



BD-INFO 15-34

ACCESSIBILITÉ : LA SOLUTION PASSE PAR LA CONCERTATION

**Mémoire conjoint de
l'Association médicale du Québec
et de
l'Association médicale canadienne**

PROJET DE LOI N^o 20 :

Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée

Le 25 mars 2015

Préambule

Nous souhaitons d'abord remercier les membres de la Commission de la santé et des services sociaux de permettre à l'Association médicale du Québec et à l'Association médicale canadienne d'exprimer leur point de vue préliminaire sur le projet de loi n° 20. Nous utilisons le mot « préliminaire » à bon escient, car le projet de loi tel que rédigé, s'il établit les grandes lignes, ne fournit de précisions d'aucune sorte. Nous aurions souhaité une plus grande transparence de la part du gouvernement en début de processus, alors que les orientations réglementaires n'ont été rendues publiques que le 19 mars. Cela dénote un manque de respect et de courtoisie, ou alors, la volonté affirmée de ne pas connaître l'opinion des professionnels concernés, soit les médecins.

Comme nous avons choisi de ne pas nous livrer à une critique article par article du projet de loi, nous ne le ferons pas plus pour le détail des orientations réglementaires. Nous nous contenterons de quelques commentaires généraux.

Par exemple, on peut se demander comment on a pu déterminer qu'un patient porteur du VIH « vaut » deux personnes vulnérables et que la personne en fin de vie à domicile, elle, en vaut 25. Pourquoi pas 22, 26 ou 30 ? Seules les officines du ministère doivent connaître les réponses, puisque nos deux organisations n'ont pas été consultées. Et combien de fonctionnaires et de technocrates seront nécessaires pour assurer la mesure et le contrôle de cette nouvelle pratique médicale toute « mathématique ? ».

L'AMQ est la seule association québécoise à rassembler les membres de la profession médicale du Québec, soit les omnipraticiens, les spécialistes, les résidents et les étudiants en médecine. Elle compte sur un vaste réseau de membres pour réfléchir aux enjeux auxquels est confrontée la profession médicale, proposer des solutions et innover afin de repenser le rôle du médecin dans la société et de constamment améliorer la pratique médicale.

L'AMC est la plus grande association nationale de médecins du Canada dont elle représente les intérêts à l'échelle nationale. L'AMC a pour mission d'aider les médecins

à prendre soin des patients. Elle exerce son leadership pour mobiliser et servir les médecins, et elle agit en qualité de porte-parole national pour promouvoir les normes les plus élevées en matière de santé et de soins de santé.

Ce mémoire marque une première historique pour les deux organisations. En effet, c'est la toute première fois que l'AMC dépose un mémoire à l'Assemblée nationale du Québec et c'est aussi la première fois que l'AMQ et l'AMC déposent un mémoire conjoint.

Cette collaboration en dit long sur l'inquiétude des médecins au pays quant au projet de loi n° 20. Celui-ci constitue une attaque à l'autonomie professionnelle des médecins sans précédent dans l'histoire canadienne de la médecine organisée. À n'en pas douter, c'est l'ensemble de la profession médicale qui est interpellée en raison des conséquences que le projet de loi pourrait avoir sur la profession elle-même.

Notre intervention se veut réaliste et constructive, et représentative de l'opinion de nos membres et de leurs préoccupations légitimes.

Nos deux organisations – qui n'ont aucune attache syndicale ou corporative, nous tenons à le préciser — ont une connaissance approfondie du milieu de la santé au Québec, au Canada et à l'international.

Conformément à la tradition qui nous anime, nous sommes toujours à la recherche de solutions efficaces pour améliorer le système de soins de santé de manière à ce que l'approche soit centrée sur le mieux-être du patient. Cela dit, nous sommes aussi conscients des contraintes budgétaires actuelles au Québec.

