

**AVIS
SUR
LA RÉORGANISATION DES
SERVICES MÉDICAUX DE 1^{RE} LIGNE**

SEPTEMBRE 2001

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC

AVIS 2001-05

Le contenu de cette publication a été rédigé par le :

Conseil médical du Québec
880, chemin Sainte-Foy, R.-C.
Québec (Québec) G1S 2L2
Téléphone : (418) 646-4379
Télécopieur : (418) 646-9895
Internet : <http://www.msss.gouv.qc.ca/cmq>
Courrier électronique : cmq@msss.gouv.qc.ca

Dépôt légal - 2001
Bibliothèque nationale du Québec, 2001
ISBN : 2-550-38184-X

Gouvernement du Québec

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

Le Conseil médical du Québec a été officiellement constitué par la Loi sur le Conseil médical du Québec (L.R.Q., c. C-59), adoptée par l'Assemblée nationale le 10 décembre 1991. Au moment de l'adoption de cet avis, les membres du Conseil étaient :

Dr Juan Roberto Iglesias, président

Vice-doyen
Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke

Dr Jean-Marie Albert

Psychiatre
Centre hospitalier régional de Lanaudière

Dr Brigitte Bernard

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Dr Marc A. Bois

Cardiologue
Institut de cardiologie de Montréal

Dr André Bonin, vice-président

Pathologiste
Cité de la Santé de Laval

Monsieur Patrick Garceau

Étudiant en médecine
Université Laval

Dr Sophie Gosselin

Résidente en médecine d'urgence
Université McGill

Dr Yves Landry

Régie de l'assurance-maladie du Québec

Dr Louis Lapointe

Chirurgien général
Centre hospitalier régional du Grand-Portage

Madame Michèle Laverdure

Conseillère en gestion, services de santé
et services sociaux

Madame Estelle Lépine

Ministère de l'Éducation

Dr Joëlle Lescop

Secrétaire générale
Collège des médecins du Québec

Dr Laurent Marcoux

Omnipraticien
Centre médical St-Denis
St-Denis

Dr Jonathan L. Meakins

Chirurgien
Centre de santé de l'Université McGill

Dr Bernard Millette

Omnipraticien
Cité de la Santé de Laval

Madame Marie Pineau

Pharmacienne
Berlex Canada Inc.

Monsieur Robert Tremblay

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Madame Micheline Ulrich

Infirmière conseillère-cadre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Dr Raymonde Vaillancourt

Omnipraticienne
Clinique médicale Vimy
Sherbrooke

Le présent avis découle d'un rapport du Comité de travail sur l'organisation des services médicaux en 1^{er} ligne composé des personnes suivantes : Dr Bernard Millette (président), madame Michèle Laverdure, Dr Laurent Marcoux, Dr Raymonde Vaillancourt ainsi que madame Alice Monty de la permanence du Conseil.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 LES CARACTÉRISTIQUES DES SERVICES MÉDICAUX DE 1^{RE} LIGNE	5
1.1 Les caractéristiques liées à la nature des services	5
1.2 Les caractéristiques liées à l'organisation des services	7
1.3 La situation québécoise	10
CHAPITRE 2 LES ORIENTATIONS DU GOUVERNEMENT	13
2.1 Le groupe de médecine de famille (GMF)	14
2.2 Le travail en réseau	15
CHAPITRE 3 L'ÉVOLUTION DES SERVICES DE MÉDECINE DE FAMILLE	17
3.1 Les effectifs.....	18
3.2 Les services de médecine de famille	20
3.3 L'environnement de travail des médecins de famille	28

CHAPITRE 4	LES DÉFIS DES PROCHAINES ANNÉES	31
4.1	L'adaptation de la pratique	31
4.2	L'évolution de la main d'œuvre médicale	36
4.3	Les exigences d'une prestation de qualité	37
CHAPITRE 5	LES STRATÉGIES D'IMPLANTATION.....	39
5.1	Établir un leadership d'implantation.....	41
5.2	Clarifier la vision des GMF et la partager.....	42
5.3	Adopter un plan de mesures et d'incitatifs alignés sur les objectifs poursuivis.....	44
5.4	Prévoir des gains à court terme	62
5.5	Consolider les acquis	62
CONCLUSION	65
ANNEXES		
LISTE DES SIGLES UTILISÉS		

INTRODUCTION

Lors de la présentation du Rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux qu'il présida, monsieur Michel Clair indiquait, le 17 janvier 2001, que la priorité du Québec en matière de réorganisation des services de santé et des services sociaux touchait les services de 1^{re} ligne. Il insista sur la nécessité de faire de ces services les piliers du système de santé et des services sociaux.

Dans cette perspective, la Commission recommanda que le volet médical de ces services de 1^{re} ligne soit assuré par des groupes de médecine de famille afin de permettre à chaque citoyen d'avoir son médecin de famille et de pouvoir compter sur lui, ou sur l'un de ses collègues, au moment opportun. Chaque groupe serait formé d'une équipe de six à dix médecins omnipraticiens, pratiquant en cabinet ou en CLSC, appuyée par deux à trois infirmières et d'autres professionnels.

Le Conseil médical du Québec souscrit entièrement à cette orientation de la Commission. Depuis quelques années déjà, le Conseil propose de réorganiser les services médicaux afin d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services et de favoriser une utilisation optimale des ressources. Plus précisément, il propose de hiérarchiser les services médicaux de manière à renforcer la relation patient-médecin, à accroître la responsabilisation des médecins et de la population et à faire des médecins de 1^{re} ligne les pivots de la nouvelle organisation.

Les médecins omnipraticiens reconnaissent la nécessité de revoir l'organisation des services médicaux en 1^{re} ligne. Toutefois, à l'instar de leurs collègues des autres provinces, ils tardent à s'engager dans celle-ci. C'est pourquoi, le Conseil

estime que pour réussir l'implantation de groupes de médecine de famille, répondant aux besoins de la population, il faille revoir les conventions établies avec les médecins, incluant les incitatifs organisationnels, monétaires et symboliques.

Le Conseil jugea donc nécessaire d'examiner les diverses stratégies, propres à faciliter et à supporter l'implantation de nouveaux modes d'organisation et de pratique médicales en 1^{re} ligne.

Après une analyse attentive des différentes études des dernières années, consacrées, en tout ou en partie, aux services médicaux de 1^{re} ligne, des membres du Conseil visitèrent des projets novateurs en matière d'organisation des services médicaux en 1^{re} ligne situés au Québec et en Ontario¹.

Ces visites visaient principalement à identifier les diverses stratégies qui stimulent et valorisent les équipes et celles qui ne marchent pas. De plus, elles ont également permis d'appréhender la grande variété d'organisations de services opérant en 1^{re} ligne. Celles-ci différaient, notamment, par la clientèle prise en charge, leur localisation géographique (milieu urbain, milieu rural, etc.), leur niveau d'implantation, les pratiques médicales et le travail interdisciplinaire développés.

Cet avis rend compte des travaux du Conseil. Les premiers chapitres traitent successivement et brièvement des caractéristiques attendues des services médicaux de 1^{re} ligne, des orientations gouvernementales en matière de réorganisation des services de 1^{re} ligne et des concepts en cause. Les chapitres suivants décrivent, d'une part, l'évolution des services de médecine de famille

¹ Se référer à l'annexe 1 pour la liste des visites effectuées.

dans les dernières années, et d'autre part, les défis auxquels sera confronté le développement des groupes de médecine de famille aux cours des prochaines années.

Enfin, le Conseil formule, dans la dernière partie, les stratégies qu'il recommande pour favoriser la participation des médecins à l'implantation des groupes de médecine de famille et assurer le succès de la réorganisation des services de 1^{re} ligne.

CHAPITRE 1

LES CARACTÉRISTIQUES DES SERVICES MÉDICAUX DE 1^{RE} LIGNE

Dans les dernières années, les diverses études² des services médicaux réalisées tant au Québec et au Canada qu'en Europe, révèlent un étonnant degré de consensus, dans la profession médicale et parmi les autres acteurs du système de santé, en regard des attributs souhaités des services médicaux de 1^{re} ligne.

Au Québec, qu'on se réfère au Conseil médical, au Collège des médecins du Québec, à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, aux directeurs des départements de médecine familiale et à l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, tous s'entendent sur les principales caractéristiques que devraient présenter les services de 1^{re} ligne³.

1.1 Les caractéristiques liées à la nature des services

Certaines caractéristiques sont liées à la nature même des services. Elles distinguent nettement les services médicaux de 1^{re} ligne des services de 2^e et 3^e ligne. Ce sont :

² Se référer à l'Annexe 2 pour la liste des études.

³ Se référer à l'Annexe 3 pour un tableau synthèse des caractéristiques proposées par les organismes.

- **l'accessibilité**

Porte d'entrée du système de santé, les services médicaux de 1^{re} ligne sont disponibles pour tous au moment où le besoin se fait sentir, soit 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Ils sont, de plus, accessibles dans un délai raisonnable et également accessibles rapidement au plan géographique, voire même dans le milieu de vie naturel des gens. Ils s'adressent, sans distinction, aux différents groupes qui forment la collectivité : enfants, adolescents, adultes, aînés, groupes ethniques.

- **la globalité**

Les services médicaux de 1^{re} ligne répondent à un vaste éventail de situations et de problèmes correspondant à la majorité des besoins de la population faisant appel à des connaissances médicales générales. Ils peuvent être de nature préventive, diagnostique, curative, de réadaptation et de nature palliative.

- **la continuité**

Les services médicaux de 1^{re} ligne assurent un suivi régulier auprès des personnes. Ce suivi permet de bien cerner l'ensemble de leurs problèmes et de tenir compte de leur environnement familial et social afin de trouver la solution qui convient. Également, le suivi permet de mieux conseiller les patients ainsi que leurs familles sur l'utilisation judicieuse des ressources disponibles pour répondre à leurs besoins et de mieux les orienter, si

nécessaire, dans le système de soins. Pour cela, la fidélisation de la population est essentielle.

Le suivi régulier permet ainsi d'éviter de référer les patients en 2^e ligne pour des investigations poussées et des traitements spécialisés quand leur état de santé ne le requiert pas. Cela permet également d'assurer le suivi des patients au retour d'une référence en 2^e et 3^e lignes, ce suivi des soins se faisant conjointement ou non avec les médecins spécialistes selon les cas.

- **la qualité**

Les services médicaux de 1^{re} ligne sont similaires et de qualité égale, qu'ils soient offerts en milieu urbain ou rural, en région éloignée ou périphérique, durant les heures dites « normales » ou en dehors de celles-ci.

Par qualité, le Conseil entend, comme le Collège des médecins du Québec, « la capacité des activités professionnelles et des services de santé d'améliorer de façon continue la santé des individus et des populations, en tenant compte de leurs attentes et de l'avancement des connaissances dans le domaine de la santé⁴ ».

1.2 Les caractéristiques liées à l'organisation des services

Les autres caractéristiques attendues des services de 1^{re} ligne sont liées à l'organisation des services. Ce sont :

⁴ Collège des médecins du Québec, *Rapport du groupe de travail sur la transformation du système de santé et la qualité des services médicaux*, septembre 1998

- **la responsabilité de population**

Les services médicaux de 1^{re} ligne prennent en charge une population définie et connue afin de voir au maintien de sa santé, de dispenser les services médicaux courants dont elle a besoin et d'établir les liens avec les autres composantes du système de santé (en 1^{re}, 2^e et 3^e lignes) et de la communauté pouvant contribuer à sa santé et à son bien-être.

Une responsabilité claire envers une population connue permet de personnaliser davantage la relation médecin-patient, de mieux intégrer les soins et services et d'évaluer plus facilement si ces derniers ont donné les résultats escomptés.

- **l'orientation communautaire**

Pour être accessibles, les services médicaux de 1^{re} ligne sont disponibles dans les diverses collectivités locales, là où se trouve la population et tiennent compte de divers éléments propres aux collectivités qu'ils desservent. Les services médicaux de 1^{re} ligne sont bien ancrés dans la communauté et répondent à ses besoins.

- **le travail de groupe**

Bien que privilégiant le caractère individuel de la relation médecin/malade, les omnipraticiens sont incités à travailler en groupe, voire en réseau, pour assurer une couverture de services médicaux de 1^{re} ligne de qualité, 24 heures par jour, 7 jours par semaine et pour faciliter la continuité du suivi des épisodes de

soins. Le travail en groupe permet, entre autres, de partager l'expertise et la responsabilité entre les professionnels.

- **le travail en équipe interdisciplinaire**

Pour assurer l'ensemble des services requis par la population, les services médicaux de 1^{re} ligne incitent les médecins à travailler en étroite collaboration avec les autres professionnels de la santé et plus particulièrement avec les infirmières dans le cadre des compétences de chacun et à former équipe avec eux.

La constitution de l'équipe s'articule autour des besoins de la population à desservir. Le travail en équipe interdisciplinaire est particulièrement important pour les clientèles vulnérables, telles les personnes âgées en perte d'autonomie sévère et les personnes souffrant de maladies mentales chroniques et persistantes.

- **la coordination des services**

Pour assurer la continuité des soins, l'équipe des services médicaux de 1^{re} ligne répond non seulement aux besoins de la population desservie mais coordonne surtout les services tant ceux dispensés en 1^{re} ligne par divers professionnels, qu'entre les services de 1^{re} ligne et ceux des autres lignes de services.

Un système de transmission formelle de l'information entre les divers services de 1^{re} ligne et entre la 1^{re} et les autres lignes de services facilite la coordination

des services et la continuité des soins. Il est essentiel particulièrement pour obtenir rapidement les informations cliniques, notamment, les résultats de laboratoire et d'imagerie médicale.

