

RECOMMANDATIONS DE LA FMOQ

**Présentées au comité d'experts pour une
politique gouvernementale sur
l'organisation de service de première ligne**

5 mars 2025

Recommandations de la FMOQ

Comité d'experts pour une politique gouvernementale sur l'organisation de services de première ligne

Éléments contextuels

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) représente près de 10 000 médecins de famille répartis dans 18 associations à travers la province. Acteur incontournable et de premier plan dans l'organisation des soins de santé, la FMOQ s'investit activement pour améliorer l'accès aux soins de santé et renforcer la qualité des soins et services de première ligne offerts à la population québécoise.

Depuis des décennies, elle est un leader transformationnel, ayant joué un rôle clé dans de nombreux dossiers historiques, dont la création des Groupes de médecine de famille (GMF), l'instauration des Directions régionales de médecine générale (DRMG, aujourd'hui DTMF), l'implantation du guichet d'accès à la première ligne (GAP) ainsi que l'inscription à un groupe de médecine de famille.

La FMOQ joue un rôle d'amplificateur des voix des médecins de famille du terrain, en faisant connaître aux plus hautes instances décisionnelles stratégiques les initiatives les plus prometteuses venant de ses membres. Ces exemples susmentionnés ne sont là que quelques-unes parmi toutes les réalisations des dernières décennies. Elles démontrent à n'en point douter que la FMOQ s'est toujours d'abord distinguée par son approche collaborative, privilégiant toujours celle-ci à la confrontation, qu'elle juge improductive.

La FMOQ souhaite tout d'abord mettre en lumière le contexte actuel de la première ligne au Québec, et tient par ailleurs à soulever les enjeux qui sous-tendent sa participation à cet exercice de consultation.

Qu'on le veuille ou non, l'offre de services en première ligne repose encore majoritairement sur les épaules des médecins de famille, qui constituent le plus souvent les piliers du réseau de la santé. La FMOQ considère cela toutefois assez normal étant donné le haut niveau d'expertise attendu des médecins de famille, une expertise plus que nécessaire, recherchée et encore fortement désirée par la population québécoise.

Nous sommes toutefois aujourd'hui confrontés à une pénurie significative de médecins de famille, et ce, peu importe de quelle manière nous choisissons d'aborder les besoins réels de la première ligne. Cette pénurie, estimée en ce moment à au moins 1500 médecins de famille, affecte la capacité du réseau à bien répondre aux besoins et attentes de la population québécoise. Elle s'est aggravée, avec un bilan net négatif au cours des deux dernières années, bilan de – 48 médecins de famille en 2022-2023 et de – 16 en 2023-2024. Cette situation est d'autant plus préoccupante avec le vieillissement croissant de la

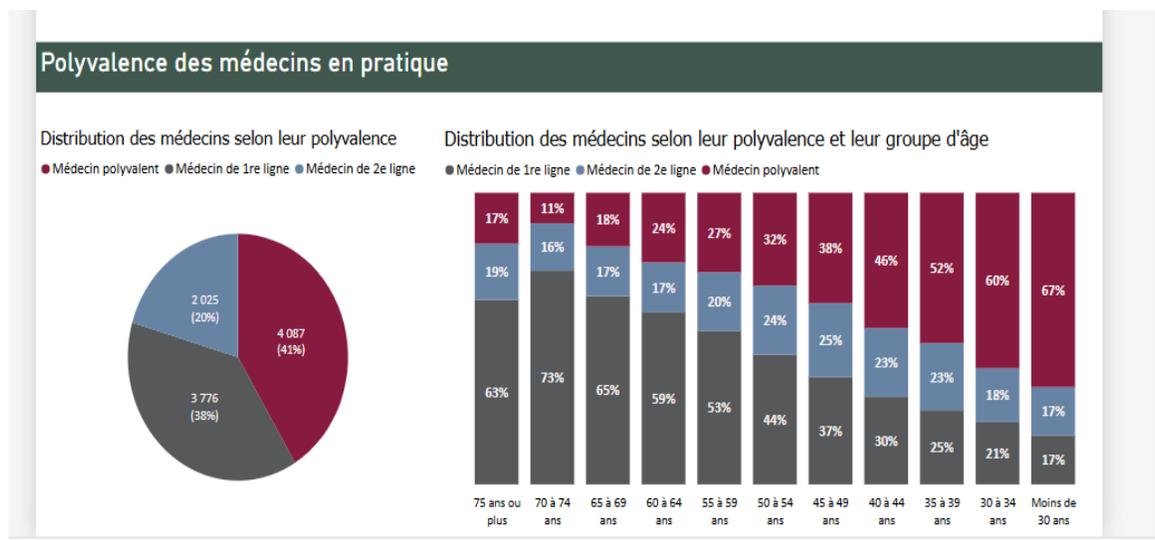
population, qui mène à un alourdissement des cas, à des besoins grandissants, et qui nécessite donc davantage de temps clinique de la part des médecins de famille.

La FMOQ tient aussi à rappeler que les médecins de famille québécois assument un rôle beaucoup plus diversifié au quotidien que leurs homologues des autres provinces et territoires du Canada. Les activités professionnelles des médecins de famille québécois se déroulent tant en première ligne qu'en deuxième ligne, tandis que d'autres œuvrent aussi dans des secteurs particuliers.