Nos commentaires toucheront les points suivants :

- L'accès aux médecins de famille et aux médecins spécialistes
- La « productivité » des médecins québécois
- Ailleurs au Canada
- Les facteurs de réussite

L'accès aux médecins

À l'évidence, il y a des problèmes d'accessibilité aux services et aux soins de santé au Québec, en particulier l'accès aux médecins de famille.

En 2013, la moyenne nationale de personnes sans médecin attiré au Canada se situait à 15,5 %, selon les données compilées par Statistique Canada¹. Le Québec, avec 25,1 % de Québécois sans médecin de famille, se situe nettement au-dessus de la moyenne nationale. Toutes les provinces de l'Atlantique et l'Ontario offrent nettement un meilleur accès que le Québec alors que le Manitoba et la Colombie-Britannique ont déclaré des taux comparables à la moyenne nationale.

Malgré des investissements importants consentis au cours des dernières années, force est de constater que bon nombre de citoyens québécois n'ont toujours pas accès à un médecin de famille et aux autres spécialistes. Nous croyons que le statu quo n'est pas une option et qu'il faut s'attaquer au problème.

Mais contrairement à ce qui est prévu au projet de loi n° 20, nous ne croyons pas que l'imposition de quotas de patients aux médecins soit la solution à privilégier. Ces quotas pourraient avoir des effets pervers en incitant les médecins à adopter une pratique axée sur le volume au détriment de la qualité. Cela pourrait conduire à des examens incomplets et à la multiplication des analyses et des tests, le tout menant au surdiagnostic.

Depuis 18 mois, c'est le genre de pratique que l'AMQ et l'AMC cherchent à éliminer par leur campagne conjointe de sensibilisation au phénomène du surdiagnostic, appelée « Choisir avec soin »², qui prône une médecine de qualité et la diminution des actes qui n'ont pas de valeur ajoutée. Le surdiagnostic a des effets importants sur les coûts, la qualité, l'efficacité, l'efficience et l'accessibilité des soins de santé offerts aux patients et, par le fait même, sur l'efficacité de l'ensemble du réseau de la santé. Faire plus n'est pas toujours mieux. La campagne est bien accueillie tant par les médecins que les

¹ <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2014001/article/14013-fra.htm>

² <http://www.choisiravecsoin.org/>

patients, toutefois le projet de loi n° 20 risque non seulement de saper des efforts importants, mais d'envoyer un message contraire à l'ensemble de la population.

La « productivité » des médecins québécois

L'offre de service des médecins québécois fait l'objet de nombreux débats depuis plusieurs mois. L'affirmation du gouvernement voulant que les médecins québécois soient moins « productifs » que leurs collègues des autres provinces repose sur une prémisse erronée. Les modes de facturation diffèrent et ne peuvent être comparés.

Les données canadiennes à ce chapitre démontrent que 8,5 % des médecins canadiens sont salariés alors que 41,9 % sont rémunérés à l'acte et que 41,4 % sont rémunérés par capitation, forfait ou de façon mixte.

Le Sondage national des médecins – le fruit d'une collaboration entre le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada – permet, au moyen d'une analyse longitudinale, de relativiser la « productivité » des médecins québécois par rapport à celles de leurs collègues des autres provinces. Ce sondage est, depuis plus d'une décennie, une référence pour les chercheurs, pour les gouvernements et pour toutes les personnes intéressées par l'analyse et l'amélioration des soins de santé au Canada.

La base de données canadienne de cette étude démontre clairement que l'écart des heures consacrées en services directs aux patients entre médecins québécois et des autres provinces se rétrécit. Bien que les médecins du reste du Canada rapportent toujours travailler davantage que leurs collègues québécois, cet écart a diminué de 44 % entre 2010 à 2014, à 1,37 heure par semaine. Pour les médecins de famille uniquement, il s'agit d'une réduction de 23 % de l'écart, à 2,41 heures en 2014. Nous sommes quand même loin de la situation alarmante décrite ces dernières semaines.

De plus, confirmant une tendance établie sur les 10 dernières années, les résultats du sondage montrent que les médecins québécois s'adonnaient en moyenne à près de 20 % de plus d'activités de recherche chaque semaine que leurs confrères canadiens.