1.3 La situation québécoise

En regard des caractéristiques recherchées, les services médicaux de 1^{re} ligne au Québec présentent des lacunes importantes⁵. Parmi celles-ci, on note surtout un manque d'accessibilité et de continuité qui résulte, entre autres, d'un manque d'intégration et de coordination des services.

Ainsi, au niveau de l'accessibilité, les services médicaux ne sont pas disponibles 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, obligeant la population à recourir souvent aux salles d'urgence des centres hospitaliers pour des services de base. De plus, la population a de plus en plus de difficulté à obtenir un rendez-vous rapidement chez son médecin de famille et, pour plusieurs, simplement à trouver un médecin de famille qui accepte de les prendre en charge.

Au chapitre de la continuité, la situation n'est guère plus réjouissante. Les services sont de plus en plus fragmentés et regroupés en silos (cabinets, CLSC, CHSLD, etc.) communiquant encore peu entre eux. Les liens entre les divers services de 1^{re} ligne n'existent pas toujours et la liaison entre les services de 1^{re} et des autres lignes n'est pas systématiquement présente. De plus, la population est libre de consulter plusieurs médecins pour un épisode de soins. La continuité des soins, dans ce contexte, est difficile à assurer.

⁵ Se référer à l'Annexe 4 pour la liste non exhaustive d'études québécoises sur les services médicaux en 1^{re} ligne.

Enfin, on constate que la prise en charge, par un groupe de médecins, d'une population identifiée et définie, n'est pas assez fréquente et que les apports positifs d'une approche populationnelle et du maintien de liens étroits avec la communauté ne sont pas pleinement réalisés.

CHAPITRE 2

LES ORIENTATIONS DU GOUVERNEMENT

En raison des lacunes des services médicaux de 1^{re} ligne et des recommandations de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair), le gouvernement reconnaissait, en février 2001, l'urgence de revoir l'organisation des services de santé et de faire des services de 1^{re} ligne l'assise du système de santé. Il signalait, par la même occasion, que l'objectif du gouvernement était d'améliorer l'accès aux services de santé de manière à permettre à tous les Québécois de compter en tout temps sur des services médicaux courants.

Pour le gouvernement, il était temps de garantir à l'ensemble de la population un accès permanent à un médecin de famille. Il annonçait donc son intention d'aller de l'avant avec les groupes de médecine de famille (GMF), comme modalité d'organisation des services de 1^{re} ligne, comme le proposait la Commission Clair. Le 14 juin 2001, le gouvernement désignait les treize premiers GMF.

Deux éléments caractérisent la réorganisation des services de 1^{re} ligne mise de l'avant par le gouvernement : les groupes de médecine de famille et le travail en réseau. Le Conseil considère important de préciser ce qu'il entend par ces deux concepts.

2.1 Le groupe de médecine de famille (GMF)

Principale porte d'entrée des services médicaux, le GMF est une organisation de services de santé regroupant des médecins de famille qui s'associent, principalement, à des infirmières et, au besoin, à d'autres professionnels.

Bien enraciné dans sa communauté, le GMF offre une gamme diversifiée de services courants de santé :

- de nature préventive, diagnostique, curative, palliative et de réadaptation ;
- favorisant le maintien de la santé et répondant à un vaste éventail de problèmes d'origine biologique, psychologique ou sociale,

à des citoyens qui auront choisi d'obtenir leurs services de santé, de façon préférentielle et régulière, de la part d'un médecin de famille du GMF.

Pour répondre aux besoins de sa clientèle, 24 heures sur 24, le GMF compte d'abord sur l'expertise de ses professionnels. Puis, il s'appuie sur les différents fournisseurs de soins et les ressources communautaires de son territoire avec lesquels il établit des liens privilégiés (autres GMF, Info-Santé, CLSC, CHSGS, pharmaciens, etc.). Également, pour bien cerner les besoins de la clientèle, le Département régional de médecine générale (DRMG) et la Direction régionale de la santé publique collaborent avec les médecins du GMF.

Dépositaires des dossiers médicaux, les médecins du GMF intègrent l'ensemble des informations cliniques de leur clientèle, coordonnent leurs soins. Ils orientent dans le système de soins la clientèle dont l'état le nécessite, en la référant au besoin, à des médecins spécialistes et à d'autres professionnels. De plus, pour

assurer des services de qualité, l'équipe du GMF met en place un programme de qualité auquel participent tous les professionnels du GMF.

Les médecins du GMF participent également, en collaboration avec leurs collègues des autres GMF, à la fourniture des services médicaux généraux de leur territoire, notamment en centre hospitalier (urgences, service d'hospitalisation, obstétrique, etc.) et en centre d'hébergement. En outre, pour certains d'entre eux, ils reçoivent en stage des résidents en médecine familiale et des étudiants en soins infirmiers. Enfin, toujours pour répondre aux besoins de leur clientèle, ils interviennent également auprès des instances régionales pour influencer le développement et l'organisation des services de santé.

2.2 Le travail en réseau

Le Conseil retient comme définition d'un réseau celle de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé de France⁶. Un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné. Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositions existantes. La coopération des acteurs dans un réseau est volontaire et se fonde sur la définition commune d'objectifs. L'activité d'un réseau peut comprendre non seulement la prise en charge de personnes malades ou susceptibles de l'être mais aussi des activités de prévention collective et d'éducation pour la santé.

⁶ Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, *Principes d'évaluation des réseaux de santé*, août 1999.

Les GMF d'une région peuvent être appelés à mettre sur pied un ou plusieurs réseaux en réponse aux besoins de la clientèle ou à la demande du département régional de médecine générale (DRMG).

Outre leurs liens avec le réseau d'accessibilité local ou régional, les GMF s'arrimeront, pour le suivi de certaines clientèles, à des réseaux déjà organisés par le CLSC ou le CHSGS de leur territoire, tel que :

- un réseau de services en santé mentale ;
- un réseau de services pour les personnes âgées en perte d'autonomie ;
- un réseau pour insuffisants respiratoires ;
- etc.,

ou en susciteront la création. Les médecins des GMF demeurent toujours les médecins traitants de la clientèle référée à ces réseaux.

CHAPITRE 3

L'ÉVOLUTION DES SERVICES DE MÉDECINE DE FAMILLE

Les groupes de médecine de famille ont été choisis comme mode d'organisation des services médicaux de 1^{re} ligne. Or, avant d'aborder la question des mesures à privilégier pour réussir l'implantation de ces groupes, le Conseil a convenu d'examiner l'évolution des services de médecine de famille au Québec. Cela permettra de mieux comprendre la problématique qui se pose et de faciliter le choix d'une démarche adaptée aux défis à relever.

Nous entendons par services de médecine de famille, un ensemble d'interventions médicales générales, non spécialisées, dispensées hors des centres hospitaliers en 1^{re} ligne par les médecins de famille. Ces services s'adressent à toute la population sans distinction des caractéristiques des personnes (enfants, adolescents, adultes, aînés, groupes ethniques, handicapés, etc.) ou des problèmes (aigus ou chroniques) qu'elle présente. Ces services s'appuient sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques permettant de résoudre la majorité (80 %) des préoccupations et des problèmes communs de santé de la population.

Depuis quelques années, de profonds changements chamboulent les services de médecine de famille : réorientation des services cliniques dans la communauté, fermeture d'hôpitaux, diminution de la durée du séjour hospitalier, départ massif de médecins à la retraite et féminisation des effectifs. Quel est alors le portrait actuel de ces services ?

Pour dresser le portrait des services de médecine de famille, le Conseil a retenu d'examiner les effectifs médicaux, les services de médecine de famille proprement dits et l'environnement de travail des médecins de famille. Pour les fins de ce bilan, nous identifions, en tant que médecins de famille, les médecins omnipraticiens.

3.1 Les effectifs

Au chapitre des effectifs, les statistiques annuelles de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) démontrent d'une part, que malgré le départ de plusieurs médecins de famille à la retraite, le nombre des effectifs est demeuré relativement stable, voire a légèrement augmenté et que d'autre part la féminisation se poursuit toujours avec 40,7 % des effectifs en 1999 contre 33,8 % en 1994.

De 1994 à 1999, le nombre des médecins de famille est passé de 7 019 à 7 114 pour une population passant de 7 194 899 à 7 227 269 habitants, donnant un ratio de un médecin pour 1 016 habitants en 1999 comparativement à un pour 1 025 en 1994. Par ailleurs, leur répartition varie d'une région à l'autre et si la situation s'est améliorée dans certaines, elle s'est dégradée dans d'autres.

Toutefois, des études récentes^{7,8} font ressortir que plusieurs médecins de famille sont peu disponibles actuellement pour assumer les responsabilités de prise en charge et de suivi de clientèle des services de médecine de famille. Les

⁷ M. Demers et Y. Brunelle, *Organisation de l'omnipraticien au Québec entre 1994 et 1999*, MSSS, décembre 2000.

⁸ A.-P. Contandriopoulos, M.-A. Fournier *et al.*, *Profils de pratique des médecins généralistes du Québec*, GRIS, Université de Montréal, décembre 2000.

chercheurs constatent en effet, après avoir analysé les lieux de pratique, les volumes et les types d'activités des médecins de famille, que plusieurs :

- ne dispensent pas de services cliniques ;
- exercent principalement à l'urgence des centres hospitaliers ;
- pratiquent principalement auprès de malades hospitalisés ;
- se cantonnent dans des pratiques spécialisées, tels le traitement des varices, de l'obésité, la médecine sportive, la médecine industrielle, etc. ;
- ont une pratique concentrée en clinique sans rendez-vous ;
- seraient peu actifs, particulièrement de jeunes femmes médecins et environ le cinquième des hommes âgés de 55 ans et plus.

De 40 à 50 % des effectifs présenteraient un ou l'autre de ces profils. Sur certains territoires, c'est plus de 60 % des effectifs qui ne seraient pas disponibles pour les services de médecine de famille. Il en résulte pour la population des attentes allant de 2 à 3 mois pour obtenir un rendez-vous chez un médecin de famille. Plusieurs personnes se plaignent aussi de ne pouvoir trouver de médecin de famille.

En regard de leurs lieux de pratique, on constate depuis 1994 :

- une augmentation du nombre de médecins de famille exerçant uniquement en cabinet, atteignant 21,9 % des effectifs ;
- une augmentation du nombre de médecins exerçant en CLSC, toutefois une diminution de ceux y exerçant à temps complet, passant de 27,2 % en 1994 à 20,8 % en 1999 ;
- une diminution de la pratique mixte en cabinet et à l'hôpital au profit d'une augmentation de la pratique mixte en cabinet et en CLSC ;
- une diminution de la pratique en milieu hospitalier et particulièrement à la clinique externe.

Par ailleurs, en 1999, un peu plus des trois quart des médecins de famille exerçaient toujours en cabinet. Cette pratique représente plus de la moitié de leur activité clinique.

Le Québec dispose de nombreux médecins de famille, toutefois plusieurs d'entre eux ont délaissé la pratique de la médecine de famille pour un champ de pratique plus restreint ou différent.

3.2 Les services de médecine de famille

Plus de 80 % des services de médecine de famille sont offerts en cabinet et le reste en CLSC. On entend par cabinet, un local situé hors d'un établissement, où un ou plusieurs médecins, individuellement ou en groupe, exercent à titre privé.

Les CLSC⁹ sont des établissements publics de 1^{re} ligne qui ont la mission d'offrir à la population du territoire qu'ils desservent, et uniquement à celle-ci, des services de santé et des services sociaux.

⁹ CLSC inclut centre de santé.

- **Répartition des services de médecine de famille**

Sur l'ensemble du Québec, on répertorie 1 546 cabinets où exercent 4983 médecins et 143 CLSC où exercent 1584 médecins¹⁰. Certains médecins travaillent à la fois en cabinet et en CLSC. La répartition des services varie au niveau des régions mais aussi au niveau des municipalités.

Les services de médecine de famille ne sont pas tous répartis de façon à satisfaire équitablement les besoins de la population, même dans les régions bien pourvues en effectifs.

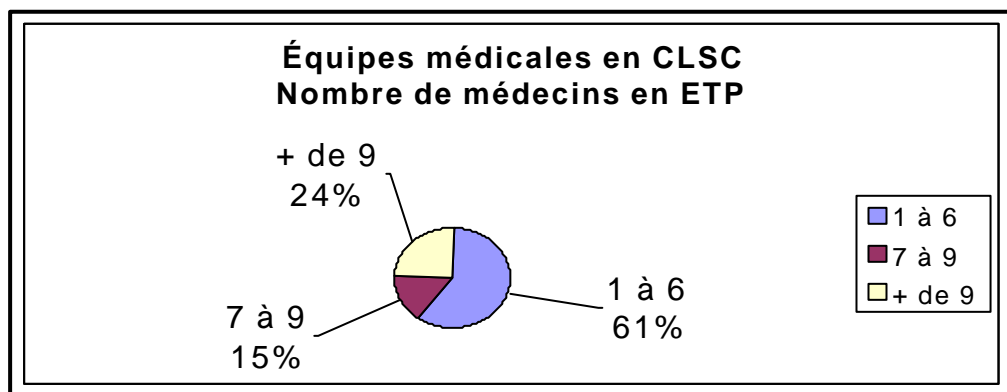
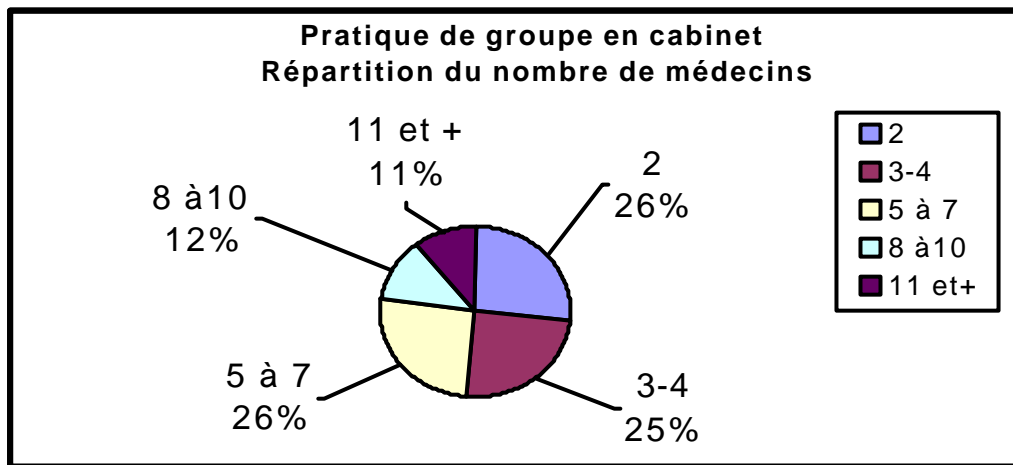
- **Types de pratique médicale**

Des 4 983 médecins de famille exerçant en cabinet, 707 ont une pratique solo (14,2 %) et 4 276 (85,8 %) exercent en groupe dans 839 cabinets. C'est la région de Montréal-Centre qui compte la plus grande proportion de pratiques solo avec 19,3 %.