Le tableau ci-dessous illustre la proportion de médecins de famille ayant une pratique uniquement en première ligne, ceux ayant une pratique uniquement en deuxième ligne, et ceux ayant une pratique mixte, soit en première et en deuxième ligne.

Cette analyse est basée sur les données de facturation 2023-2024, tirées des données de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ).

Tableau 1. Polyvalence des médecins de famille en pratique



Cette grande diversification des rôles, cette disparité dans leurs fonctions, a un impact direct et incontestable sur leur disponibilité en première ligne et sur l'offre intégrale de services à la population.

Il est toutefois essentiel de souligner que le rôle des médecins de famille en deuxième ligne est d'une inestimable valeur pour le système de santé, mais également un facteur d'attractivité important pour le choix de la médecine de famille. Alors que cette spécialité souffre d'un profond déficit d'attractivité, la polyvalence des médecins de famille est plus que jamais un facteur-clé en matière d'attractivité et de rétention. Il importe donc, malgré tout, de préserver la présence des médecins de famille en deuxième ligne afin de maintenir

l'engagement de ces derniers dans le réseau public, et de garantir une offre de soins adaptée aux besoins de la population, notamment dans certaines régions et localités.

Selon la FMOQ, une politique nationale des services de première ligne au Québec doit, de manière sine qua non, s'assurer que toutes les composantes du système de santé, du secteur communautaire aux soins de spécialité en passant par la première ligne et la deuxième ligne, soient véritablement intégrées, éliminant de facto les silos qui nuisent à la fluidité des parcours de soin. Les professionnels et gestionnaires des différents secteurs de la santé doivent fonctionner en synergie réelle, car ils doivent assurer une intégration concrète et cohérente des soins au bénéfice des patients.

Ainsi, la FMOQ est d'avis qu'il est nécessaire, avant toute chose, d'éviter la compartimentation, et donc de s'assurer que toute politique gouvernementale ou nationale sur l'organisation des services de première ligne s'inscrive d'abord et avant tout dans une vision beaucoup plus large, synergique et intégrée du système de santé.

Le point focal ne saurait être placé exclusivement sur la première ligne en matière d'organisations des soins et services aux patients, mais bien sur l'intégration des soins et services à tous les niveaux. C'est ainsi que nous devons « penser » le système.

Les services de première ligne en santé et services sociaux au Québec (question 1)

Les services de première ligne en santé doivent rassembler et unir les différents acteurs permettant d'offrir un accès à la population à des services de prévention, de dépistage, de promotion de la santé, mais aussi des soins curatifs, de réadaptation, des services en santé mentale, des soins à domicile ainsi qu'un accompagnement complet dans la trajectoire des soins, du niveau communautaire au niveau le plus spécialisé.

Le médecin de famille demeure au cœur du système de première ligne et devrait en demeurer le pilier en raison de son haut niveau d'expertise, de la qualité et de l'ampleur de son expérience et de son exposition cliniques, ainsi que de son rôle fondamental de pivot dans la santé du patient et de sa famille. Il est le professionnel auquel la population souhaite pouvoir continuer de se référer, peu importe le contexte de collaboration professionnelle. C'est une question de confiance.

Toutes les cliniques participant aux programmes des groupes de médecine de famille (GMF), incluant les GMF-U, devraient par conséquent être incluses dans tout ce qui sera éventuellement couvert par la portée de cette politique, tout comme les cliniques médicales hors-GMF. Cela inclut les services médicaux des Centres locaux de services communautaires (CLSC), qui accueillent environ 18 % des patients inscrits au Québec. Cette catégorie hors-GMF inclut également les cabinets de médecins fonctionnant en pratique solo, une forme d'exercice qui n'est pas interprofessionnelle et qui devrait être mieux intégrée afin d'éviter la fragmentation accrue des services de première ligne et le fonctionnement en silo.

La politique devrait aussi s'assurer de couvrir les autres structures existantes, comme les coopératives de santé. Elle devrait non moins s'assurer de prévoir ce qu'il adviendrait des milliers de patients recevant actuellement des soins par l'entremise de cabinets de médecins désaffiliés, dont l'offre, encore en 2025, s'ajoute malgré tout à l'offre publique de services de première ligne. L'accès, la pertinence, mais aussi la continuité des soins doit être considérée dans l'équation.

Une fois que nous avons positionné les secteurs de pratique dans lesquels nous estimons qu'il importe de revoir et de prioriser les services, il est essentiel d'aborder quelques-uns des différents rôles professionnels en première ligne ainsi que certains lieux de dispensation de services, puisque ceux-ci – et surtout leur manière d'être structurés – auront un impact notoire sur la qualité et la coordination de l'offre de services en première ligne, et au-delà.

IPSPL : Il est crucial que le rôle des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSPL) soit tout d'abord clarifié. Les résultats de l'implantation de cliniques IPSPL sont en cours de production, et l'évaluation de ces initiatives n'est pas terminée. La FMOQ propose d'intégrer cette profession au réseau de première ligne sans créer une fragmentation dans l'offre de soins, sans permettre, encore une fois, l'existence d'un fonctionnement en silo. Les IPSPL doivent devenir un acteur fonctionnant en réseau avec les autres professionnels, incluant les médecins de famille, sans s'y limiter, dans un cadre foncièrement collaboratif, qu'il soit de niveau méso ou micro.

