

QUELQUES MESURES POUR AMORCER LA TRANSFORMATION

Des actions pouvant être engagées sans nouvelle réforme de structures pour transférer progressivement davantage de responsabilités et de moyens vers les équipes de soins.

1 Redonner aux GMF la responsabilité de leur clientèle

Remplacer progressivement le GAP pour les patients inscrits auprès d'un GMF en confiant directement à celui-ci la réponse à leurs demandes. Le GMF, qui dispose du dossier et connaît l'histoire clinique, peut assurer la continuité et orienter le patient vers la ressource appropriée. Les ressources consacrées à l'accès pourraient renforcer les équipes : assistants médicaux, conseillers de santé ou autres ressources adaptées.

2 Mieux arrimer les GMF et les soins à domicile

Faire en sorte que les médecins de famille demeurent accessibles aux équipes de soins à domicile qui accompagnent leurs patients vulnérables. La responsabilité envers une clientèle doit se poursuivre lorsque les soins sont dispensés à domicile et favoriser une véritable collaboration entre les équipes.

3 Créer une équipe polyvalente pour les personnes sans médecin de famille

Rendre disponible, dans chaque territoire de CLSC, une équipe polyvalente capable de répondre aux besoins des personnes sans médecin de famille. Permettre notamment à des médecins qualifiés d'y travailler selon une rémunération horaire, sans que l'appartenance au CMDP d'un établissement constitue inutilement une barrière.

4 Diversifier les parcours de soins à partir des urgences

Développer, à côté de la prise en charge des urgences graves, des parcours adaptés aux besoins ne nécessitant pas nécessairement un urgentologue : urgences mineures, perte d'autonomie, santé mentale et autres situations pouvant être prises en charge plus efficacement par des équipes dédiées.

5 Expérimenter une rémunération médicale fondée sur le temps et la responsabilité

Permettre aux coopératives, OSBL et GMF hors établissement de rémunérer, par la RAMQ, certains médecins selon la durée des services plutôt qu'exclusivement selon les actes, notamment pour les personnes vulnérables ou confinées à domicile. On favoriserait ainsi le travail en équipe, la continuité et la prise en charge de situations complexes.

6 Rétablir les communications directes avec les équipes spécialisées

Remplacer progressivement les CRDS par des échanges directs et bidirectionnels entre la première ligne et les équipes médicales et chirurgicales spécialisées. Les établissements faciliteraient ces relations cliniques; les instances régionales conserveraient un rôle de coordination et d'équité d'accès.

7 Responsabiliser davantage les équipes hospitalières pour les parcours complexes

Donner aux équipes hospitalières la responsabilité de faciliter l'accès et la coordination des soins lors d'épisodes prolongés ou complexes, en assurant une liaison directe avec le GMF ou l'équipe de première ligne lors des transitions de soins.

IDÉE DIRECTRICE

Ces mesures ne nécessitent pas une nouvelle réforme du réseau. Elles visent à transférer progressivement la responsabilité, les moyens et la capacité de décision vers les équipes qui donnent les soins, tout en recentrant les structures sur leur mission de soutien, de coordination et d'équité.



Marc Dionne MD

26 août 2026