Dans les cabinets de groupe, le nombre de médecins est très variable. La moyenne s'établit à 5,2 en s'échelonnant de 3,2 dans la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine à 7,4 dans les Laurentides. Plus de 25 % des groupes ne comptent cependant que deux médecins de famille. De même, 25 % en

¹⁰ M. Demers, Y. Brunelle, *Organisation de l'omnipraticque au Québec entre 1994 et 1999*, MSSS, décembre 2000.

dénombrèrent trois ou quatre et seulement 10,5 % plus de dix. Ce sont les médecins des régions éloignées et ceux ayant 25 ans de pratique et plus qui exercent généralement dans des cabinets de moins de cinq médecins. Les jeunes médecins, pour leur part, travaillent, le plus souvent, dans des groupes comptant cinq médecins et plus. Enfin, notons qu'environ 8,9 % des médecins de famille pratiquent dans plus d'un cabinet¹¹.



¹¹ M. Demers, G. Raymond et J. Thibault, *Répartition géographique et caractéristiques des cliniques médicales d'omnipraticque au Québec en 2000*, MSSS-DGPSE, Québec, mai 2001.

En 1997, 61 % des équipes médicales de CLSC comptaient entre un et six médecins équivalents temps plein (ETP), 15 % entre sept et neuf ETP et 24 % plus de neuf médecins ETP¹².

Les médecins de famille exerçant hors des grands centres auraient une pratique diversifiée dont l'intensité et l'étendue seraient assez importantes. Leur clientèle serait généralement fidèle. Par contre, la pratique des médecins des grands centres urbains serait moins diversifiée tant en matière de lieux de pratique que de clientèles suivies. La clientèle y serait également plus mobile.

Notons de plus, que la pratique en cabinet bénéficiant des services d'au moins une infirmière est encore peu répandue. Dans l'ensemble du Québec, on recense leur présence dans à peine 17 % des cabinets. Les études ne nous informent cependant pas sur leur rôle. À l'inverse, la pratique avec des infirmières est courante chez les médecins de CLSC.

De même, bien que souvent située dans une clinique, polyclinique ou centre médical, où exercent également des médecins spécialistes et divers professionnels de la santé, la pratique des médecins de famille en cabinet se caractérise par le peu de recours à une approche multidisciplinaire. Il faut dire que la législation professionnelle en vigueur et le paiement à l'acte des médecins ne favorisent pas le travail en équipe interdisciplinaire.

En CLSC, la pratique des médecins en équipe avec des professionnels de la santé autres que des infirmières est encore peu présente dans le programme

¹² M. Boucher et S. Turcotte, *Les médecins de CLSC et de Centres de santé : au cœur de la transformation du réseau, Résultats du recensement des activités médicales en CLSC*, Association des médecins de CLSC du Québec, avril 1998.

des services médicaux courants mais s'étend graduellement. Elle est, par ailleurs, courante dans le cadre des programmes spécifiques.

▪ **Services offerts**

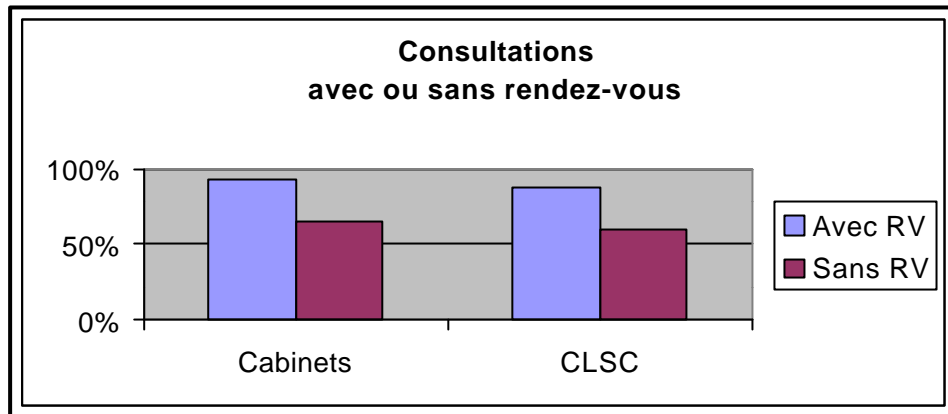
Les services de médecine de famille comprennent un ensemble d'interventions générales, non spécialisées, surtout des consultations individuelles. On note, par ailleurs :

- des consultations sur rendez-vous ;
- des consultations sans rendez-vous ;
- des visites à domicile ;
- des chirurgies mineures ;
- des suivis individuels en santé mentale ;
- des prélèvements.

On trouve des services de consultation sur rendez-vous dans 93 %¹³ des cabinets et dans 87 %¹⁴ des CLSC ainsi que dans plusieurs de leurs points de service. De plus, des services de consultation sans rendez-vous sont offerts dans 65 % des cabinets et dans 60 % des CLSC. Très peu de cabinets affichent n'offrir que des consultations sans rendez-vous.

¹³ M. Demers, G. Raymond et J. Thibault, *Répartition géographique et caractéristiques des cliniques médicales d'omnipraticque au Québec en 2000*, MSSS-DGPSE, Québec, mai 2001.

¹⁴ Association des CLSC et des CHSLD du Québec, *Du contrepoint à l'harmonie, CHSLD, CLSC et centres de santé : État de situation et questionnements*, Congrès 2001.



Par exemple, près de 70 % de la population de Montréal consulte, la plupart du temps, sur rendez-vous. De plus, en 1998, 8 % de la population qui a consulté sur rendez-vous a obtenu sa consultation en moins d'une journée, 36 % dans un délai d'une semaine, 35 % entre une semaine et un mois et 21 % dans un délai de plus d'un mois¹⁵.

Les services des CLSC se démarquent de ceux des cabinets par l'étendue des soins à domicile qu'ils fournissent. C'est plus de 140 CLSC qui assurent maintenant des suivis à domicile, leur nombre ayant passé de 80 à 143, de 1995 à 1997, en raison des séjours hospitaliers plus courts. Et 95 % des CLSC offrent également des programmes spécifiques qui s'adressent à des clientèles à risque, tels les adultes ayant des problèmes de santé mentale, les personnes âgées en perte d'autonomie et tout groupe vivant des difficultés d'adaptation ou d'intégration sociale. Les médecins des cabinets peuvent y référer leur clientèle. Ils peuvent continuer d'être les médecins traitants de leur clientèle référée.

¹⁵ R. Pineault et al., *Impact de la reconfiguration du réseau des services de santé de Montréal-Centre sur l'accessibilité*, Direction de la santé publique, RRSSSMC, avril 1999.

- **Disponibilité des services de médecine de famille**

Les cabinets et les CLSC sont généralement ouverts tous les jours de la semaine, du lundi au vendredi inclusivement. Le soir, près des deux tiers des cabinets le seraient, le samedi un peu plus de 33 % et le dimanche 21,5 %¹⁶. Pour leur part, 63,8 % des CLSC offriraient une disponibilité médicale sur rendez-vous ou sans rendez-vous le soir et 39 %, la fin de semaine (samedi et/ou dimanche). Toutefois, les données obtenues ne permettent pas de préciser la nature de la disponibilité médicale durant les fins de semaine et les jours fériés, ainsi que la durée des plages de consultation sans rendez-vous. Enfin, on pourrait obtenir des services de nuit pour des urgences dans environ 19,9 % des CLSC. Par ailleurs, la disponibilité n'est pas homogène d'une région à l'autre. Par exemple, les cabinets du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine et de la Côte-Nord sont fermés la fin de semaine.

- **Liens avec les autres composantes du système de santé**

Les services de médecine de famille sont encore peu coordonnés entre eux et avec les autres services du réseau de la santé. On observe, heureusement, l'ébauche de réseaux intégrés d'accessibilité aux soins généraux dans quelques régions. Des médecins de CLSC collaborent avec des médecins des cabinets pour offrir une accessibilité aux services durant les heures défavorables. Avec l'implantation des départements régionaux de médecine générale, ces expériences devraient toutefois se multiplier et de véritables réseaux de soins s'établir graduellement.

¹⁶ Données fournies par l'Association des médecins de CLSC du Québec, 2001.

- **Les systèmes d'information**

Malgré le développement des technologies de l'information et des communications, peu de médecins de famille, tant en cabinet qu'en CLSC, les utilisent dans leur pratique. Il faut dire que la technologie n'est pas encore très conviviale. Les médecins sont également peu reliés au réseau de télécommunications sociosanitaires. Ils reconnaissent, par ailleurs, l'utilité de ces technologies pour leur pratique notamment, les dossiers informatisés, le courrier électronique et la formation médicale continue assistée par ordinateur¹⁷.

- **La propriété des cabinets de services de médecine de famille**

Les cabinets où exercent les médecins de famille sont la propriété dans 48 % des cas de médecins¹⁸. Nous constatons, par ailleurs, dans les dernières années, une augmentation marquée de promoteurs financiers (21 %) et de professionnels non médecins (20 %) propriétaires de cliniques et de polycliniques où exercent des médecins de famille. Enfin, quelques rares groupes de médecins de famille sont locataires d'organismes à but non lucratif, telles des coopératives de services de santé relevant soit de la Loi sur les coopératives (L.R.Q., chapitre C-67.2), soit de la Partie III de la Loi sur les compagnies (L.R.Q., chapitre C-38).

¹⁷ J. Rodrigue *et al.*, « Les cabinets privés d'omnipraticiens sous la loupe », *Le Médecin du Québec*, vol. 34, n° 11, novembre 1999.

¹⁸ J. Rodrigue *et al.*, *ibid.*

Exercer dans un cabinet, qui n'est pas administré par un médecin, offre l'avantage de libérer les médecins de certaines charges administratives, car on leur fournit un bureau, du matériel, du personnel, etc. De plus, les médecins bénéficient de l'achalandage de la clinique et il n'y a pas de mise de fonds initiale¹⁹. On y retrouve ainsi certains avantages du travail en CLSC.

Les CLSC fournissent aux médecins y exerçant, le support dont ils ont besoin, qu'il soit d'ordre clérical (archives, secrétariat, etc.), administratif ou professionnel (personnel infirmier, équipements, etc.). Les médecins sont ainsi dégagés de toute obligation financière reliée à leur pratique. En contrepartie, ils acceptent de s'intégrer à une équipe médicale et souvent à diverses équipes multidisciplinaires.

3.3 L'environnement de travail des médecins de famille

Les médecins des services de médecine de famille ont toujours considéré que leur pratique offrait une qualité de vie au travail des plus intéressantes. Or, depuis quelques années, la situation se dégrade. Les médecins estiment qu'il y a beaucoup de tracasserie administrative et que les conditions minimales d'exercice sont de moins en moins présentes.

Ils se plaignent surtout du manque d'accès, dans un délai raisonnable, aux ressources diagnostiques et aux consultations spécialisées et d'un manque de support clinique et administratif. Ils passent de plus en plus de temps au téléphone à essayer d'obtenir rapidement pour leurs patients un examen, un rendez-vous

¹⁹R. Lamontagne, « La pratique médicale en cabinet privé », tiré de : *ALDO-Québec Aspects législatifs, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec*, Collège des médecins du Québec, juillet 2000.

chez un spécialiste ou une admission à l'hôpital. Ils se résignent souvent à les envoyer à l'urgence afin qu'ils obtiennent les services dont ils ont besoin. Ils se disent de plus en plus frustrés de ne pouvoir répondre adéquatement aux besoins des patients.

Ils jugent également que leur rémunération n'est pas en rapport avec leurs responsabilités et la lourdeur de leurs tâches, tant en cabinet qu'en CLSC. Les médecins qui tirent l'essentiel de leurs revenus du paiement à l'acte, estiment que leur rémunération ne prend pas en compte l'ensemble de leurs activités. Par exemple, les appels téléphoniques, les rencontres avec les familles et les discussions avec les autres professionnels de la santé nécessaires pour le suivi de la clientèle ne sont pas considérés. De plus, le fardeau des obligations financières en cabinet, frais administratifs et autres, qui varie de 25 % à 50 %, ne cesse d'augmenter.

