



Pour offrir à chaque citoyen du Québec l'accès aux services du réseau public de santé et services sociaux du Québec en misant sur des équipes multidisciplinaires dont l'État assure le financement

Les équipes qui peuvent assurer l'accès et la continuité des soins à leurs clients

- **Les groupes de médecine familiale (GMF) privés**, c'est-à-dire ceux qui sont logés et administrés par des propriétaires privés, ceux qui se font prêter du personnel du réseau et ceux qui n'en ont pas.
- **Les GMF logés dans des locaux du réseau** et dont tout le personnel sauf les médecins sont leurs employés.
- **Les organisations communautaires et coopératives** (Coopératives, OSBL, et autres organisations) avec médecins ou infirmières ISPL qui peuvent rendre des services médicaux rémunérés par la RAMQ.
- **Les équipes du réseau public** de soins et services pour les patients avec besoins particuliers ou complexes : maintien à domicile, enfants en difficulté, santé mentale et toxicomanie.

Les équipes qui peuvent assurer l'accès aux patients en situation d'urgence et/ou en dehors des heures régulières de services

- Les cliniques sans rendez-vous (RV) des GMF.
- Les salles d'urgence et de sans RV des centres hospitaliers (CH).

Les équipes qui offrent des services ponctuels, de base ou spécialisés

- Les équipes chirurgicales et médicales des CH.
- Les cabinets de médecins spécialistes affiliés à la RAMQ.
- Les cabinets de médecins affiliés ou désaffiliés qui offrent des services partiellement ou complètement à la charge des patients.

Les autres acteurs contribuant à l'accès aux soins

- Les **pharmacies** qui occupent un rôle important en termes d'accès et de continuité sans être suffisamment arrimées avec l'ensemble du système.
- Les **cliniques de professionnels de la santé** qui offrent des services ponctuels indispensables, mais pratiquement toujours à la charge des patients ou de leurs assurances privées s'ils en ont.
- Les **services préhospitaliers** : ambulanciers, 911 et Centre Antipoison.
- Les **services d'information et d'aiguillage** : 811, GAP, Info Santé.

Les équipes à consolider ou à remettre en place

- Les équipes multidisciplinaires des CLSC en première ligne

Pour répartir entre ces équipes la responsabilité de prise en charge des besoins de santé de tous les citoyens du Québec.

- **La RAMQ** devrait assigner aux GMF privés et publics, ainsi qu'aux coopératives et OSBL, tous les patients qui y ont actuellement leur médecin de famille ou qui y sont inscrits.
- On devrait confier aux équipes de soins primaires ou spécialisés du réseau public de santé **les patients vulnérables ou avec des besoins complexes** dont elles sont le principal fournisseur de leurs services de santé.
- On devrait inscrire dans les équipes multidisciplinaires de soins primaires des CLSC tous les patients sans médecin de famille et non assignés à une équipe du réseau.

Pour prendre en compte la lourdeur des besoins des patients et de s'assurer que les différentes équipes auront la capacité d'être leur point de contact initial pour accéder au réseau public

- Santé Québec, en collaboration avec les équipes des CLSC, des Centres de santé et des GMF, devrait ajuster initialement et en continu la répartition initiale de la RAMQ, entre les différentes équipes de soins en prenant en compte la nature et la quantité de services requis par les patients « vulnérables ».
- Le nombre de personnes assigné par groupe d'âge devra être documenté et les équipes concernées devraient recevoir les ressources financières nécessaires au recrutement du personnel qui reprendrait les fonctions des GAP.

Pour permettre aux équipes de soins d'être performantes dans la prestation des services dont elles ont la responsabilité en fonction du territoire et de la clientèle à desservir

- De nouvelles modalités d'organisation et de fonctionnement particulièrement pour celles de première ligne et de soins primaires.
- Des outils professionnels technologiques adaptés à la nature des besoins des clients et des services rendus.
- Des corridors de services plus conviviaux des équipes de première ligne vers les spécialistes et vice versa, permettant les communications directes entre les professionnels de ces équipes.
- L'arrimage des équipes de première ligne et de soins primaires avec leur communauté, entre autres avec les organismes communautaires, rendant des services directs aux malades et personnes vulnérables.
- Des gestionnaires de proximité, pour les équipes œuvrant en établissement, qui auront la responsabilité de voir à la qualité et à la productivité de l'équipe.
- Des contributions à responsabilité à temps partiel de professionnels dont leur ordre professionnel allègerait les obligations de formation continue et de maîtrise de l'ensemble des compétences pour une pratique en solo.
- Un nouveau titre d'emploi, conseiller de santé que les équipes pourraient être dotées pour répondre aux demandes initiales et accompagner les malades.