Pharmaciens : Les services pharmaceutiques devraient aussi être couverts par cette politique, incluant les pharmaciens intra-GMF et les pharmaciens communautaires.

Points de services locaux (PSL) : Ces points de services regroupant des services interprofessionnels pour la première ligne, doivent également être intégrés dans un tel projet de politique. Les PSL couvrent des activités essentielles telles que le dépistage, la prévention ainsi que l'application d'ordonnances collectives. Il est donc tout aussi crucial que le secteur communautaire soit connecté à ces points de services locaux, et qu'il ne soit pas considéré comme en marge du système.

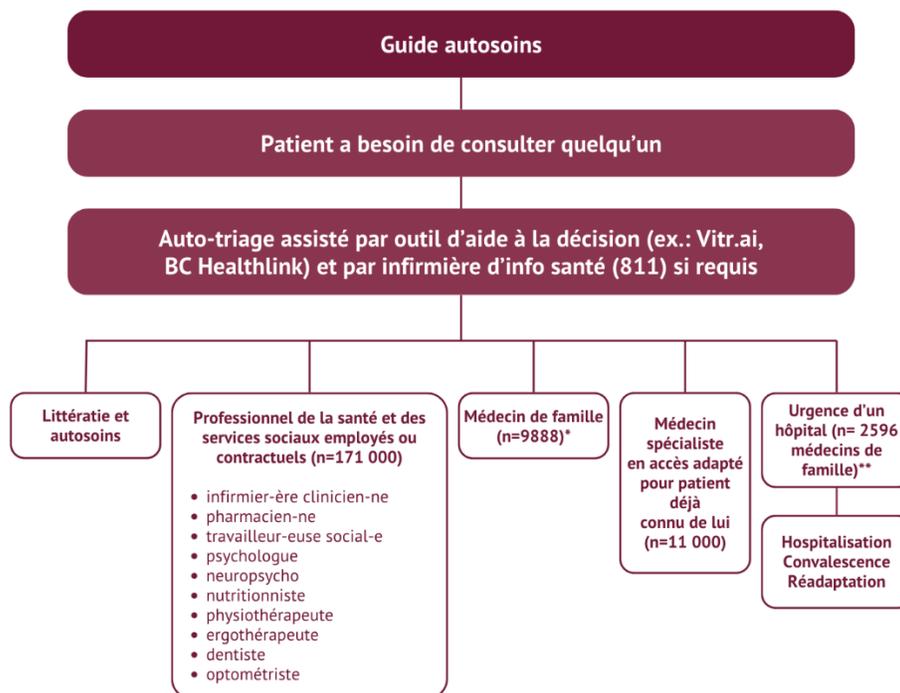
Santé mentale : Ce secteur de pratique représente un autre axe fondamental et incontournable des soins de première ligne. Il est essentiel de définir clairement quels services de santé mentale doivent être visés par cette politique. Parmi eux, le guichet d'accès en santé mentale (GASMA), accessible via le 811 option 2, constitue une ressource importante en permettant un tout premier contact avec des travailleurs sociaux. L'accès à des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes en santé mentale et des psychologues dans les services de première ligne, est essentiel à intégrer à une politique nationale des services de première ligne.

Autres services professionnels : Enfin, d'autres services doivent d'office être considérés dans le développement d'une vision intégrée de la première ligne, notamment la physiothérapie, l'optométrie, la nutrition, la kinésiologie, les services dentaires ainsi que divers services communautaires qui assurent un soutien complémentaire aux populations vulnérables et qui se révèlent souvent comme une porte d'entrée du système pour ces dernières.

Tous ces services, professionnels et secteurs se doivent de fonctionner en réseau de façon plus ou moins formelle selon les maillages, au niveau local, parfois micro-local, et doivent surtout avoir la capacité décisionnelle de concevoir et d'organiser des services en fonction des caractéristiques et besoins propres de la population qu'ils desservent, afin d'éviter les solutions mur à mur venant d'instances décisionnelles centralisées.

Pour l'accès à certains plateaux techniques et à certains services professionnels, un réseau au niveau régional est nécessaire, toujours avec une gouvernance de proximité, un certain niveau de décentralisation et un pouvoir local, pour permettre de bien identifier les besoins de la population et la desservir de façon optimale.

Enfin, une telle politique devrait, en plus de considérer et d'intégrer les éléments susmentionnés, traiter sans détour de l'étendue du panier de services. Quels services doivent véritablement faire l'objet d'une gratuité nécessaire pour le patient ? Que doit-on et que peut-on inclure dans le panier de services ? Les besoins seront toujours plus grands que les moyens, et il y aura donc systématiquement des choix à faire. Toutes les possibilités de services ne pourront pas faire d'office partie d'une offre de services publics de santé.



*dont 8400 étaient en pratique toute l'année 2023-2024

**dont 1509 en pratique principale (+ que 50% de leurs activités en urgence)

Les barrières à la mise en place d'une première ligne forte (question 3)

Le développement d'une première ligne forte et efficace fait face à plusieurs défis.

Il y a tout d'abord la **gestion budgétaire par établissement** et disons-le, **plus hospitalocentrique**, qui ne permet pas la protection de budgets dévolus à la première ligne, et qui devraient pourtant lui être exclusifs.