Pour leur part, les médecins des CLSC, qui sont en majorité rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire, considèrent que leur rémunération est inférieure à celle de leurs confrères en cabinet, nonobstant le fait qu'ils n'aient pas de charges administratives et qu'ils profitent d'avantages sociaux et d'un régime de retraite. Ils soulignent qu'ils assument souvent les tâches délaissées par leurs confrères, tels les soins à domicile et la prise en charge de clientèles difficiles (alcooliques, itinérants, etc.).

Un climat de morosité, de résignation, voire une certaine démobilisation est maintenant présent et plusieurs médecins désertent cette pratique polyvalente et exigeante des services de médecine de famille pour un champ de pratique plus restreint. C'est ce qui expliquerait, entre autres, la pénurie actuelle d'effectifs en médecine de famille.

CHAPITRE 4

LES DÉFIS DES PROCHAINES ANNÉES

Après avoir décrit succinctement les services de médecine de famille, le Conseil a cherché à identifier les principaux facteurs qui influenceront, au cours des prochaines années, le développement des groupes de médecine de famille.

Le Conseil a retenu, entre autres, l'adaptation de la pratique en fonction des besoins et des attentes de la population, l'évolution de la main d'œuvre médicale et les exigences d'une prestation de qualité.

4.1 L'adaptation de la pratique

Malgré les nombreux changements observés dans les dernières années en ce qui a trait à la pratique des médecins de famille, le Conseil prévoit que celle-ci est appelée à se transformer encore considérablement. Le Conseil considère en effet que les besoins et les attentes de la population en 1^{re} ligne évolueront encore beaucoup sous la pression des changements démographiques et technologiques.

- **Changements démographiques**

On estime que d'ici vingt-cinq ans, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus passera de 13 % à 24 % et que le nombre de personnes âgées de

75 ans et plus et des 85 ans et plus augmentera de façon marquée. Le vieillissement sera particulièrement rapide vers 2011²⁰.

Or, comme le démontrent les données sur l'état de santé de la population, avec l'âge et plus particulièrement chez les personnes âgées de 65 ans et plus, les maladies dégénératives, telles que les cancers et les maladies cardiovasculaires, les maladies chroniques et les démences sont plus fréquentes. De même, avec l'âge plus de déficiences apparaissent générant des incapacités et des pertes d'autonomie fonctionnelle. En 1998, 16,6 % des personnes âgées de 65 à 74 ans et 41 % des 75 ans et plus présentaient des incapacités modérées ou graves²¹.

Le vieillissement de la population entraînera donc une croissance des demandes d'interventions médicales mais également un élargissement de la gamme des services à dispenser. Car il importe, pour les personnes âgées, non seulement de prolonger la vie et de soulager la douleur, mais aussi de favoriser une autonomie optimale et pour cela de prévenir et de réduire les incapacités.

- **Développement des technologies médicales et pharmacologiques**

Les progrès dans le domaine des technologies médicales et de la pharmacologie engendreront autant d'impact sur les habitudes et les façons de procéder des médecins que le vieillissement de la population. Ils permettront aux personnes malades de retrouver plus rapidement leurs capacités

²⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Québec, février 2001, p. 9.

²¹ Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*, Estimations du ministère de la Santé et des Services sociaux.

fonctionnelles et aux hospitalisés de quitter plus rapidement l'hôpital. En outre, il sera possible de traiter sur une base ambulatoire et à domicile des personnes souffrant de maladies chroniques graves, notamment des personnes polymédicamenteuses souffrant de multipathologies ou de pathologies mentales sévères.

Or, l'augmentation du nombre de cas chroniques et d'indications nouvelles juxtaposées à la complexité des soins ambulatoires et à domicile exigera, entre autres, que les médecins de famille revoient les liens qui les unissent aux médecins spécialistes. Ils travailleront beaucoup plus étroitement avec eux, hors des hôpitaux, pour assurer des soins de qualité : suivi conjoint, discussion de cas, etc. Ils devraient pouvoir compter sur une collaboration soutenue des spécialistes pour des consultations diverses et pour leur éducation médicale continue. Le GMF pourrait devenir un lieu de rencontre et d'échanges aussi important sinon plus que l'hôpital.

De plus, cela exigera souvent l'expertise de toute une équipe multidisciplinaire dans laquelle le médecin de famille agira un peu comme un chef d'orchestre. Il devra préserver le fragile équilibre de l'autonomie des uns et des autres. Il lui faudra savoir reconnaître les champs de compétence de chacun. Il lui faudra stimuler les liens de complémentarité et de collaboration²² dans un esprit d'appui réciproque et de collégialité.

Les infirmières exerçant dans un groupe de médecine de famille pourraient intervenir dans la prévention et la promotion de la santé et dans le suivi et la coordination des soins des clientèles aux prises avec des problèmes chroniques. Elles pourraient même assumer un rôle élargi en complément de

²² J. Léveillé, Association des médecins de langue française du Canada, Mot de président, *L'Actualité médicale*, 25 avril 2001.

celui des médecins. Par exemple, elles pourraient assumer le rôle d'intervenant initial dans les consultations sans rendez-vous, ce qui permettrait de recourir au médecin uniquement lorsque ses compétences et son expertise sont requises²³.

Notons également que les avancées pharmacologiques sont telles, dans le traitement des maladies, que le pharmacien deviendra un collaborateur important des équipes de soins et des groupes de médecine de famille.

▪ **Développement des technologies de l'information et des communications**

Les technologies de l'information et des communications connaissent également un formidable essor qui devrait se poursuivre. Professionnellement intéressantes, elles permettront, notamment aux médecins de famille, d'obtenir rapidement les résultats des divers tests de laboratoire et d'imagerie médicale de leurs patients, de mieux prescrire leurs médicaments et de communiquer en temps réel avec les divers professionnels des équipes soignantes.

De plus, si les médecins des groupes de médecine de famille disposaient d'un dossier médical informatisé centralisé de leurs patients, dans lequel s'enregistreraient toutes les informations (antécédents médicaux, médicaments prescrits, diagnostics, résultats de tests, vaccins reçus, etc.) dont ils peuvent avoir besoin, ils pourraient mieux assumer leur rôle de coordonnateurs de soins.

²³ D. Barbeau *et al.*, « Un regard critique sur les services de consultation sans rendez-vous », *Le Médecin du Québec*, vol. 36, n° 1, janvier 2001.

Par ailleurs, ces technologies permettent également aux patients d'obtenir diverses informations à propos de leur maladie et des différents traitements possibles. Ils deviennent alors plus critiques et exigeants envers les professionnels et le système de santé. Or, comme il n'y a pratiquement aucun moyen de contrôler la qualité et la véracité de l'information qui circule, particulièrement sur les sites de l'Internet, les médecins et les infirmières des GMF devront, à l'avenir, consacrer beaucoup de temps à expliquer et à partager avec les patients et leur entourage les informations dignes de confiance. C'est une occasion cependant de discuter avec les patients des choix de traitements qui s'offrent à eux et de les impliquer dans la prise de décision concernant leur santé et leur bien-être.

▪ **Plus grande responsabilisation envers la population**

Enfin, le développement des groupes de médecine de famille devrait être l'occasion pour les médecins de famille de recentrer leur pratique sur les individus qui les auront choisis. En plus de leur offrir un suivi longitudinal, ils devraient accorder une attention plus grande à la connaissance de leurs besoins et de leurs attentes. Ils noteraient, entre autres, que :

- les personnes âgées et celles atteintes de maladies dégénératives et de maladies chroniques attendent plus d'écoute, de dialogue et de prise de compte de l'ensemble de leurs besoins, qu'ils n'en reçoivent présentement ;
- plusieurs personnes, souvent les hommes, les jeunes et celles en bonne santé, privilégient l'accès rapide aux soins lors de problèmes bénins et ponctuels, comme le démontre le succès des cliniques sans rendez-

vous. Toutefois, les consultations ponctuelles sans suivi à long terme peuvent nuire à leur santé ;

- de plus en plus de personnes, particulièrement celles souffrant de maladies chroniques, recourent aux thérapies alternatives, communément appelées médecines douces, comme traitement ou en complément.

Les groupes de médecine de famille seront également appelés à porter une attention spéciale aux clientèles qui ne se présentent pas pour obtenir les services dont elles ont besoin.

4.2 L'évolution de la main d'œuvre médicale

L'évolution de la main-d'œuvre est un autre phénomène dont il ne faut pas sous-estimer l'impact dans le développement des groupes de médecine de famille. On considèrera principalement la féminisation de celle-ci et le changement de valeurs, particulièrement chez les jeunes médecins.

Selon les statistiques de la main d'œuvre, le pourcentage de femmes médecins en omnipratique ne cesse d'augmenter. Si on examine les cohortes actuelles d'étudiants en médecine, la tendance n'est pas prête de s'inverser. Or, les diverses études sur le profil de pratique des femmes médecins en médecine de famille révèlent qu'elles travaillent moins d'heures par semaine que les hommes, particulièrement en début de carrière quand elles ont de jeunes enfants.

Elles accordent également plus d'importance à leur vie personnelle et familiale. Même si les hommes médecins tendent à diminuer leurs heures de travail, il existe toujours un écart significatif du nombre d'heures travaillées entre les deux groupes. Enfin, leur pratique, plus souvent rémunérée à salaire que les hommes, est davantage concentrée dans les régions urbaines.

Quant aux valeurs et aspirations des médecins, on constate un important changement, particulièrement chez les jeunes. Leurs valeurs ont évolué comme chez le reste de la société. Ils cherchent à établir un meilleur équilibre dans leur vie et réduisent à cet égard leurs activités professionnelles au profit d'activités familiales, sportives ou culturelles. Les jeunes médecins semblent également vouloir moins prendre d'engagements à long terme et seraient moins enclins à investir dans un cabinet que leurs aînés.

4.3 Les exigences d'une prestation de qualité

Face à la croissance de la complexité des soins et aux attentes, voire aux exigences d'une population instruite et mieux informée, les médecins de famille devront maintenir constamment à jour leurs connaissances et leurs habiletés. Or, maintenir et améliorer constamment la qualité de leurs services représentent un véritable défi, compte tenu de l'évolution rapide des connaissances.

C'est pourquoi, les médecins des GMF devront inclure, dans leur pratique clinique journalière, la référence à des guides de pratique et à tout autre formule d'aides à la décision et compter sur l'expertise des collègues et d'autres professionnels.

Plusieurs médecins souhaiteront se perfectionner pour mieux répondre à certaines clientèles. Les groupes de médecine de famille devront, à cet effet, consacrer des

ressources importantes au développement de la compétence de leur personnel et maximiser l'apport de l'expertise et de l'expérience acquises par celui-ci.

CHAPITRE 5

LES STRATÉGIES D'IMPLANTATION

L'implantation des groupes de médecine de famille annonce plusieurs changements pour la population et les professionnels exerçant en 1^{re} ligne. À la population, le projet promet notamment l'accessibilité 24 heures par jour, 7 jours sur 7, à des services de santé de qualité. Il lui assure, de plus, la continuité et la coordination des services. Aux médecins de famille, il laisse entrevoir une meilleure organisation des services afin de faciliter le travail et de le rendre plus intéressant. De ce fait, le projet des GMF est porteur d'espoir et d'horizon meilleur.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux a donc jugé important et urgent de recentrer le dynamisme de tous autour de ce projet. Il a ainsi décidé d'aller de l'avant avec les groupes de médecine de famille et de les implanter progressivement, aux cours des cinq prochaines années, sur l'ensemble du territoire québécois, de manière à ce que l'ensemble de la population du Québec puisse avoir accès à leurs services en 2006.

Pour supporter ce développement, le ministre a mis sur pied deux groupes de travail. Un premier groupe ministériel, présidé par le sous-ministre à la Santé et aux Services sociaux, exercera un rôle conseil stratégique auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux. En plus du sous-ministre, il est formé du Directeur des affaires médicales et universitaires du ministère et de représentants des principaux partenaires associés au projet²⁴.

²⁴ Collège des médecins du Québec, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec, Associations des CLSC et des CHSLD, Association des hôpitaux du Québec, Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec.

Le deuxième groupe, appelé Groupe de soutien à l'implantation, est présidé par un médecin de famille crédible dans son milieu. Il agira comme maître d'œuvre du projet sur le terrain, en lien avec les régies régionales de la santé et des services sociaux et leur département régional de médecine générale. Il est composé de praticiens cliniques provenant des diverses disciplines (médecins, infirmières, travailleur social et pharmacien) appelés à travailler ensemble dans les GMF.

Les récentes expériences européennes et canadiennes en matière de transformations des services médicaux de 1^{re} ligne démontrent clairement qu'il est préférable de s'engager immédiatement et rapidement dans l'implantation des groupes de médecine de famille plutôt que d'expérimenter la mise sur pied de quelques groupes, dans le cadre de projets pilotes. Il importe de contrer et de limiter le plus possible les effets pervers découlant de la coexistence de deux modèles d'organisation de services.

Le Conseil souscrit, dès lors, à la démarche du ministre étalée sur une période maximale de cinq ans ou moins. De plus, le Conseil est d'avis qu'il est souhaitable d'implanter les GMF au fur et à mesure que les professionnels sont prêts à s'y engager, avant même que les premiers GMF aient produit les résultats attendus. Il importe de mobiliser les équipes les plus dynamiques.

Par ailleurs, comme le projet appelle des modifications profondes aux modes d'organisation du système actuel, à la culture des professionnels et aux habitudes de la population, le Conseil considère capital de porter une attention toute spéciale aux stratégies envisagées pour sa réalisation.