Pour de nouvelles modalités de rémunération pour les médecins omnipraticiens et spécialistes et donner accès à la rémunération RAMQ à d'autres professionnels de la santé

- En favorisant une rémunération basée sur le temps consacré au service avec des tarifs modulés en fonction de la nature du service rendu. Par exemple :
 - 70 \$ pour une consultation de 20 minutes incluant la rédaction de notes médicales et la prescription.

- 50\$ pour 15 min., 90\$ pour 30 min, 130\$ pour 45 m., 150\$ pour 60 minutes et 25\$ par tranche additionnelle de 15 minutes.
- On pourrait aussi étendre cette logique aux autres professionnels de la santé permettre à des nutritionnistes, physiothérapeutes et autres membres des équipes de soins d'être rémunérés à taux horaires de la même façon que les médecins avec un quantum de temps alloué à chaque équipe en fonction du nombre de patients qui y sont attachés.

Pour répondre aux besoins urgents des citoyens

- En remettant en question le dogme de fonctionnement des salles d'urgence des hôpitaux qui établit que seuls les malades P1 et P2 doivent être traités avec diligence, en laissant les malades P3 attendre pendant des heures que les urgentologues aient traités tous les cas urgents et graves et en décourageant les autres de s'y présenter. Au moins quatre trajectoires de services devraient être offertes 24/7 en salle d'urgence :
 - Les situations qui menacent la santé et la vie des personnes.
 - Les problèmes de santé physique qui nécessitent une intervention immédiate.
 - Les problèmes de santé mentale/ toxicomanie.
 - Les situations de personnes en perte d'autonomie physique ou mentale qui ne peuvent plus vivre de façon temporaire ou permanente dans leur milieu de vie habituel.
- En s'assurant que tous les membres du personnel disponibles dans les salles d'urgence puissent s'impliquer dans ces différentes trajectoires de soins et assurer que tous ceux qui s'y présente soient traités avec diligence et dignité.
- En ajoutant bien sûr du personnel supplémentaire, dont une portion pourrait provenir des GMF et autres cliniques qui peinent à maintenir leurs obligations de services en dehors de heures ouvrables.

Pour de nouvelles modalités de financement des frais fixes des équipes médicales logées dans des locaux privés

- En plus de l'attribution des budgets ou du personnel pour accueillir et accompagner leurs patients, l'équipe de Santé Québec devrait être mandatée pour déterminer le soutien financier à accorder aux propriétaires de ces locaux et gestionnaires du personnel paramédical, afin de **dissocier les frais de fonctionnement de ces cliniques des tarifs horaires des médecins participants à la RAMQ qui y œuvrent.**

Pour simplifier les procédures de prise en charge des patients vulnérables

- En simplifiant les procédures de réponse aux besoins des personnes vulnérables par les équipes de soins primaires ou spécialisés des établissements du réseau avec le plus bas seuil possible d'acceptation des demandes en provenance des équipes qui doivent assurer aux citoyens l'accès et la continuité des soins.
- En misant sur les liens de confiance entre les professionnels des différentes équipes pour permettre que chaque demande d'aide soit prise rapidement en considération, entre autres en maintien à domicile, en hébergement temporaire, en santé mentale et en soutien aux enfants en difficultés.
- En confiant aux équipes de services spécialisés en médecine et chirurgie dans les établissements du réseau la responsabilité d'évaluer avec les équipes de première ligne dans quels délais elles pourront répondre à leurs demandes d'aide et en leur confiant la responsabilité d'assurer le suivi avec les patients concernés par ces demandes.

Pour assurer la gestion et l'accès aux données médicales des patients

- En profitant de la suspension de l'implantation du dossier santé numérique (DSN) pour autoriser les équipes du RSS à utiliser les outils technologiques (DMÉ, reconnaissance vocale, scribe pour aider à produire les notes de consultation, ETC) dont disposent actuellement les GMF et les cliniques médicales privées.
- En organisant avec la RAMQ un dépôt du sommaire du dossier médical des patients produit par l'Équipe de soins à laquelle ils sont assignés, sommaire qui pourrait être rapidement consulté par les autres équipes via un code QR dont le patient aurait la clé.

Pour l'utilisation du secteur privé dans la prestation des services de santé

- En profitant de sa plus grande agilité.
- En prévenant la mise en place d'un système à deux vitesses.
- En ne fragilisant pas le le secteur public.
- En trouvant des modalités de participation financière des citoyens mieux nantis au financement des services de santé essentiels que le secteur privé peut offrir.

Marc Dionne md

14 Novembre 2025