



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 de soins primaires 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 qui peuvent contribuer à l'accès aux soins

- **Les pharmacies** qui occupent un rôle important en termes d'accès et de continuité de soins sans être complètement 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 (ex : physiothérapeutes, nutritionnistes. Psychologues)
- **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**

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 (SQ) 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 ».
- La RAMQ et SQ devraient documenter en continue le nombre de personnes assignées à chacune de ces équipes pour que le MSSS et SQ puissent leur allouer les ressources financières qui leur permettront de reprendre les fonctions actuelles 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

- Des modalités d'organisation et de fonctionnement plus souples 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 premières lignes 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 temps partiel de professionnels dont leur Ordre professionnel allégerait les obligations de formation continue et de maîtrise de l'ensemble des compétences nécessaire 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 ouvrir à d'autres professionnels de la santé la rémunération par la RAMQ, (ex : nutritionnistes, physiothérapeutes, etc) sur la base de taux horaire en les « attachant » aux équipes du réseau selon un quantum d'heures d'utilisation de ces professionnels alloué à chaque prise en charge en fonction du nombre de patients dont elles ont la responsabilité.

Pour répondre aux besoins urgents de soins de santé 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 traité 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 présentent 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, 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 amenant les équipes de soins primaires ou spécialisés des établissements du réseau à utiliser les plus bas seuils possibles de réponse aux demandes de soutien des personnes vulnérables
- 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 des établissements du réseau la responsabilité d'évaluer avec les équipes de première ligne leur capacité à répondre à leur demande de services pour leurs patients et les délais dans lesquels elles pourront le faire. On éliminerait par le fait même les Centres de Répartition des Demandes de Services (CRDS)

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 convaincre le MSSS et Santé Québec d'autoriser les équipes des établissements du Réseau de la Santé à utiliser les outils technologiques dont disposent actuellement les GMF et les cliniques médicales privés entre autres les DMÉ et applications intelligentes de scribes médicaux.
- En normalisant avec les applications de DMÉ la production et la mise à jour de sommaire des dossiers médicaux par les équipes de prise en charge des malades en GMF privés et dans les établissements et en organisant à la RAMQ un dépôt de ces sommaires qui pourraient être rapidement et facilement consultés par les autres équipes en utilisant 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 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

13 décembre 2025