Les heures de garde en établissement sont également un élément à porter au compte de la productivité, alors que les médecins de famille qui s'y prêtent consacraient en moyenne plus de huit heures par semaine aux tâches qui y sont rattachées comparativement à près de six heures dans le reste du Canada. Si on ajoute les spécialistes, c'est plus de 11 heures par semaine par rapport à près de huit heures pour les médecins de famille et les spécialistes dans le reste du Canada.

Enfin, en 2014, les médecins de famille québécois rapportaient devoir se plier chaque semaine à des tâches administratives de 23 % supérieures à celles de leurs confrères d'ailleurs au pays (2,8 heures c. 2,27 heures). Il s'agit là d'une tendance qui s'est accentuée au cours des 10 dernières années.

En conclusion, les médecins du Québec travaillent presque autant que leurs collègues canadiens. Pourtant, ils seraient moins efficaces. Pourquoi? Parce qu'en raison de l'organisation déficiente de notre système, les médecins sont trop occupés à faire du travail administratif, à chercher de l'information clinique qui devrait être disponible au bout de leurs doigts et à exécuter des tâches que d'autres professionnels pourraient assumer.

De plus, ces données, qui démontrent que le nombre d'heures travaillées par les médecins en services directs aux patients est en baisse en moyenne de 10 % dans les autres provinces entre 2004 et 2014, renvoient cependant à une question. Comment se fait-il que, malgré cette diminution du nombre d'heures travaillées, on constate une meilleure accessibilité des services de santé? Au cours des dernières années et en collaboration avec les médecins, l'Alberta, l'Ontario et la Colombie-Britannique ont tour à tour mis en place, avec succès, des mesures pour améliorer ces services, en particulier de la première ligne. Le Québec aurait tout avantage à s'inspirer de ces initiatives.

Ailleurs au Canada

L'expérience *A GP for Me*

L'initiative *A GP for Me* a été mise en place à l'échelle de la Colombie-Britannique et financée conjointement par le gouvernement provincial et l'organisme *Doctors of BC* pour :

- Permettre aux patients de trouver un médecin de famille
- Augmenter la capacité du système de soins de santé primaires
- Confirmer et renforcer une relation médecin-patient continue, y compris un meilleur soutien pour les besoins des patients vulnérables.

*Doctors of BC*³ a pour mission de faire une différence significative dans l'amélioration des soins de santé des Britanno-Colombiens en travaillant pour atteindre la meilleure qualité des soins aux patients grâce à l'engagement, la collaboration et le leadership des médecins. Son objectif est de promouvoir un climat social, économique et politique dans lequel ses membres peuvent offrir aux citoyens de la Colombie-Britannique le plus haut niveau de soins de santé, tout en obtenant la satisfaction professionnelle et une récompense économique équitable.

L'expérience de l'Ontario

Pour sa part, l'Ontario a choisi de s'attaquer au problème d'accès de façon générale en obtenant l'appui et la collaboration des facultés de médecine, des organisations de la santé et du Collège des médecins de l'Ontario. Deux cents équipes de santé familiale (l'équivalent des GMF au Québec) ont été créées. Ces groupes favorisent l'accès aux soins en regroupant les professionnels de la santé sous un même toit. Les infirmières praticiennes spécialisées y sont beaucoup plus nombreuses qu'au Québec. Résultat de tous ces efforts, deux millions d'Ontariens de plus peuvent maintenant compter sur un médecin de famille.

³ <https://www.doctorsofbc.ca/sites/default/files/strategicplan-doctorsofbc-web.pdf>

L'expérience inspirante de Taber

Le *Taber Integrated Primary Healthcare Project*⁴ est un projet mis sur pied au début des années 2000 dans la ville de Taber, une région rurale de l'Alberta. Son objectif visait à améliorer la prestation des services de santé par l'intégration des services par un groupe de médecins et par la Région sanitaire de Chinook. Devant son succès, on l'a étendu à toute la région cinq ans plus tard.