Il est clair que le modèle actuel des CISSS et CIUSSS favorise une telle vision hospitalocentriste de l'organisation des soins, laquelle se fait au détriment d'un développement harmonieux et complet des services de proximité.

Deuxièmement, nous faisons face au Québec à une **absence importante de soutien aux équipes cliniques de première ligne**, ce qui nuit à l'implantation du travail interprofessionnel et renforce le fonctionnement en silo.

Un autre frein, majeur celui-là aussi, est l'**absence d'un dossier clinique unique**, accessible à tous les professionnels de la santé. Cette absence ralentit la continuité des soins et augmente la charge administrative. En 2025, malgré les promesses du projet du Dossier santé numérique (DSN), il persiste un flagrant manque de maturité des systèmes d'information – attribuable à l'**absence d'une véritable culture de la donnée**, à la désuétude des infrastructures informatiques et aux importantes difficultés d'interopérabilité entre les systèmes actuels, difficilement intégrables, régis et cadrés par des contrats contraignants.

L'accès à l'information étant à la base de la plupart des décisions cliniques, l'état fragmenté de l'information clinique et clinico-administrative nuit forcément à l'intégration des soins, et donc à la fluidité du parcours des patients.

En ce qui concerne l'intégration croissante des outils numériques et des technologies d'information, notamment de l'intelligence artificielle, dans les décisions cliniques et de gestion, un enjeu qu'il faut considérer se rapporte à l'imputabilité. La manière dont les décisions sont prises avec le soutien de ces technologies reste à être mieux définie. Cette ambiguïté peut créer des zones grises quant à l'attribution des responsabilités en cas de défaillance du système ou d'erreur liée à l'utilisation de l'intelligence artificielle. L'implantation de tels outils nécessite une attention particulière pour éviter que le fardeau de la responsabilité ne repose sur les épaules des professionnels de la santé, qu'ils soient médecins ou autres. Ainsi, les technologies devraient demeurer des outils d'appui et d'aide à la décision, et non des substituts au jugement clinique des médecins de famille et à leur rôle central dans le suivi des patients. L'engouement pour l'intelligence artificielle et ses possibilités est normal et humain, car le progrès fait partie de l'évolution. Mais en matière de santé, et donc de responsabilité professionnelle, il vaut mieux y aller de manière incrémentale, prudemment, que de se lancer trop rapidement dans des avenues susceptibles d'avoir des effets délétères sur le patient.

On aborde fréquemment, dans l'espace public, les difficultés d'accès aux services de première ligne. Ces difficultés sont réelles. Or, les **difficultés d'accès aux plateaux techniques, aux médecins d'autres spécialités, aux autres professionnels de la santé ainsi qu'aux services en santé mentale**, tel un effet domino, nuisent eux aussi à l'accès et retardent la prise en charge des patients, qui eux ne savent pas davantage vers qui se tourner alors que leur condition change possiblement durant l'attente.

L'arrivée de **nouveaux professionnels de la santé** (par exemple : IPSPL) **sans leur intégration adéquate** aggrave quant à elle la fragmentation des soins.

Le **manque de planification des effectifs et de la relève** accentue la pénurie de professionnels de la santé, notamment celle qui prévaut – et qui est flagrante – en médecine familiale. La dévalorisation de la médecine familiale, dévalorisation se traduisant de plusieurs manières, réduit son attractivité et contribue à la pénurie actuelle, ce qui peut pousser les décideurs à la tentation de relayer les responsabilités médicales vers d'autres professionnels de la santé, compétents mais dont le niveau d'expertise est moindre. On fait ainsi face à un serpent qui se mord la queue.

Finalement, à la base des freins au développement sain de la première ligne persiste **une mauvaise définition, distinction et répartition des rôles entre le politique et les opérations**. On note aussi l'absence d'**autorité fonctionnelle au sein des équipes**, le **recours quasi systématique aux mécanismes coercitifs pour encadrer les médecins de famille**, mesures ou mécanismes qui à leur tour freinent les efforts de transformation de la première ligne. Les autres provinces et territoires canadiens n'utilisent pas de telles mesures coercitives et privilégient des leviers mobilisateurs et mesures incitatives ciblées. Il est par ailleurs difficile de bien comprendre pourquoi, au Québec, il semble aussi difficile de préconiser la même voie.

Le gouvernement du Québec, souvent perçu comme peu à l'écoute des acteurs de la première ligne, complique davantage l'adoption de solutions adaptées aux réalités du terrain en tentant d'imposer soit des « recettes », soit des solutions mur à mur, de type *one size fits all* (homogènes).

Deux initiatives porteuses : les GMF et l'inscription collective (question 5)

Les GMF

Il est important tout d'abord de distinguer ici la création des Groupes de médecine de famille (GMF) du programme GMF.

L'essence même du travail en GMF est de permettre, en un même lieu, une offre de soins pour desservir une population inscrite. Pour favoriser la continuité des soins, les médecins travaillent donc en collaboration avec les professionnels clés en santé pour offrir des soins de première ligne aux patients. Le regroupement de médecins au sein du GMF contribue à renforcer l'accessibilité aux soins en offrant aux patients un réseau de médecins disponibles,

le tout avec un financement pour soutenir cette offre de services et conférer une certaine flexibilité opérationnelle au groupe.