PAR CONSÉQUENT, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux une démarche propre à faciliter et à supporter l'implantation des groupes de médecine de famille comprenant les étapes suivantes :

- **établir un leadership d'implantation ;**
- **clarifier la vision des GMF et la partager ;**
- **adopter un plan de mesures et d'incitatifs alignés sur les objectifs poursuivis ;**
- **prévoir des gains à court terme ;**
- **consolider les acquis.**

5.1 Établir un leadership d'implantation

Le concept des groupes de médecine de famille interpelle les médecins omnipraticiens exerçant dans plus de 1 546 cabinets et 143 CLSC ou centres de santé. Il implique une réorganisation majeure de leur pratique. Dorénavant, ils seront appelés entre autres, à :

- prendre en charge une population définie ;
- travailler en groupe avec des infirmières et d'autres professionnels au besoin ;
- travailler en réseau et à cet effet, à établir des liens formels avec des collègues médecins de famille et médecins spécialistes ;
- créer diverses passerelles avec les services de la 1^{re} ligne non offerts par les GMF (programmes spécifiques des CLSC, pharmacie, etc.) et avec les services de la 2^e et de la 3^e lignes.

En raison du défi que cela représente, une telle réorganisation majeure ne sera possible, comme le rappellent diverses expériences antérieures, que si une masse critique de médecins de famille traduit dans leur pratique quotidienne les changements envisagés. Il est fondamental de s'assurer l'émergence de ces médecins afin qu'ils entraînent graduellement, par leur exemple et leur succès, l'ensemble des médecins de famille.

Le Conseil estime donc que pour réussir cette réorganisation, le gouvernement et le ministre de la Santé et des Services sociaux doivent exercer à l'égard du projet un leadership fort et soutenu tout au long de sa mise en place et ce, nécessairement en lien avec les leaders médicaux au niveau national (CMQ, FMOQ, etc.), régional (DRMG, CMR, etc.) et local. L'implication des leaders médicaux, tout au long de la démarche d'implantation, est une des conditions essentielles de succès.

PAR CONSÉQUENT, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux de s'assurer que les actions et les politiques du ministère soient cohérentes et conformes aux objectifs d'implantation des GMF et que le Groupe de soutien à l'implantation travaille étroitement avec les divers leaders médicaux pour mener à bien le projet des groupes de médecine de famille.

5.2 Clarifier la vision des GMF et la partager

Pour mobiliser les professionnels et la population autour du projet, il faut s'assurer que les individus sachent où ils s'en vont avec les GMF. Or, les GMF demeurent encore un concept abstrait et théorique pour plusieurs. Des médecins s'interrogent

sur ce qu'il faut entendre par une accessibilité à une gamme de services 24 heures par jour, 7 jours sur sept. Des citoyens se demandent s'il est vraiment avantageux de s'inscrire auprès d'un médecin.

Le Conseil est donc d'avis qu'il faille d'abord se donner une vision claire, réaliste et souple des GMF. La vision doit donner à tous de bonnes indications quant aux résultats attendus et aux comportements souhaités des professionnels exerçant dans les GMF. Un changement organisationnel se réalise plus facilement lorsque les objectifs recherchés sont compris par toutes les parties concernées.

La vision doit être intéressante à la fois pour les professionnels, la population et le gouvernement. Pour ce faire, elle doit parvenir à équilibrer les intérêts de toutes les parties et se concentrer sur les personnes plutôt que sur les systèmes. Elle doit être à la fois inspirante et dynamique pour les professionnels et l'ensemble de la population en faisant appel tant au cœur qu'à la raison. Enfin, la vision doit décrire les GMF comme une solution de l'avenir et non comme une réponse aux enjeux du passé.

PAR CONSÉQUENT, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux de clarifier la vision des GMF qu'il entend développer et de s'appuyer, à cet égard, sur la définition du Conseil²⁵.

Une fois clarifiée, le Conseil considère que la vision des GMF devrait faire l'objet d'une vaste campagne de promotion auprès de tous les médecins et plus particulièrement des médecins de famille. Cette campagne viserait à les informer et à leur expliquer les enjeux et la valeur ajoutée de la nouvelle organisation des

²⁵ Se référer à la page 14 du présent texte.

services médicaux en 1^{re} ligne, par rapport au statu quo, dans le but de susciter leur adhésion et de les mobiliser au projet. Cette campagne devrait également permettre aux médecins de s'exprimer sur la vision et les changements à venir afin de recueillir leurs commentaires et leurs suggestions.

PAR CONSÉQUENT, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux :

- **de partager la vision avec les leaders médicaux ;**
- **de s'assurer que la majorité des médecins de famille se l'approprient en mettant en place une stratégie et un plan systématique de communication.**

À la suite de quoi, des campagnes de promotion des GMF pourront également être lancées auprès de la population, des autres professionnels et des gestionnaires du réseau.

5.3 Adopter un plan de mesures et d'incitatifs alignés sur les objectifs poursuivis

L'implantation des GMF ne peut s'appuyer uniquement sur une vision, si claire et si séduisante soit-elle, pour réussir. Un changement de cette nature, pour donner les résultats escomptés, doit s'appuyer sur un ensemble de mesures et d'incitatifs fortement alignés sur les objectifs poursuivis. Le Conseil s'est donc penché sur les principales mesures que le gouvernement devrait mettre en place pour réussir l'implantation des GMF. Il a porté une attention particulière à celles s'adressant au système, aux médecins et à la population.

5.3.1 Des mesures facilitant la transformation du système

À partir du moment où le gouvernement considère que les organisations de services de 1^{re} ligne, cabinets et CLSC, doivent être transformés en GMF capables de dispenser une large gamme de services médicaux intégrés et continus de qualité 24 heures sur 24, le gouvernement doit veiller à ce que le projet dispose de tous les éléments nécessaires à sa réalisation : un budget approprié, des ressources professionnelles compétentes en nombre suffisant, une population fidèle et un mécanisme de suivi et d'évaluation.

- **Un budget**

Un élément ressort nettement de l'étude des divers projets de réorganisation des services de 1^{re} ligne. Il est irréaliste de songer à transformer les services actuels de médecine de famille, cabinets et CLSC, en GMF, si le gouvernement n'alloue pas les ressources nécessaires.

De l'argent, il en faut aux GMF pour enclencher les transformations nécessaires et mettre en place les infrastructures indispensables, notamment, à la coordination et à l'intégration des services. Cela inclut le budget requis, par exemple, au développement d'un système d'information.

De l'argent, il en faut également pour assurer, une fois démarrés, le maintien des infrastructures et des nouveaux services mis en place. Nous parlons de montants substantiels, entre autres, pour couvrir le financement des infirmières et de l'utilisation des technologies de l'information. Son absence constituera l'argument clé des opposants au projet.

PAR CONSÉQUENT, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux :

- **d'affecter à l'implantation des GMF les montants nécessaires ;**
- **de prévoir également des sommes récurrentes appropriées pour le maintien et le fonctionnement des infrastructures et des nouveaux services.**

▪ **Des ressources professionnelles**

Pour dispenser la gamme de services déterminés, sur l'ensemble du territoire du Québec, les GMF ont besoin d'un nombre appréciable de professionnels. Or, des études récentes sur les médecins de famille révèlent qu'environ 40 à 50 % des médecins de famille ne seraient pas disponibles pour prendre en charge une clientèle et en assurer le suivi dans un GMF. La population éprouve de plus en plus de difficulté à se trouver un médecin de famille. Vu le nombre de médecins de famille qui exercent, on peut se demander sérieusement si nous souffrons d'un manque évident de médecins ou d'une pénurie fonctionnelle découlant d'une gestion déficiente de la main-d'œuvre médicale. Présentement, les données ne nous permettent pas de statuer sur la question.

Outre le manque d'information concernant la disponibilité réelle des effectifs, d'autres facteurs concernant la planification des médecins de famille préoccupent le Conseil. Dans les dernières années, le Conseil note, entre autres, que leur charge de travail s'est considérablement alourdie sous la pression des changements démographiques et technologiques et des

exigences grandissantes de la population. Or, ces tendances devraient se poursuivre, voire s'amplifier, au cours des prochaines années.

De plus, le Conseil constate que les médecins de famille assument plusieurs activités en 2^e ligne. Leur implication à ce niveau devrait également se poursuivre et ce, tant que les médecins spécialistes ne seront pas suffisamment répartis en région.

Enfin, parallèlement à la croissance de la demande de services, le Conseil observe une baisse de la productivité chez les médecins de famille qui serait due principalement au changement de valeurs chez les jeunes médecins qui recherchent une meilleure qualité de vie que leurs aînés et au phénomène de la féminisation de la profession.

PAR CONSÉQUENT, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux d'examiner sérieusement la planification des effectifs en médecine familiale afin de s'assurer qu'il y ait suffisamment d'effectifs pour la création de GMF sur l'ensemble du territoire québécois et que la planification tienne compte, entre autres :

- **de l'alourdissement de leur charge de travail ;**
- **de leur implication dans les activités de 2^e ligne ;**
- **du changement de valeurs des jeunes médecins ;**
- **de la féminisation de la profession ;**
- **de la répartition inéquitable actuelle.**

Par ailleurs, pour faire face à l'augmentation de la demande de services et assurer aux patients une accessibilité accrue à une gamme complète de

services de 1^{re} ligne, les médecins des GMF sont incités à intégrer des infirmières comme intervenantes clés à leur pratique.

Les médecins accueillent favorablement l'idée de s'associer étroitement avec des infirmières pour répondre aux besoins de leur clientèle. Le Conseil note, toutefois, que la situation de la main-d'œuvre infirmière est critique. Un récent rapport²⁶ révèle que le Québec connaîtra, au cours des prochaines années, une pénurie chronique de ce personnel.

Le Conseil considère, dans les circonstances, que l'introduction d'infirmières dans les GMF pourrait être difficile, voire illusoire, si les GMF ne peuvent garantir aux infirmières des conditions équivalentes à celles offertes par les établissements. Le Conseil a donc examiné différentes modalités de financement et de rattachement des infirmières des GMF²⁷. Il arrive à la conclusion qu'un prêt de services avec un établissement, CLSC ou autre, présente une modalité intéressante pour les deux parties. Le prêt de services pourrait être établi pour un temps défini et être renouvelable.

Les infirmières seraient ainsi rattachées, administrativement, au CLSC ou à un autre établissement du réseau pour leurs conditions de travail et, fonctionnellement, au GMF pour leurs activités et tâches professionnelles. Elles continueraient de profiter des avantages offerts par les établissements (échelle salariale, ancienneté, sécurité d'emploi, plan de développement professionnel, plan de retraite, etc.). Elles pourraient même retourner poursuivre leur carrière dans les établissements, sans pénalité. Par ailleurs, au point de vue fonctionnel

²⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Rapport du Forum national sur la planification de la main d'œuvre infirmière*, Québec, 2001.

²⁷ Voir l'annexe 6 pour les avantages et les désavantages des diverses modalités d'intégration des infirmières dans les GMF.

et professionnel, elles exerceraient sous l'autorité du GMF au même titre que les médecins.

Pour les GMF, cet arrangement est également avantageux. Il les libère d'une gestion de professionnels exigeant beaucoup de travail, d'investissement et de savoir-faire. Les GMF n'auraient donc qu'à établir un contrat de services pour l'embauche d'infirmières avec une institution qui gère déjà des ententes avec ce type de professionnels.

PAR CONSÉQUENT, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux de permettre le maintien d'un lien d'emploi avec un établissement du réseau de la santé et des services sociaux lorsqu'une infirmière s'intègre à l'équipe d'un GMF.

Par ailleurs, le succès des GMF repose non seulement sur la présence de médecins et d'infirmières en nombre suffisant mais également sur le fait que ceux-ci disposent des connaissances et des compétences nécessaires pour assumer adéquatement les responsabilités et les tâches qu'on attend d'eux. Il sera donc nécessaire que les universités mettent en œuvre des programmes de formation de base habilitant les professionnels à exercer dans les GMF en équipe interdisciplinaire et à utiliser les nouvelles technologies d'information et, cela, dans divers contextes (urbains, ruraux, défavorisés, à forte concentration ethnique, etc.). Les universités et les associations professionnelles devront également offrir des activités éducatives permettant aux intervenants des GMF de maintenir leurs compétences et connaissances à jour et favorisant, en réponse aux besoins de la clientèle, l'innovation en matière d'organisation de services.

PAR CONSÉQUENT, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux de s'assurer auprès du ministre de l'Éducation et des universités, que les programmes de formation offerts aux professionnels qui oeuvreront dans les GMF, permettent d'acquérir toutes les compétences requises.

▪ **Une population fidèle**

Pour dispenser des services intégrés et continus, les GMF doivent pouvoir compter sur une clientèle connue et fidèle. Or, la population actuelle a toute liberté de changer de médecin à sa convenance, de consulter plusieurs médecins pour un épisode de soins et même d'accéder directement au médecin spécialiste. Cette liberté rend difficile l'intégration et la coordination des soins.

Pour fidéliser la population, le Conseil estime, comme il le soulignait dans un avis antérieur²⁸, qu'il faut reconsidérer la notion de liberté de choix permise par la loi et établir un mécanisme d'inscription de la population. L'inscription peut se faire auprès du groupe de médecins (GMF) ou d'un médecin du groupe.

Le Conseil privilégie l'inscription auprès d'un médecin afin de réellement renforcer le lien entre le patient et le médecin, de personnaliser cette relation et de responsabiliser davantage le médecin et la population. Par ailleurs, la population doit pouvoir choisir le médecin auprès duquel elle s'inscrit et également pouvoir changer de médecin, si elle n'est pas satisfaite de sa relation ou des services reçus.

²⁸ Conseil médical du Québec, *Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1^{re} ligne lié à l'inscription de la population*, Avis 96-02, septembre 1996.