Selon le D^r Robert Wedel, l'un des instigateurs du projet, quatre facteurs expliquent son succès : une évaluation communautaire et une planification partagée; des soins interdisciplinaires fondés sur des données probantes; un système d'information électronique intégré; et des investissements dans les processus et les structures qui favorisent ce changement.

Évaluation communautaire et planification partagée : Dans un premier temps, l'intégration des soins de première ligne dépend de l'acquisition de connaissances quant aux besoins de santé individuels, familiaux et communautaires. Les prestataires et utilisateurs des services de santé doivent également avoir une vision partagée et commune de la prestation de ces soins.

Soins interdisciplinaires fondés sur des données probantes : Deuxièmement, la mise sur pied d'équipes interdisciplinaires (médecins, infirmières, gestionnaires et autres professionnels de la santé) a permis de passer d'une approche de prestation de soins « en établissement » vers une approche de « bien-être communautaire ».

Système d'information électronique : Troisièmement, l'implantation d'un système informatique intégré a favorisé les soins interdisciplinaires et l'accès aux renseignements à propos des patients dans les différents points de services.

Plan alternatif de paiement : Finalement, des processus et des structures ont été mis en place pour favoriser le changement sur le long terme. Un « plan alternatif de paiement » a été implanté pour préciser la rémunération des médecins, les attentes quant aux services et à leur productivité, et afin de protéger l'autonomie organisationnelle.

Ce plan a aussi été élaboré pour permettre aux médecins de déléguer des tâches aux autres professionnels de l'équipe afin de consacrer plus de temps aux patients présentant des cas plus complexes. Les médecins sont maintenant rémunérés à salaire

⁴ Robert Wedel, Ruth Grant Kalischuk et Eileen Patterson. 2007. « *Turning Vision into Reality: Successful Integration of Primary Healthcare in Taber, Canada* », *Healthcare Policy* 3 (1), 81-95.

fixe pour des services précis (services ambulatoires en clinique, urgence, opérations mineures, soins prénataux, etc.). Toutefois, certains services continuent d'être payés à l'acte (accouchements, opérations lourdes et anesthésie). Il y a une réduction du salaire quand un patient inscrit reçoit des soins à l'extérieur du groupe de médecins. De plus, des stratégies de changement organisationnel ont été mises en place pour répondre à la résistance aux changements. Des modifications sont aussi faites pour éventuellement offrir un lieu de soin commun et intégré.

Tous ces changements ont eu des répercussions majeures et positives surtout dans la ville de Taber, mais aussi dans toute la région de Chinook. Cette approche favorise un meilleur suivi des maladies chroniques et permet de faire plus de prévention et d'éducation auprès des patients. On note également une meilleure accessibilité des soins, même pour les patients vulnérables et généralement mal desservis. Au début des années 2000, les patients devaient attendre une trentaine de jours avant le prochain rendez-vous disponible, mais l'attente a été complètement éliminée depuis 2006. Les services des médecins ont augmenté d'environ 10 % et ceux des autres professionnels de 50 %. Les patients visitent moins souvent leurs médecins (2,1 visites par année plutôt que 5,6 dans les autres régions). Finalement, on note une nette diminution des visites à l'urgence et du recours à des tests de laboratoire.

Le Québec pourrait tirer parti de l'expérience de Taber en l'adaptant à la réalité québécoise et en invitant les médecins à y participer pleinement, comme les partenaires engagés qu'ils sont envers leurs patients et le système de santé.

Les facteurs de réussite

Les améliorations découlant de ce projet et d'autres initiatives mises en place dans les provinces de l'Alberta, de l'Ontario et de la Colombie-Britannique – qui affichent un meilleur bilan que le Québec en matière d'accessibilité – ont en commun trois conditions environnementales à la portée du gouvernement québécois :

○ **Le dossier médical électronique (DMÉ)**

Le Québec tire de l'arrière en ce qui a trait à l'accès au DMÉ par rapport aux autres provinces. À peine 25 % des médecins québécois utilisent des outils électroniques pour commander des tests diagnostiques et de laboratoire.