L'évolution de ce modèle constitue d'ailleurs la pierre angulaire des travaux communs FMOQ-MSSS-DRMG (DTMF) des dernières années sur l'organisation des soins en première ligne.

Enfin, il y a le programme GMF en soit, qui cadre l'offre de services susmentionnée en fonction du nombre de patients inscrits au sein du groupe et des services accessoires possibles, tel l'accès à des patients non-inscrits à certains services.

Malgré ces avantages, plusieurs barrières freinent la réalisation du plein potentiel du programme GMF. L'une des principales difficultés réside dans l'instabilité des professionnels au sein des équipes, puisque ces ressources appartiennent le plus souvent aux établissements que sont les CISSS et CIUSSS, les médecins de famille ne pouvant pas participer activement à leur sélection. Cette réalité complique la continuité des services et crée une pression constante pour recruter et former de nouveaux collaborateurs, au détriment de la stabilité des équipes.

Un second frein significatif au programme GMF est l'absence de négociation avec la FMOQ dans l'évolution du programme. On constate ainsi une augmentation constante des contraintes et obligations imposées aux médecins de famille, avec sanction en cas de non-respect de ces obligations, alors que le MSSS n'a aucune sanction s'il ne respecte pas sa part du contrat.

Enfin, le sous-financement du programme est en décalage avec les obligations auxquelles les GMF doivent répondre, ce qui pose un défi considérable aux médecins de famille. L'absence d'indexation annuelle au coût de la vie aggrave cette situation, limitant la capacité des cliniques à maintenir un niveau de services adéquat et à offrir des conditions de travail attractives. Enfin, la gestion obscure du budget dans les GMF mixtes et publics est préoccupante, et on y note une absence de mécanismes clairs de reddition de comptes, notamment en contexte de cogestion.

L'inscription collective

Dans un contexte de départs prévisibles, du départ à la retraite des médecins de famille (accélééré par la pandémie) ainsi que du manque chronique de médecins de famille à la suite d'une mauvaise planification des effectifs médicaux, la FMOQ a soumis l'idée, en 2021, de donner un accès à des services de santé aux patients sans médecin de famille.

Voici toutefois quelques-uns des enjeux rencontrés dans la réalisation de cette nouvelle initiative :

- Des délais très courts pour développer un service d'inscription collective, mise en place sans planification et sans outil informatique prêt pour permettre un suivi de cette mesure;

- MSSS davantage préoccupé par le contrôle des médecins qui participent que l'accès clair des patients pour cette inscription collective;
- Adaptabilité variable du côté ministériel, pour prise en considération des variabilités terrain selon les régions;
- Improvisation du soutien financier pour l'ajout de ces services : en retard sur le déploiement de l'inscription collective;
- Difficulté d'adaptabilité de la RAMQ pour appliquer le suivi de la mesure.

En revanche, on relève quelques éléments positifs de l'inscription collective :

- Adhésion significative des médecins à cette mesure, dépassant l'objectif initial. Une fois le processus d'adhésion et d'ajout de clientèle clarifié, processus fluide et fonctionnel;
- Augmentation générale de l'accès à des services de première ligne pour les patients inscrits collectifs;
- Augmentation générale de l'accès à des services de première ligne pour les patients non-inscrits collectivement à la suite de l'ouverture à ces patients du service GAP;

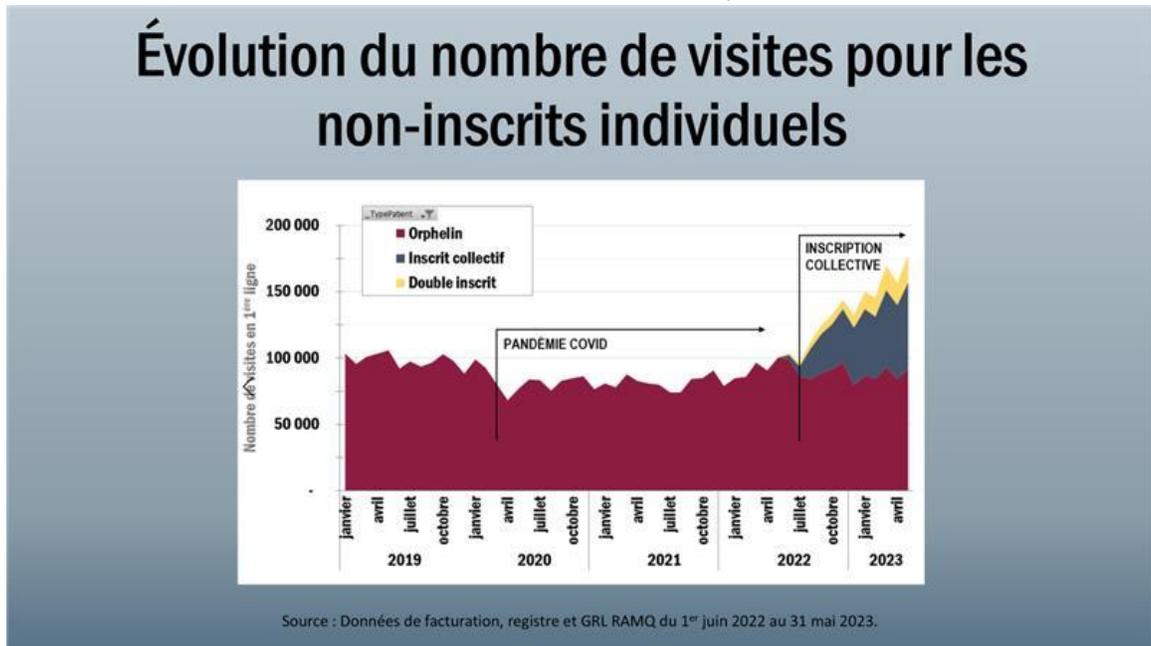
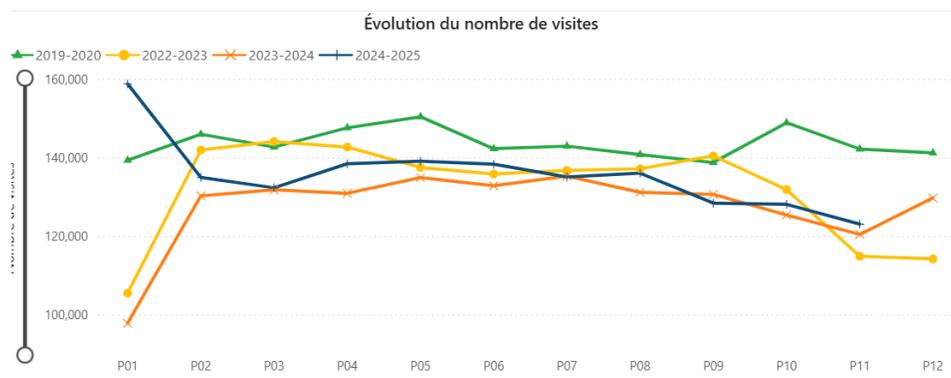