L'inscription est une entente par laquelle une personne s'engage à s'adresser, pour ses besoins médicaux, directement au médecin qu'elle a choisi ou à l'un de ses collègues du GMF qui le remplace. En contrepartie, le médecin s'engage formellement à lui fournir, lui-même ou en faisant intervenir d'autres professionnels de 1^{re} ligne, toute la gamme des services de 1^{re} ligne et à l'orienter, si besoin est, vers un médecin de 2^e ou de 3^e ligne.

Afin que les médecins respectent tous leurs engagements envers la clientèle inscrite (accessibilité 24 heures sur 24, prestation de services médicaux courants, intégration et coordination des services, etc.), le Conseil estime, à la lumière des expériences européennes et canadiennes, que les médecins ne devraient inscrire sur leur liste qu'un maximum d'environ 2 000 personnes. De plus, les médecins ne devraient, sans motif valable, pouvoir retirer des personnes inscrites de leur liste.

En outre, pour responsabiliser davantage les médecins à l'importance de la fidélisation, le Conseil croit qu'à chaque fois que des patients inscrits choisissent de s'adresser à des médecins hors de leur GMF, sauf en cas d'urgence et de déplacement à l'extérieur du territoire, les médecins devraient être interpellés. Par exemple, les médecins pourraient se voir prélever un montant sur leur rémunération.

PAR CONSÉQUENT, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux d'établir un mécanisme favorisant l'inscription de la population auprès d'un médecin de famille de son choix participant à un GMF et de limiter la liste des médecins à un maximum d'environ 2 000 inscriptions.

- **Un mécanisme de suivi et d'évaluation**

Enfin, vu l'importance des changements visés par l'implantation des GMF, le Conseil considère essentiel de s'assurer, dès le départ des projets, la mise en place d'un mécanisme permettant de suivre le développement des GMF et de repérer les obstacles et les difficultés de parcours afin d'y apporter une solution appropriée durant l'implantation. Il ne suffit pas de créer des GMF, il faut s'assurer qu'ils répondent aux attentes.

Le Conseil considère également que la démarche d'implantation des GMF doit s'appuyer sur les gains et les connaissances acquises des activités des premiers GMF.

PAR CONSÉQUENT, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux de développer des indicateurs et des mécanismes d'évaluation :

- **du degré d'atteinte des résultats visés ;**
- **du degré de satisfaction des professionnels exerçant dans les GMF ;**
- **du degré de satisfaction de la clientèle inscrite.**

Par ailleurs, il est important de faciliter le développement, dans tous les GMF, d'une culture de l'excellence clinique par la mise en place de processus permanents d'évaluation de la qualité de l'exercice professionnel et de l'organisation des GMF.

5.3.2 Des mesures incitatives pour les médecins

Pour participer à l'implantation des GMF, les médecins doivent entrevoir des avantages. Ceux-ci peuvent être d'ordre financier et d'ordre non financier, comme une plus grande satisfaction professionnelle à mieux répondre aux besoins des patients et la création d'un environnement de travail stimulant et propice à l'initiative et à l'innovation.

Le Conseil arrive à la conclusion que les mesures pouvant le plus contribuer à inciter les médecins à participer aux GMF portent sur le mode de rémunération, les technologies de l'information, la gestion des GMF et le plan de carrière.

- **Le mode de rémunération**

Tous les médecins rencontrés ont souligné que le paiement à l'acte n'était pas très approprié à leur nouvelle façon de pratiquer. Ce mode de rémunération n'encourage pas, entre autres, la prestation de soins préventifs, la prise en charge de patients et le travail avec des infirmières et d'autres professionnels. Leurs commentaires confirment en cela le constat auquel arrivait le Conseil dans un avis antérieur²⁹, à savoir la nécessité de revoir le mode de rémunération des médecins de famille. Après avoir étudié les divers modes de rémunération, le Conseil concluait qu'il fallait faire reposer le nouveau mode sur des objectifs principalement de responsabilisation, de qualité et d'équité.

À la suite de quoi, il proposait un mode mixte de rémunération où le revenu des médecins est principalement lié au nombre des personnes qui s'inscrivent

²⁹ Conseil médical du Québec, *Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1^{re} ligne lié à l'inscription de la population*, Avis 96-02, septembre 1996.

auprès d'eux et à leurs caractéristiques. Le Conseil considérait de plus que les formules de modes mixtes³⁰ à retenir devaient comprendre absolument les trois composantes suivantes :

- un élément totalisant l'ensemble des montants annuels déterminés à l'inscription de la clientèle. Cette partie doit être suffisamment déterminante pour amener le changement de comportement souhaité et encourager, entre autres, la prise en charge d'une clientèle ;
- un élément composé des diverses primes offertes pour encourager, chez les professionnels, le développement et le renforcement de certains comportements (par exemple : la prévention). Cette partie de la rémunération sert d'incitation à l'atteinte de certains objectifs pouvant concerner, notamment la santé de la clientèle et l'organisation des services à mettre en place.
- un élément totalisant le paiement à l'acte des services rendus à la clientèle inscrite qui ne font pas partie des services inclus dans le montant annuel accordé à l'inscription, par exemple un accouchement. Cette composante embrasse également le paiement à l'acte des services rendus à la clientèle non inscrite.

Pour le Conseil, les activités de 2^e ligne des médecins de famille devaient également être rémunérées en complément et selon les modalités de paiement prévues pour ces activités.

³⁰ *Ibid.*, p. 23.

De plus, afin que le mode mixte de rémunération soit équitable pour les médecins et ne les incite pas à une forme quelconque de sélection de clientèle et ne les décourage pas à travailler auprès des clientèles lourdes et dans les milieux difficiles, le Conseil indiquait que le calcul des sommes à allouer à l'inscription de la population devait prendre en considération plusieurs facteurs parmi lesquels les caractéristiques individuelles des personnes inscrites (âge, sexe, état de morbidité, etc.) et les caractéristiques de leur milieu de vie.

Enfin, qu'ils exercent en cabinet ou en CLSC, le Conseil estimait que tous les médecins de famille exerçant en 1^{re} ligne devaient être rémunérés selon un mode mixte de paiement qui lie le revenu des honoraires professionnels à la clientèle inscrite.

PAR CONSÉQUENT, le Conseil réitère au ministre de la Santé et des Services sociaux :

- **de faire reposer le mode de rémunération des médecins de famille des GMF avant tout sur des principes de responsabilisation et d'équité ;**
- **de retenir comme mode de rémunération des médecins des GMF des modes mixtes liés à l'inscription de la population dont l'élément clé est fonction de la clientèle inscrite et de ses caractéristiques.**

Le Conseil considère en outre nécessaire, lors du renouvellement du mode de rémunération des honoraires professionnels des médecins, de s'assurer que ces derniers sont suffisamment élevés pour couvrir, entre autres, les frais de fonctionnement des GMF.

Les frais de fonctionnement du GMF seront vraisemblablement plus élevés que les frais encourus actuellement par les cabinets. Ils incluront, entre autres, les coûts associés à l'inscription de la clientèle, à la mise en place d'un programme de qualité et, dans certains cas, à l'accueil de stagiaires.

Enfin, les médecins qui s'engagent dans les GMF et acceptent ainsi de collaborer à l'atteinte des objectifs du système ne doivent pas voir leur revenus diminuer, sans quoi, il sera très difficile de les attirer et de les retenir. Même plus, le Conseil est d'avis que ces médecins devraient être mieux rémunérés que ceux qui ne participent pas à la réorganisation des services de 1^{re} ligne. L'implantation d'un GMF occasionnera aux médecins une charge de travail supplémentaire.

Il faut noter qu'à l'inverse des autres facteurs de motivation, la rémunération peut devenir rapidement un facteur de démotivation. Il serait très frustrant à la longue pour les médecins de famille polyvalents des GMF de se voir moins rémunérés que des médecins de famille limitant leur pratique à certaines clientèles, à des procédures ou à des lieux d'exercice, donc à un champ plus facile car plus restreint.

PAR CONSÉQUENT, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux de bonifier la rémunération des médecins participant à l'implantation des GMF.

- **Les technologies de l'information**

Les technologies de l'information constituent un autre élément essentiel pouvant inciter les médecins à se joindre aux GMF. Ces technologies permettent plusieurs applications, plus prometteuses les unes que les autres. Elles aident, entre autres, comme nous le disions précédemment, à accéder rapidement à l'information clinique concernant la clientèle (résultats de tests diagnostiques, médicaments prescrits, etc.) et à communiquer en temps réel avec les professionnels des équipes soignantes. Toutefois, à ce jour, peu de médecins de cabinets et de CLSC sont reliés au réseau de télécommunications sociosanitaires.

Il faut noter que l'informatisation entraîne des dépenses importantes aux médecins pour l'achat, le fonctionnement et l'entretien des équipements et n'engendre, comme tel, aucune économie. Également, soulignons qu'il faut du temps pour entrer les données et que plusieurs médecins ne sont pas familiers avec l'utilisation de l'ordinateur³¹.

PAR CONSÉQUENT, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux de soutenir financièrement l'informatisation des GMF et leur utilisation subséquente de l'informatique et de les raccorder au réseau de télécommunications sociosanitaires pour permettre la transmission électronique des données cliniques.

³¹ « L'informatisation des cabinets : intéressant mais déficitaire », entrevue avec le Dr Claude Saucier, *Le Médecin du Québec*, vol. 36, n° 2, février 2001.

▪ La gestion

Un des grands défis de la réorganisation consiste à créer, à partir des entités existantes, cabinets et CLSC, de nouvelles organisations de services de 1^{re} ligne plus performantes, capables de garantir de meilleurs résultats cliniques et une plus grande satisfaction de la clientèle.

Or, pour assurer aux patients une meilleure accessibilité à des services globaux et continus, en plus d'exercer en groupe avec des infirmières et d'utiliser les technologies de l'information, les médecins des GMF ont besoin de la collaboration des autres fournisseurs de soins. Ils ne peuvent travailler seuls. Ils devront dès lors établir des alliances et des partenariats cliniques pouvant aller jusqu'à des ententes contractuelles avec, notamment :

- les autres GMF du territoire et info-santé pour assurer une accessibilité 24/7 ;
- des centres hospitaliers pour un accès rapide à la consultation radiologique, aux plateaux techniques d'investigation et aux consultations en spécialité ;
- des équipes de CLSC pour une intervention organisée et coordonnée de type « case management » pour la clientèle en perte d'autonomie ;
- des équipes hospitalières pour une intervention organisée et coordonnée de type « disease management » pour le suivi de personnes atteintes de maladie chronique ;
- des pharmaciens pour assurer un meilleur suivi des prescriptions médicamenteuses ;
- etc.

Le fonctionnement d'un GMF différera, par le fait même, de celui actuel d'un cabinet ou d'un CLSC. De plus, le développement d'alliances et de partenariats cliniques jumelé à l'inscription de la clientèle, à l'engagement d'infirmières et à l'informatisation des dossiers entraînera une augmentation appréciable du travail administratif. C'est pourquoi, pour beaucoup de médecins, la gestion d'un GMF présentera un véritable défi.

PAR CONSÉQUENT, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux :

- **d'accorder un statut légal au GMF ;**
- **de leur apporter un support administratif :**
 - **en étudiant les aspects légaux des ententes et des contrats cliniques à signer entre les GMF et les établissements ;**
 - **en développant, en collaboration avec ses partenaires (DRMG, CMQ, FMOQ, ...), un guide de gestion des GMF.**

Pour le Conseil, le but d'un tel guide est de proposer aux responsables de GMF des outils et des modèles de gestion pour les aider à améliorer leur fonctionnement de tous les jours. Ce guide se veut dynamique et évolutif. Il pourrait contenir, par exemple :

- la vision des GMF ;
- les objectifs poursuivis ;
- la liste des services à fournir à la clientèle inscrite ;
- la liste des services inclus à l'inscription mais rémunérés à l'acte ;

- les responsabilités que peuvent assumer les infirmières ;
- des modèles médicaux de prise en charge et de suivi systématique d'une population par les GMF, particulièrement des populations vulnérables ;
- des modèles innovateurs de gestion de l'accessibilité de type « open access »³² ;
- des modèles d'ententes cliniques à établir entre les GMF et les établissements ;
- des indicateurs de performance ;
- etc.

▪ **Le plan de carrière**

Enfin, le changement de valeurs des médecins et la féminisation progressive de la profession jumelés aux nouvelles exigences de travail dans les GMF interpellent beaucoup le Conseil. Les médecins aspirent à une meilleure qualité de vie. Plusieurs cherchent un travail à mi-temps, de la mobilité en cours de carrière et davantage un milieu de travail stimulant qu'une entreprise dans laquelle investir.

Le Conseil arrive à la conclusion qu'il faut repenser le cheminement de carrière des médecins de famille. La période actuelle lui paraît particulièrement propice à cet exercice. Il croit que la carrière des médecins de famille gagnerait à davantage ressembler à celle des autres professionnels ayant des responsabilités similaires (avocats, ingénieurs, etc.).

³²M. Murray et C. Tantau, « Same-Day Appointments : Exploding the Access Paradigm », *Family Practice Management*, septembre 2000, p. 45-50.

PAR CONSÉQUENT, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux d'examiner sérieusement, avec la FMOQ, la carrière des médecins de famille et l'opportunité d'établir, entre autres :

- **un cheminement graduel de la carrière ;**
- **une valorisation de la rémunération tenant compte de la qualité et de la diversité des expériences professionnelles, du maintien et du développement des compétences ;**
- **un programme de bénéfices sociaux (journées de maladie, congés parentaux, journées de vacances, journées de perfectionnement, plan de retraite, etc.).**

5.3.3 Des mesures incitatives pour la population

Pour s'inscrire auprès d'un médecin de GMF, la population doit également considérer qu'elle y gagnera. Elle tient particulièrement, comme le soulignent tous les sondages, à pouvoir recourir à un médecin quand elle en a besoin et ce, 24 heures par jour. Or, savoir qu'en s'inscrivant, elle obtiendra ce service devrait faciliter les choses.

