plan d'accessibilité CIUSSS / CISSS – Proposition d'ACCÉSSS au MSSS*, mars, 10 p.

BODENHEIMER, T., et collab. (2014). « The 10 Building Blocks of High-Performing Primary Care », *The Annals of Family Medicine*, vol. 12, n° 2, p. 166-171.
<https://doi.org/10.1370/afm.1616>

BOISVERT, I., et P. L. BUSH. (2019). *Mécanismes d'accès aux services de proximité – État des connaissances*, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), Qc, 55 p.
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Mecanisme-acces-services-proximite.pdf

BORDE, V. (2021). « Médecin ou infirmière ? Qui devrait faire quoi ? », *L'actualité*, 9 novembre. <https://lactualite.com/sante-et-science/medecin-ou-infirmiere-qui-devrait-faire-quoi/>

BORGÈS DA SILVA, R., et collab. (2021). *Une meilleure répartition des activités entre les travailleurs de la santé : État de la situation, contraintes et facilitants*, CIRANO, (rapport de projet; 2021RP-22). <https://cirano.qc.ca/files/publications/2021RP-22.pdf>

BRETON, M., et collab. (2022). *Pistes de solutions pour améliorer l'accessibilité aux services de première ligne – Mémoire sur le projet de loi n° 11*, Chaire de recherche du Canada, Gouvernance clinique des services de première ligne, 28 p.
DOI:10.13140/RG.2.2.27426.09925

CHAMPAGNE, F., et collab. (2018, septembre). « L'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux au Québec – Portrait de la situation », École de santé publique (ESPUM) et Institut de recherche en santé publique (IRSPUM) - Université de Montréal, 48 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA (2019). *Une nouvelle vision pour le Canada : Pratique de médecine familiale — Le Centre de médecine de famille*, Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada, 41 p.

DIRAT, G. (2021). « Accessibilité en première ligne – les solutions des cliniciens [Dossier] », *Profession Santé*, décembre.

DIRAT, G. (2022). « Accessibilité : Il faut aider les médecins à s'organiser », *Profession Santé*, 15 février.

GAGNON, K. (2022). « "Refondation" du système de santé - Les solutions de Michel Clair », *La Presse*, 20 mars. <https://www.lapresse.ca/contexte/2022-03-20/refondation-du-systeme-de-sante/les-solutions-de-michel-clair.php>

LE PROTECTEUR DU CITOYEN (2018). *Rapport - Améliorer le processus d'inscription auprès d'un médecin de famille*, avril, 16 p.
https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_d_intervention/ameliorer-processus-inscription-medecin-famille.pdf

MÉTHOT, D. (2021). « Médecins: 5800 départs à la retraite d'ici 2031 », *Profession Santé*, 21 septembre.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2020). *Rapport du vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2020-2021 - Mesure de l'accès aux soins de santé et aux services sociaux : indicateurs*, 57 p. https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/165/vgq_ch03_sante_web.pdf

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (2015). *Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle : rehausser la qualité et la sécurité des soins*, 8 p. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/3436-enonce-collaboration-professionnelle.pdf>

PECKHAM, A., et collab. (2021). « Putting the Patient First: A Scoping Review of Patient Desires in Canada », *Healthcare Policy*, vol. 16, n° 4. p 46-69. doi:10.12927/hcpol.2021.26499. <https://www.longwoods.com/content/26499/putting-the-patient-first-a-scoping-review-of-patient-desires-in-canada>

PORTER, M. E., et T. H. LEE (2021). « Integrated Practice Units: A Playbook for Health Care Leaders », *NEJM Catalyst*, vol. 2, n° 1. DOI: 10.1056/CAT.20.0237

RICHER, J. (2021). « Exode massif en vue des médecins vers la retraite », *La Presse*, 17 octobre. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2021-10-17/exode-massif-en-vue-des-medecins-vers-la-retraite.php>

SANTÉ CANADA (2021). *Améliorer l'accès équitable aux soins virtuels au Canada : Recommandations fondées sur des principes en matière d'équité*, 29 juin, 49 p. (publication n° : H22-4/25-2021F-PDF). https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/transparency_229055456/health-agreements/bilateral-agreement-pan-canadian-virtual-care-priorities-covid-19/template-ett-report-docx-fra.pdf

SCHEPPER, B., et G. HÉBERT (2021). « Portrait des inégalités d'accès aux services de santé en Outaouais », Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), 4 novembre. <https://iris-recherche.qc.ca/publications/portrait-inegalites-acces-services-sante-outaouais/>