Tableau données partielles initiales;

- Diminution générale des consultations à l'urgence, principalement les P4-P5, de patients orphelins dans les urgences (*données disponibles dans BI MSSS*);



- Amélioration de la pertinence des visites en première ligne;
- L'inscription collective permet de diminuer la liste d'attente GAMF et d'amoindrir l'impact de la décroissance des effectifs médicaux en prise en charge individuelle liée notamment à l'âge des médecins.

Orientations principales proposées par la FMOQ (question 2)

Orientation en amont du système de santé

Littératie en santé de la population et prévention de la maladie

- Avant même de nous préoccuper de la structuration et du fonctionnement de la première ligne en tant que telle, il importe de tout tenter et de tout mettre en œuvre pour **influer tant sur la demande de soins en services de première ligne que sur l'offre puisque ce qui est recherché, avant toute chose, c'est une population en santé.**
- Il faut donc envisager des manières de redonner du pouvoir à la population sur sa propre santé. Pour ce faire, la population doit être **mieux éduquée** par rapport à sa propre santé, et ce, à tous les stades de la vie.
- Il importe donc de développer des initiatives, que ce soit par l'éducation directe ou par des stratégies de marketing social, qui permettent à la population de **développer un plus grand pouvoir sur sa santé.**
- De plus, une articulation stratégique doit se faire non seulement entre la santé publique et le système de santé, qui offre des soins et services à tous les niveaux, mais aussi et surtout entre la santé publique et les autres secteurs socioéconomiques (éducation, environnement, transports, municipalités, développement économique, etc.)

Orientations du système de santé

Gouvernance décentralisée et leadership collaboratif en première ligne

- Mettre en place une gouvernance des soins et services de première ligne **décentralisée et adaptée aux besoins** régionaux, locaux et parfois même microlocaux.

Favoriser une approche de leadership collaboratif entre le gouvernement, Santé Québec, les DTMF, les médecins de famille et les autres acteurs de première ligne, ainsi que les patients pour assurer la co-gestion des services et garantir une prise de décision concertée, qui reflète véritablement les réalités du terrain.

Afin de garantir la collaboration et d'assurer la meilleure gouvernance qui soit, la notion de financement durable est essentielle.

Financement durable

- Garantir un **financement stable, récurrent et protégé** pour les services de première ligne selon le panier de services établi, incluant une indexation aux coûts réels de la vie et des mécanismes de rémunération professionnelle favorisant la collaboration, l'intégration et le partage de la responsabilité populationnelle.

S'assurer d'une **adéquation optimisée entre l'offre et la demande**. Il est impossible de répondre à tous les besoins, mais il est nécessaire de s'assurer que ce qu'on choisit de financer le soit correctement.

Intégration des services de première ligne

- **Assurer un continuum de services** cohérent entre les lignes de services, en éliminant les barrières entre les services et soins communautaires, les services spécialisés et les autres professionnels ayant une pratique en dehors du public afin de garantir un meilleur accès et une prise en charge coordonnée des patients.

Planification des effectifs en première ligne

- **Assurer une planification proactive et adaptée des ressources humaines**, en tenant compte de la pénurie de main-d'œuvre, notamment celle des médecins de famille, afin de garantir une répartition équilibrée des professionnels, une stabilité des équipes et une réponse efficace aux besoins des populations desservies.