Avoir accès plus rapidement à son médecin, être pris en charge quand elle en a besoin, savoir que son médecin est au courant de sa condition et peut coordonner l'accès aux examens diagnostiques et aux consultations spécialisées, quand cela est nécessaire, devraient également l'inciter à s'inscrire.

5.4 Prévoir des gains à court terme

Pour maintenir la motivation des équipes de médecins engagées dans les GMF, il faut prévoir des gains dans les six à douze premiers mois d'opération. Il est absolument indispensable que les équipes sentent que les autorités sanitaires les soutiennent et reconnaissent les efforts qu'ils déploient. C'est fondamental pour les inciter à persévérer malgré les difficultés rencontrées et confondre les opposants.

PAR CONSÉQUENT, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux d'accorder aux médecins des GMF, dès les premiers mois :

- **l'aide d'une infirmière pour élargir leur offre de services ;**
- **la collaboration d'Info-Santé pour le 24/7 ;**
- **du support pour la gestion ;**
- **l'accès rapide aux données cliniques (tests de laboratoire, etc.) de leur clientèle.**

5.5 Consolider les acquis

Le plein épanouissement des GMF et l'atteinte des objectifs gouvernementaux sont un processus de longue haleine. Les stratégies d'implantation doivent en tenir compte. Par exemple, la campagne de promotion, entre autres, visant l'adhésion de la population et des médecins aux GMF pourrait, au fur à mesure de l'implantation des GMF, encourager le témoignage de médecins et d'infirmières de GMF et de la population inscrite à des GMF.

De plus, le Conseil est d'avis que les GMF doivent toujours être solidement supportés, particulièrement pour les changements touchant les pratiques professionnelles. Que ce soit pour initier de nouvelles activités de soins, mettre en place des programmes de soins partagés avec les médecins spécialistes à l'intention de certaines clientèles (diabétiques, santé mentale, insuffisants cardiaques, etc.), ou améliorer le travail en équipe interdisciplinaire, les professionnels des GMF devraient pouvoir recourir à des mentors pouvant les aider.

PAR CONSÉQUENT, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux d'assumer de façon prolongée son leadership à l'égard des GMF et, en collaboration avec ses partenaires médicaux, de mettre à la disposition des GMF une banque de personnes ressources pouvant les supporter dans leur démarche d'amélioration de la qualité des services.

CONCLUSION

Les groupes de médecine de famille concrétisent le renouveau, tant attendu, des services de 1^{re} ligne. Portes d'entrée au système de santé et responsables de la coordination et de l'intégration des soins des individus et des familles, ils deviendront peu à peu le pivot du système de santé. Il importe donc de les voir se développer sur l'ensemble du territoire du Québec où se trouve la population.

Tout doit donc être mis en œuvre pour assurer le succès de cette réorganisation des services médicaux de première ligne. Le ministre de la Santé et des Services sociaux doit établir un leadership fort et visible. Il doit clarifier et définir sa vision des GMF et la partager avec ses partenaires et la population. Congruent avec la vision retenue, le ministre de la Santé et des Services sociaux doit assurer un support franc à l'implantation des GMF en alignant tous les incitatifs sur les objectifs poursuivis et en accordant le financement requis. Tout en prévoyant des gains à court terme visant à motiver les innovateurs précoces et la population, il devra maintenir au cours des prochaines années un leadership fort et un support franc afin d'assurer le développement et la consolidation des GMF.

Cette réorganisation sera bénéfique pour tous les citoyens et citoyennes du Québec. Le médecin de famille qu'ils auront choisi pourra, avec son équipe du GMF, leur assurer des soins personnalisés, accessibles, coordonnées. Il les orientera, au besoin, vers des ressources communautaires ou spécialisées mais sans les abandonner. Ils pourront compter sur lui et son équipe autant pour des soins curatifs, préventifs, palliatifs que de réadaptation.

ANNEXES

- 1- Liste des visites effectuées par des membres du Conseil

- 2- Liste des principales études sur l'organisation des services médicaux analysées

- 3- Principales caractéristiques des services de 1^{re} ligne

- 4- Liste non exhaustive d'études québécoises sur la pratique en cabinet

- 5- Liste des projets novateurs étudiés

- 6- Modalités d'intégration des infirmières dans les GMF

- 7- Sommaire des recommandations

ANNEXE 1

Liste des visites effectuées par des membres du Conseil

A. Au Québec

1. **Projet de capitation de la MRC du Haut St-Laurent**
Hôpital Barrie memorial
Ormstown
2. **Projet SIPA**
Institut universitaire de Gériatrie de Montréal
Montréal
3. **La coopérative de services de santé Les Grès**
Saint-Étienne des Grès
4. **Le mécanisme de coordination géronto-gériatrique des Bois Francs**
CLSC Suzor-Côté
Victoriaville

B. En Ontario

1. **La clinique Riverside** (Membre d'un réseau de soins primaires)
5, Earle Street
Newburg
2. **Caroline Medical Group** (HSO)
2250 Fairview Street
Burlington
3. **La clinique du Dr Les Solomon** (Membre d'un réseau de soins primaires)
1483 Main Street West
Hamilton
4. **La clinique du Dr Tony Opie** (Membre d'un réseau de soins primaires)
1955 King Street East
Hamilton

ANNEXE 2

Liste des principales études sur l'organisation des services médicaux analysées

A. Du Québec

1. Association des CLSC et des CHSLD. *Construire un réseau intégré de services médicaux*, novembre 1998.
2. Collège des médecins du Québec. *Nouveaux défis professionnels pour le médecin des années 2000*, 1998.
3. Collège des médecins du Québec. *Position relativement à l'organisation des services médicaux*, février 2000.
4. Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec. *Pour un accès équitable et raisonnable à des services médicaux de qualité*, Québec, juin 1999.
5. Conseil médical du Québec. *Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter. La hiérarchisation des services médicaux*, Avis 95-03, juin 1995.
6. Conseil médical du Québec. *Avis sur un mode mixte de rémunération de 1^{er} ligne lié à l'inscription de la population*, Avis 96-02, septembre 1996.
7. Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. *La réorganisation des soins médicaux de première ligne*, 1997.
8. Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. *La pratique du médecin omnipraticien dans un réseau de services intégrés. Positionnement des cabinets privés. Un cadre d'orientation (Rapport SECOR)*, décembre 1999.
9. JÉRÔME-FORGET, M., et C.-E. FORGET. *Qui est maître à bord ? Projet de réforme du système de santé canadien*, Institut de recherche en politiques publiques, Montréal, 1998.
10. MILLETTE, B., L. NASMITH, P. GRAND'MAISON et R. LAMONTAGNE. « Le rôle central du médecin de famille et la réforme de la santé au Québec », *Le Médecin du Québec*, mai 1996, p. 87-93.

B. Du Canada

1. Association médicale canadienne. *Consolider la base : Le rôle du médecin dans les soins de santé primaires au Canada*, Ottawa, 1994.
2. Collège des médecins de famille du Canada. *Gérer le changement : Un modèle de pratique de groupe en médecine familiale*, septembre 1995.
3. Comité consultatif sur les services de santé. *Le rapport Victoria sur la rémunération des médecins : un modèle en vue de la réorganisation des soins primaires et de l'introduction du financement fondé sur la population*, 1995.
4. FORSTER J., W. ROSSER, et al. « New approach to primary medical care : Nine-point plan for a family practice service », *Canadian Family Physician*, vol. 40, 1994, p. 1523-1530.
5. Ontario College of Family Physicians. *Family Medicine in the 21st Century, a Prescription for Excellence in Health Care*, Discussion paper, Toronto, June 1999.
6. Ontario Medical Association. *Primary Care Reform : A Strategy for Stability*, 1996.
7. Health Services Restructuring Commission. *Primary Health Care Strategy, Advice and Recommendations to the Honourable Elizabeth Witmer, Minister of Health*, Ontario, December 1999.

A. Autres

1. FARRAR, M. *Primary Care Trusts - Establishing Better Services*, NHS Executive, Primary Care Division, GMC Branch, England, April 1999.
2. STARFIELD, B. *Primary Care : Concept, Evaluation and Policy*, Oxford University Press, Oxford-New York, 1992.

ANNEXE 3

Principales caractéristiques des services de 1^{re} ligne Propositions des organismes

Caractéristiques Propositions	Médecins de 1 ^{re} ligne	1 ^{er} contact (porte d'entrée)	Globalité des services 24h/j et 7j/s	Travail de groupe et équipe multi	Relation Médecin-patient	Concept de médecine familiale et orientation communautaire	Coordination des services lien 1 ^{re} , 2 ^e et 3 ^e ligne de services	Système d'information	Rémunération des médecins
1 – Conseil médical du Québec	Omni	X	X 24 – 7	X	Inscription	X	X	X	Rémunération mixte liée à l'inscription
2 – Département de médecine familiale	Médecin de famille	X	X 24 – 7	X	Avoir son médecin de famille (fidélité)	X	Md. gatekeeper dossier unique informatisé	X	Nouveaux modes
3 – Association des CLSC et CHSLD	Omni	X	X	X	Fidélité	X	X	X	Mode à modifier
4 – Conférence des RRSSS									Rémunération liée à la prestation des services prioritaires
5 – SECOR	Médecin de famille	X	X	X Intégration des infirmières au cabinet	Solide Réflexe- client	X	X	X	Élargissement à d'autres modalités - Tarif horaire - Vacation
6 – Collège des médecins du Québec	Médecin de famille	X	X 24 – 7	X Activités partagées avec autres professionnels	Fidélité	X	X	X	Nouveau mode : argent suit le patient et valoriser soins prioritaires
7 – Ontario (CRSS)	Primary Care Physicians	X	X 24 – 7	X Rôle important de l'infirmière de soins primaire	Inscription auprès d'un médecin ou une infirmière de soins primaires + médecin	X	X	X	Capitation au groupe qui détermine modalité de paiement des médecins et autres professionnels

ANNEXE 4

Liste non exhaustive d'études québécoises sur les services médicaux en 1^{re} ligne

1. BARBEAU, D., S. PERRON, V. OUELLET et P. MORENCY. « Un regard critique sur les services de consultation sans rendez-vous », *Le Médecin du Québec*, vol. 36, n° 1, janvier 2001, p. 71-75.
2. COMEAU, Y., et J.-P. GIRARD. « Une comparaison entre divers établissements de services de première ligne en santé au Québec (Canada) », *Annales de l'économie publique, sociale et coopérative*, vol. 71, n° 3, septembre 2000, p. 319-345.
3. CONTANDRIOPOULOS, A.-P., M.-A. FOURNIER, et al. *Profils de pratique des médecins généralistes du Québec*, GRIS, Université de Montréal, décembre 2000.
4. DEMERS, M., et Y. BRUNELLE. *Organisation de l'omnipraticque au Québec entre 1994 et 1999*, ministère de la Santé et des Services sociaux, DGPSE et DGAMU, décembre 2000.
5. DEMERS, M., G. RAYMOND et J. THIBAUT. *Répartition géographique et caractéristiques des cliniques médicales d'omnipraticque au Québec en 2000*, MSSS-DGPSE, mai 2001.
6. Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. *La pratique du médecin omnipraticien dans un réseau de services intégrés. Positionnement des cabinets privés. Un cadre d'orientation* (Rapport SECOR), décembre 1999.
7. GINGRAS, S., J. CLOUTIER et N. KINGSLEY. *Plan d'organisation des services médicaux de première ligne sur le territoire de la Régie régionale de Montréal-Centre, Document de référence*, Direction de la programmation et coordination, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, octobre 1997.

8. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. *Forum sur l'organisation des services médicaux de première ligne, Document d'information pour les participants*, 8 septembre 2000.

ANNEXE 5

Liste des projets novateurs étudiés

A. Du Québec

1. Projets de collaboration CLSC-Cliniques médicales

- CLSC Orléans
- CLSC Chicoutimi

2. Projets de services intégrés

- Projet de capitation dans la MRC du Haut Saint-Laurent
- Programme régional d'intégration des soins médicaux et de santé de l'Estrie
- Projet de réorganisation des services médicaux dans la Mitis

3. Projets de services intégrés pour les personnes âgées

- Projet SIPA (Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie)
- Mécanisme de coordination des services géro-geriatriques des Bois-Francs
- Projet PACTE CLSC Orléans
- Réseau intégré de services pour les personnes âgées de la MRC de la région sherbrookoise

4. Projets de coopérative de services de santé

- La coopérative de services de santé Les Grès
- La coopérative de services de santé des Cantons-Unis

B. Hors Québec**1. Projet de réforme des soins primaires en Colombie Britannique**

- Projet de démonstration d'une clinique médicale de Vancouver ayant une clientèle composée majoritairement de sidéens

2. Projet albertain d'un nouveau mode de rémunération des médecins

- Crowfoot Village Family Practice

3. Projet de HMO (Health Maintenance Organization) en Ontario

- Group Health Centre Sault Ste-Marie

4. Projet de HSO (Health Service Organization) en Ontario

- Caroline Medical Group de Burlington

5. Projets pilotes de l'Ontario Medical Association (OMA)

- La clinique Riverside (réseau de soins primaires de Kingston)
- La clinique du Dr Les Solomon (réseau de soins primaires de Hamilton)
- La clinique du Dr Tony Opie (autre réseau de soins primaires de Hamilton)

6. Proposition de la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario

ANNEXE 6

Modalités d'intégration des infirmières dans les GMF

- 1^o Infirmière rattachée administrativement au GMF financée à même la rémunération des médecins

- 2^o Infirmière rattachée administrativement au GMF financée par un budget de la régie régionale

- 3^o Infirmière rattachée administrativement et professionnellement à un C.L.S.C. ou à un autre établissement mais en poste dans un GMF

- 4^o Infirmière rattachée administrativement à un établissement et fonctionnellement à un GMF via un contrat de services

Modalité	Avantages	Désavantages
<p>1^o Infirmière du GMF financée à même la rémunération des médecins</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ce sont les médecins du GMF qui décident d'embaucher une ou plusieurs infirmières en fonction de leurs besoins ; cependant l'embauche d'une ou plusieurs infirmières peut être une condition de désignation comme GMF. - Pas de tiers parti s'interposant entre les médecins et les infirmières. - Grande souplesse au niveau de l'organisation du travail dans le GMF. 	<ul style="list-style-type: none"> - Si l'embauche d'infirmières n'est pas une condition de désignation, les médecins du GMF peuvent décider de ne pas embaucher d'infirmière : ⇒ pas de développement du tandem complémentaire médecin infirmière ⇒ risque d'une offre plus limitée d'accessibilité et de services - Les conditions d'emploi des infirmières peuvent être moins intéressantes que dans le réseau public : ⇒ peu de sécurité d'emploi ; ⇒ peu de mobilité professionnelle ; ⇒ pas de plan collectif de retraite, etc. - Encadrement professionnel des infirmières plus difficile, plus aléatoire.