Selon les résultats du Sondage national des médecins 2014, le Québec est presque bon dernier en ce qui a trait à l'informatisation du réseau de la santé. Le projet de Dossier santé Québec, promis pour 2011 à un coût de 543 millions de dollars est, selon le ministre de la Santé lui-même, un échec retentissant. Il a déclaré récemment que le gouvernement québécois prévoit livrer ce projet en 2021 pour un coût de 1,6 milliard de dollars en ajoutant qu'il n'était pas certain qu'il y aurait de l'argent pour le faire. Les médecins ne sont pas responsables de ce retard. Au contraire, ils sont prêts à mettre à profit les bienfaits de ces dossiers informatisés qui permettront d'augmenter l'accessibilité aux soins tout en faisant place à un meilleur dialogue avec leurs patients.

Cette confusion et les retards enregistrés dans l'implantation du DMÉ au Québec ne sont pas étrangers au pauvre résultat enregistré par les répondants au sondage. Bien sûr, on peut attribuer une certaine part au fossé générationnel en regard de l'utilisation de tels outils informatiques, cependant, cela n'explique pas tout. L'accès et la fiabilité du système doivent être absolus et réputés comme tels.

En Ontario, les organismes de soins primaires ont déclaré recourir au dossier médical électronique pour définir et satisfaire les besoins de leurs patients. Tous les organismes de soins primaires ont mentionné utiliser le DMÉ dans la section narrative de leurs *Plans d'amélioration de la qualité – Soins*

*primaires*⁵. C'est là un exemple de la façon dont la technologie peut être utilisée pour surveiller les besoins des patients et appuyer une meilleure prestation de soins. Environ 38 % des organismes de soins primaires ont dit utiliser le DME pour déceler des affections particulières.

Nous ne pouvons faire abstraction du fait que le DME soit la pierre angulaire de l'amélioration de la productivité que l'on a pu constater ailleurs au Canada.

○ **L'organisation interdisciplinaire du travail**

Le Québec tarde à mettre en place l'environnement permettant une plus grande interdisciplinarité entre les différentes catégories de professionnels de la santé (infirmières praticiennes spécialisées (IPS), infirmières, gestionnaires et autres professionnels de la santé). Certaines provinces canadiennes sont beaucoup plus en avance à ce niveau. Le travail d'équipe permet à chaque professionnel d'accomplir les tâches qui lui sont dévolues et d'en déléguer lorsque la situation l'exige.

Si le problème d'accessibilité aux soins de première ligne est en voie de se résorber, à divers degrés, dans la plupart des provinces canadiennes, c'est que des solutions sont élaborées et mises en place par le biais d'une collaboration entre les membres de la profession médicale et les gouvernements. Grâce à des systèmes d'information efficaces ainsi qu'à l'implantation de l'interdisciplinarité dans un esprit de collaboration, ces systèmes de santé offrent des soins accessibles et de qualité auxquels les patients et les contribuables sont en droit de s'attendre lorsqu'ils en ont besoin.

⁵ <http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/qi/qip-analysis-pc-fr.pdf>

Au bout du compte, l'interdisciplinarité permet au médecin de faire ce qu'il fait le mieux : diagnostiquer et traiter.

○ **Les modes de rémunération favorisant la responsabilité populationnelle**

Le Québec semble être la province au Canada où la rémunération des médecins est la plus liée au paiement à l'acte. Les données de la Régie de l'assurance maladie du Québec de 2013 démontrent que près de 80 % de la rémunération totale des médecins du Québec est versée en fonction du mode de rémunération à l'acte⁶. Ailleurs au pays, ce mode de rémunération facilite l'implantation du concept de la responsabilité populationnelle qui, rappelons-le, n'est pas que territoriale et prend en compte les déterminants de la santé et le bien-être d'une population, ce qui comprend l'accès à des services de qualité et la participation pleine et entière de tous les acteurs.