Renforcement du travail interprofessionnel et pertinence des soins

- **Mettre en place un cadre structurant** pour institutionnaliser le travail interprofessionnel en première ligne, incluant une définition claire des rôles et responsabilités, des mécanismes de collaboration efficaces et une couverture adéquate des services offerts par tous les professionnels impliqués, selon les paramètres définis du panier de services. Un tel cadre favorise la stabilité des équipes et améliore ainsi les soins aux patients.

- **Assurer la pertinence des soins en garantissant que le bon professionnel intervienne au bon moment**, selon le besoin du patient, afin d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles et d'améliorer l'accessibilité aux soins de première ligne et la trajectoire de soins la plus adéquate pour le patient.

Les moyens à mettre en place (Question 4)

Pour assurer le développement d'une première ligne forte et efficace, il est essentiel d'instaurer une culture de collaboration structurée à tous les niveaux. Cela implique une coopération renforcée entre le gouvernement et les acteurs de la première ligne (niveau macro), une meilleure coordination entre les établissements de santé, les cliniques et les services communautaires (niveau méso), ainsi qu'une collaboration interprofessionnelle optimisée entre les médecins de famille, les IPSPL, les infirmières cliniciennes et auxiliaires, les pharmaciens et les autres professionnels de santé (niveau micro).

Cette approche collaborative **doit** s'appuyer sur une véritable cogestion et non sur une simple consultation des parties prenantes.

L'expertise et le rôle central des médecins de famille doivent être pleinement reconnus et valorisés afin de favoriser l'engagement et la rétention de ces derniers. Cela passe par une amélioration de leurs conditions d'exercice, la reconnaissance du travail médico-administratif et de la collaboration interprofessionnelle, ainsi que la mise en place de mécanismes mobilisateurs plutôt que coercitifs pour mieux répartir les effectifs et favoriser le choix de la pratique en première ligne. Des conditions d'exercice permettant aux équipes médicales de sélectionner leurs professionnels et d'avoir un environnement de travail permettant la stabilité de ces professionnels. La stabilité amènera forcément l'optimisation de l'expertise en première ligne, ainsi que l'amélioration des services offerts, en qualité et en fluidité.

Parmi les autres moyens, notons que l'intégration et la continuité des soins nécessitent également la mise en place d'un dossier clinique unique, consultable par l'ensemble des professionnels de la santé concernés par les services prodigués aux patients. À défaut d'un outil unique, nous préconisons une interface adéquate avec les DMÉ et une uniformisation des outils électroniques pour toute requête, pour des services professionnels spécialisés ou pour des investigations.

La question du financement doit quant à elle être sécurisée par des ententes claires avec Santé Québec, qui deviendra le principal financeur. Un budget protégé en première ligne pour le fonctionnement des services de proximité évite l'utilisation des fonds par les établissements pour d'autres services. Idéalement, il vaudrait mieux que le financement ne soit pas sous l'égide des établissements territoriaux. Cela serait un élément facilitateur à la protection des budgets alloués à la première ligne.

Il est enfin impératif d'établir un cadre interprofessionnel structurant qui clarifie les rôles et responsabilités de chaque professionnel au sein de la première ligne. Ce cadre doit s'appuyer sur des guides pratiques, des formations adaptées et un accompagnement

constant en gestion du changement afin d'assurer une véritable collaboration interdisciplinaire et une complémentarité efficace entre les professions de santé, au bénéfice du patient. Un tel cadre interprofessionnel permettra de partager la responsabilité populationnelle entre les différents professionnels en santé, selon leur rôle et responsabilité respectifs.

Une gouvernance de proximité effectuée par des médecins de famille est primordiale.

Le DTMF doit être directement sous l'autorité de Santé Québec, et non sous l'autorité des établissements, pour permettre une souveraineté de la gestion administrative et financière des services en première ligne du territoire.

Le DTMF assume le leadership de l'organisation des soins de première ligne via une table de concertation de la gouvernance locale et régionale, et assume ainsi pleinement la responsabilité financière et populationnelle de ce réseau.

La gouvernance (question 6 et éléments de question 7)

La gouvernance des services de première ligne doit être décentralisée et adaptée aux réalités régionales, locales et micro-locales, en tenant compte des besoins démographiques, de l'indice de vulnérabilité des populations et des ressources disponibles.

Une telle approche permettrait une allocation plus efficace des ressources humaines et financières et favoriserait une meilleure réactivité aux enjeux régionaux ou locaux.

La gestion de proximité devrait s'appuyer sur des orientations stratégiques définies par le MSSS, une opérationnalisation orchestrée par Santé Québec et une implantation modulée par territoire (CLSC, RLS) sous la responsabilité des DTMF.

Le leadership des médecins de famille doit être renforcé, tout en assurant une participation intersectorielle (éducation, OBNL, transports, environnement, etc.) et interprofessionnelle (autres professionnels locaux).

De plus, la surveillance de l'état de santé des populations desservies et l'implication des citoyens doivent être intégrées à la gouvernance. Dans cette optique, l'engagement central des usagers et des citoyens, tel que proposé par la Table intersectorielle et interdisciplinaire de proximité (TIIP), doit être renforcé afin d'assurer une meilleure considération des besoins réels du terrain.

Considérant les différents types de savoirs des patients même s'ils ne sont pas des experts médicaux ou cliniques, l'intégration des patients partenaires au sein des mécanismes de gouvernance permettra de tenir compte de ces différents savoirs et de garantir une approche de soins véritablement centrée sur les besoins des communautés locales.