Modalité présentant peu de différence avec un cabinet de médecins exerçant avec des infirmières.

Modalité	Avantages	Désavantages
<p>2^o Infirmière du GMF financée par un budget de la régie régionale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les médecins embauchent l'infirmière mais n'ont pas la tracasserie de son financement. - Rattachement du GMF au réseau public de santé via un contrat entre la régie régionale et le GMF. - Grande souplesse de l'organisation du travail. - Règles uniformes pour l'obtention de postes d'infirmières. Les règles sont déterminées par l'agent payeur (MSSS + RR) en fonction : <ul style="list-style-type: none"> ⇒ du nombre de personnes inscrites et de leur âge ; <li style="text-align: center;">ou ⇒ du nombre de médecins et des heures d'ouverture du GMF ; <li style="text-align: center;">ou ⇒ etc. 	<p>Conditions des infirmières similaires à la 1^{re} modalité :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ peu de sécurité d'emploi ⇒ peu de possibilité de mobilité professionnelle ⇒ plan de retraite ? ⇒ encadrement professionnel plus difficile.

Modalité avantageuse surtout pour les médecins et le système.

Modalité	Avantages	Désavantages
<p>3^o Infirmière rattachée administrativement et professionnellement à un CLSC ou autre établissement mais en poste dans un GMF</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rattachement de l'infirmière : <ul style="list-style-type: none"> ⇒ infirmière jouit de tous les avantages d'être un employé d'un établissement : conditions de travail, bénéfices marginaux, sécurité d'emploi, etc. ; ⇒ moins d'isolement professionnel ; ⇒ encadrement professionnel via le Conseil des infirmières et infirmiers (CII). - Règles uniformes d'obtention des postes d'infirmières dans les GMF. - Peut faciliter les liens GMF-établissement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Appartenance première de l'infirmière à l'établissement et non au GMF. - Moins de souplesse pour l'organisation du travail (horaire, tâches,...).

Modalité avantageuse surtout pour les infirmières

Modalité	Avantages	Désavantages
<p>4^o Infirmière rattachée administrativement à un établissement et fonctionnellement à un GMF via un contrat de services</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rattachement du GMF au réseau public de santé via un contrat de services entre l'établissement, l'infirmière et le GMF. La régie régionale peut également être partie prenante au contrat. - Les médecins choisissent l'infirmière en fonction de leurs besoins. - Grande souplesse au niveau de l'organisation du travail dans le GMF. - Règles uniformes d'obtention des postes d'infirmières dans les GMF. - Conditions de travail des infirmières équivalentes à celles offertes dans le réseau : sécurité d'emploi et autres bénéfices marginaux. - Support professionnel du Conseil des infirmières et infirmiers (CII), support possible mais à négocier. 	<ul style="list-style-type: none"> - Contrat plus complexe : plusieurs parties signataires.

Modalité avantageuse pour les médecins et les infirmières du GMF.

ANNEXE 7

Sommaire des recommandations

AFIN DE RÉUSSIR LA RÉORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE,

le Conseil recommande :

R. 1 une démarche propre à faciliter et à supporter l'implantation des groupes de médecine de famille comprenant les étapes suivantes :

- établir un leadership d'implantation ;
- clarifier la vision des GMF et la partager ;
- adopter un plan de mesures et d'incitatifs alignés sur les objectifs poursuivis ;
- prévoir des gains à court terme ;
- consolider les acquis.

EN REGARD DU LEADERSHIP D'IMPLANTATION,

le Conseil recommande :

R. 2 de s'assurer que les actions et les politiques du ministère soient cohérentes et conformes aux objectifs d'implantation des GMF ;

- R. 3** de s'assurer que le Groupe de soutien à l'implantation travaille étroitement avec les divers leaders médicaux pour mener à bien le projet des groupes de médecine de famille.

EN REGARD DE LA VISION,

le Conseil recommande :

- R. 4** de clarifier la vision des GMF que le ministre de la Santé et des Services sociaux entend développer en s'appuyant, entre autres, sur la définition du Conseil ;
- R. 5** de partager la vision avec les leaders médicaux ;
- R. 6** de s'assurer que la majorité des médecins de famille s'approprient la vision en mettant en place une stratégie et un plan systématique de communication.

EN REGARD DU PLAN DE MESURES À ADOPTER,

le Conseil recommande :

- R. 7** d'affecter à l'implantation des GMF les montants nécessaires ;
- R. 8** de prévoir également des sommes récurrentes appropriées pour le maintien et le fonctionnement des infrastructures et des nouveaux services ;

- R. 9** d'examiner sérieusement la planification des effectifs en médecine familiale afin de s'assurer qu'il y ait suffisamment d'effectifs pour la création de GMF sur l'ensemble du territoire québécois ;
- R. 10** de s'assurer que la planification des effectifs en médecine familiale tienne compte, entre autres :
- de l'alourdissement de leur charge de travail ;
 - de leur implication dans les activités de 2^e ligne ;
 - du changement de valeurs des jeunes médecins ;
 - de la féminisation de la profession ;
 - de la répartition inéquitable actuelle ;
- R. 11** de permettre le maintien d'un lien d'emploi avec un établissement du réseau de la santé et des services sociaux lorsqu'une infirmière s'intègre à l'équipe d'un GMF ;
- R. 12** de s'assurer, auprès du ministre de l'Éducation et des universités, que les programmes de formation offerts aux professionnels qui oeuvreront dans les GMF permettent d'acquérir toutes les compétences requises ;
- R. 13** d'établir un mécanisme favorisant l'inscription de la population auprès d'un médecin de famille de son choix participant à un GMF ;
- R. 14** de limiter la liste des médecins à un maximum d'environ 2000 inscriptions ;

- R. 15** de développer des indicateurs et des mécanismes d'évaluation :
- du degré d'atteinte des résultats visés ;
 - du degré de satisfaction des professionnels exerçant dans les GMF ;
 - du degré de satisfaction de la clientèle inscrite ;
- R. 16** d'accorder un statut légal aux GMF.

EN REGARD DES MESURES INCITATIVES POUR LES MÉDECINS,

le Conseil recommande :

- R. 17** de faire reposer le mode de rémunération des médecins de famille des GMF avant tout sur des principes de responsabilisation et d'équité ;
- R. 18** de retenir comme mode de rémunération des médecins des GMF des modes mixtes liés à l'inscription de la population dont l'élément clé est fonction de la clientèle inscrite et de ses caractéristiques ;
- R. 19** de bonifier la rémunération des médecins participant à l'implantation des GMF ;
- R. 20** de soutenir financièrement l'informatisation des GMF et leur utilisation subséquente de l'informatique ;

- R. 21** de raccorder les GMF au réseau de télécommunications sociosanitaires pour permettre la transmission électronique des données cliniques ;
- R. 22** d'apporter aux GMF un support administratif :
- en étudiant les aspects légaux des ententes et des contrats cliniques à signer entre les GMF et les établissements ;
 - en développant, en collaboration avec ses partenaires (DRMG, CMQ, FMOQ, ...), un guide de gestion des GMF ;
- R. 23** d'examiner sérieusement, avec la FMOQ, la carrière des médecins de famille et l'opportunité d'établir, entre autres :
- un cheminement graduel de la carrière ;
 - une valorisation de la rémunération tenant compte de la qualité et de la diversité des expériences professionnelles, du maintien et du développement des compétences ;
 - un programme de bénéfices sociaux (journées de maladie, congés parentaux, journées de vacances, journées de perfectionnement, plan de retraite, etc.).

EN REGARD DES GAINS À COURT TERME,

le Conseil recommande :

- R. 24** d'accorder aux médecins des GMF, dès les premiers mois :

- l'aide d'une infirmière pour élargir leur offre de services ;
- la collaboration d'Info-Santé pour le 24/7 ;
- du support pour la gestion ;
- l'accès rapide aux données cliniques (tests de laboratoire, etc.) de leur clientèle.

EN REGARD DE LA CONSOLIDATION DES ACQUIS,

le Conseil recommande :

- R. 25** que le ministre de la Santé et des Services sociaux assume de façon prolongée son leadership à l'égard des GMF ;
- R. 26** de mettre à la disposition des GMF une banque de personnes ressources pouvant les supporter dans leur démarche d'amélioration de la qualité des services.

Sigles utilisés dans le texte

CHSGS : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CLSC : Centre local de services communautaires

CMQ : Collège des médecins du Québec

CMR : Commission médicale régionale

DRMG : Département régional de médecine générale

FMOQ : Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

GMF : Groupe de médecine de famille

LES PUBLICATIONS DU CONSEIL

93-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1994-1995 à 1996-1997, septembre 1993.

94-01

Avis sur le modèle de projection : Offre et demande de services médicaux, juin 1994.

94-02

Avis sur la place des diplômés hors Canada et États-Unis dans le contexte de l'accès aux services médicaux, décembre 1994.

94-03

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1995-1996 à 1997-1998, décembre 1994.

94-04

Avis sur les études de pertinence dans la dispensation des procédures diagnostiques et thérapeutiques,

Revue de littérature sur les études de pertinence des procédures diagnostiques et thérapeutiques, décembre 1994.

95-01

Avis sur l'intégration professionnelle des diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis, mars 1995.

95-02

Avis sur la répartition géographique des effectifs médicaux - Tome 1 - Les plans d'effectifs médicaux, juin 1995.

95-03

Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter - La hiérarchisation des services médicaux, juin 1995.

95-04

Avis sur la notion de requis au point de vue médical et sur les services médicaux assurés, décembre 1995.

96-01

Avis sur la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1996-1997 à 1998-1999, janvier 1996.

96-02

Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1^{re} ligne lié à l'inscription de la population, septembre 1996.

96-03

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1997-1998 à 1999-2000, décembre 1996.

97-01

Avis sur le projet de Plan de répartition de l'effectif médical 1997-2000, juin 1997.

97-02

Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec, septembre 1997.

97-03

Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2^e et 3^e lignes lié à leurs responsabilités, novembre 1997.

98-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1998-1999 à 2000-2001, janvier 1998.

98-02

Avis sur une nouvelle manière de planifier les effectifs médicaux au Québec, mars 1998.

98-03

Avis « Les instituts et les centres hospitaliers universitaires : des établissements en devenir », octobre 1998.

98-04

Avis sur l'assurance-responsabilité professionnelle, décembre 1998.

98-05

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1999-2000 à 2001-2002, octobre 1998.

99-01

Avis sur les cibles en spécialité : Mythes et réalités, juin 1999.

99-02

Avis sur les propositions de la table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec concernant la nécessité de réviser certaines dispositions de la Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1999-2000 à 2001-2002, juin 1999.

99-03

Avis sur l'apport complémentaire du secteur privé dans les services médicalement requis d'un système de santé modernisé, octobre 1999.

99-04

Avis sur le chef de département clinique : rôle et responsabilités, octobre 1999.

2000-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 2000-2001 à 2002-2003, mars 2000.

2001-01

Avis sur le projet de politique des inscriptions dans les programmes de formation postdoctorale en médecine pour 2001-2002, février 2001.

2001-02

Avis sur le plan de l'effectif médical 2001-2003, mai 2001.

2001-03

Avis «L'accessibilité aux services de santé : attente et attentes », juin 2001.

Rapports d'activités :

1993-1994 ;
1994-1995 ;
1995-1996 ;
1996-1997 ;
1997-1998 ;
1998-1999 ;
1999-2000
2000-2001.

Autres :

- Vue d'ensemble des propositions du Conseil médical du Québec pour l'édification d'un système de soins de santé et de services médicaux efficient, juin 1996.
- Réactions commentaires du Conseil médical du Québec sur le document de travail : la gestion des effectifs médicaux au Québec, septembre 1995.

- Rapport du Président du Comité de réflexion sur les coûts socio-économiques des deuils non résolus et de l'acharnement thérapeutique, janvier 1995.
- Avis sur les conséquences prévisibles de la grève illégale des infirmières et des infirmiers du Québec, juillet 1999.
- Propositions novatrices pour assurer l'accessibilité aux soins et la pertinence des services médicaux – Synthèse des avis du Conseil médical du Québec, septembre 2000.
- Avis sur le projet de la nouvelle Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine pour 2001-2002 à 2003-2004, mai 2001.