Les indicateurs suggérés (question 8)

Pour assurer le suivi des services rendus auprès des citoyens et des résidents du Québec, des indicateurs orientés vers des résultats de santé populationnelle devraient avoir

préséance sur des indicateurs de performance mathématique de volumétrie, habituellement utilisés, tels que le taux d'assiduité, par exemple.

Ainsi, ce type d'indicateurs - dont certains plus qualitatifs - permettrait de mesurer l'impact sur la santé des citoyens et ne serait pas une mesure de performance visant uniquement les médecins de famille ou les professionnels de la santé pris isolément, mais mesurerait l'impact entier de l'équipe sur l'état de santé d'une population donnée.

Il faut être prudent avec les indicateurs de performance classiquement utilisés, tels que le nombre de rendez-vous offerts ou réalisés. Le nombre de visites ne permet pas d'évaluer la qualité et la quantité de soins fournis lors d'une même visite, ni même l'impact sur la santé des patients, surtout. Ce ne sont pas de véritables indicateurs de santé sur lesquels la performance de notre système de santé, en première ligne ou ailleurs, peut ou doit se baser.

Les indicateurs de santé populationnelle peuvent être établis, par exemple, en fonction du taux de maintien à domicile par rapport à certaines pathologies ou conditions (soins palliatifs, démence, autres maladies chroniques) ou encore, les taux d'hospitalisations-visites à l'urgence pour MPOC ou asthme décompensé.

Comme autres indicateurs de performance potentiels, suggérons :

- Le délai d'obtention d'un examen en imagerie selon la priorité clinique;
- Le délai d'obtention d'un rendez-vous pour dépistage;
- Le délai d'un premier contact avec un professionnel pour un besoin en santé mentale ou physique.
- Le délai pour l'obtention d'un rendez-vous avec un professionnel de la santé lors d'une prise de contact et d'une orientation par le recours à l'intelligence artificielle, selon la priorité clinique indiquée;
- Le niveau d'implantation de règles de soins spécifiques
- Le niveau de littératie en santé de la population
- Un indicateur d'accès pertinent pour tous les professionnels de la santé de première ligne
- Un indicateur d'**accès pertinent**, en temps opportun, et non pas « l'accès pour l'accès » à la deuxième ligne par les professionnels de première ligne.

Conclusion

La FMOQ est d'avis que toute politique nationale des services de première ligne doit autant tenter de viser à créer un impact sur la demande que sur l'offre de soins et services.

Pour y parvenir, cette politique doit donc aller bien au-delà des orientations et de la structuration du système de santé en lui-même, mais doit aussi agir en amont, de concert avec la santé publique, d'une part, mais également avec les autres secteurs socioéconomiques du Québec.

Il est essentiel que la population ait accès à un maximum de possibilités d'éducation à la santé à tous les âges de la vie, et que la société maximise tout ce qui lui permet de maintenir sa population en santé, en travaillant sur les systèmes d'éducation et systèmes apprenants, les environnements et les déterminants sociaux de la santé.

Une fois que cela est postulé et établi, pour ce qui est toutefois de l'offre de services de santé, les médecins de famille au Québec constituent quant à la FMOQ l'élément central de l'expertise des services de première ligne, et doivent le demeurer. Le médecin de famille continue d'être le professionnel de la santé malgré tout le plus disponible, le plus polyvalent, et dont le niveau d'expertise clinique est probablement aussi le plus développé, sans vouloir rien enlever aux autres professionnels de la santé.

Une politique nationale des services de première ligne, si elle se veut véritablement au service de la population et des patients, doit donc soutenir l'autonomie de cette profession de façon réelle et y adjoindre, de manière intégrée, l'ensemble des partenaires de la première ligne et des autres lignes de soins et services. Il en va non seulement de l'autonomie et de la force brute de cette première ligne, mais également de son efficacité. Chaque dollar qui y est investi doit y avoir la meilleure valeur ajoutée possible pour la santé du patient.

Une politique nationale de santé en première ligne doit permettre à cette ligne de services de s'épanouir solidement grâce à ses piliers essentiels: l'expertise pointue et la polyvalence propres aux médecins de famille, le travail interprofessionnel en réelle collaboration avec de nombreux professionnels, l'autonomie de gestion financière, la gouvernance de proximité hors établissement et une responsabilité populationnelle partagée.

Cette politique doit enfin assurer un cadre de pratique valorisant pour les médecins de famille et pour tous les autres professionnels de la santé, un cadre pérenne au niveau financier, avec une gestion de proximité pour des soins et services pertinents, en cohérence avec les besoins de la population.

À titre de représentant de près de 10 000 médecins de famille au Québec, la FMOQ a toujours été un partenaire incontournable dans l'organisation et la dispensation des services de santé de première ligne à la population, et aspire à le demeurer.

Étant donné la teneur des travaux d'envergure qu'elle réalise depuis plusieurs années, de concert avec le MSSS et les DRMG (DTMF), elle réclame en revanche que cette politique débouche plus tôt que tard sur un plan d'action aussi concret que possible, car la population attend toujours les solutions qui viendront renforcer l'accès à la première ligne et assurer la qualité des soins et services reçus.

Or, nous n'avons plus vraiment le luxe d'attendre.