Dans sa *Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle*⁷ publiée en 2011, le MSSS précise l'approche gouvernementale. Il faut cependant noter que celle-ci avait été développée en fonction des responsabilités des réseaux locaux de services, sous la gouverne des CSSS, qui n'existent plus depuis l'adoption récente de la Loi n° 10 - *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*.

Selon les auteurs, exercer **collectivement** une responsabilité populationnelle veut dire :

⁶ Régie de l'assurance maladie du Québec. Évolution du coût des services médicaux et du nombre de médecins selon le mode de rémunération. Services médicaux, Québec, 2009-2013.

⁷ <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-228-04W.pdf>

- **s'approprier les données sociosanitaires** et en arriver à une vision commune de la réalité territoriale;
- **définir**, par des démarches participatives avec la population, les partenaires du réseau sociosanitaire et ceux des autres secteurs d'activité, **une offre de services intégrés et de qualité**, qui répond aux besoins de la population locale;
- **renforcer l'action sur les déterminants de la santé**, de manière à améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble de la population locale;
- **assurer le suivi et l'amélioration continue**, dans une perspective de plus grande responsabilité.

Il est donc clair que l'implantation du concept de responsabilité populationnelle ne peut réussir qu'à l'aide d'une approche **collective**. Or, rien dans le projet de loi n° 20 ne nous permet de croire que le gouvernement atteindra cet objectif.

Il est impossible d'aborder la question de la responsabilité populationnelle sans dire un mot sur le modèle de Kaiser Permanente. La mission de Kaiser Permanente, un organisme sans but lucratif, est d'offrir des services de soins de santé de grande qualité et abordables ainsi que d'améliorer la santé de ses membres et des communautés qu'il dessert. Quelque 9,9 millions de personnes reçoivent des soins de santé de Kaiser Permanente, une organisation qui regroupe plus de 17 000 médecins et emploie 174 000 personnes (dont 48 000 infirmières) travaillant dans 38 hôpitaux et centres médicaux et plus de 600 cliniques médicales.

L'organisation identifie cinq grandes conditions de succès de son modèle⁸ :

1. La responsabilité populationnelle
2. La transparence
3. L'utilisation systématique des dossiers médicaux électroniques et de l'Internet
4. Le travail d'équipe
5. La sortie des soins du bureau du médecin

⁸ Molly Porter. 2015. "An Overview of Kaiser Permanente. Integration, Innovation, and Information Systems in Health Care", présentation à l'Association médicale canadienne, Kaiser Permanente International, 2 mars 2015.

Rien dans le projet de loi n° 20 ne permet d'envisager le développement de ces conditions.

À l'évidence, le paiement à l'acte n'est pas propice au développement d'une stratégie de responsabilité populationnelle. On l'a vu dans l'exemple de la ville de Taber, un large panier de services est inclus dans le budget global de la clinique. Néanmoins, certains services sont toujours payés à l'acte (les accouchements, les opérations lourdes, les anesthésies, etc.).

De plus, le mode de rémunération actuel des médecins va à l'encontre de cette stratégie où un groupe de médecins reçoit un budget fixe pour prendre soin d'une population donnée. C'est aussi pourquoi le projet de loi n° 20 fait fausse route en individualisant les cibles de patients à traiter plutôt qu'en les collectivisant. Si un médecin ne respecte pas ses engagements et néglige de rencontrer le nombre de patients qu'il devrait normalement voir, ce sont ses pairs qui le ramèneront à l'ordre et non le gouvernement. Car il est de la responsabilité de ce médecin de contribuer aux objectifs du groupe. De même, si un médecin participant de cette clinique ne s'occupe que de cas lourds, il verra nécessairement moins de patients, mais ses collègues, eux, recevront plus de cas légers.

Nous croyons sincèrement que les médecins sont favorables à l'approche de la responsabilité populationnelle, mais force est de constater que le paiement à l'acte et l'individualisation des cibles de patients à voir que prévoit le projet de loi n° 20 s'opposent à cette approche.

Nous sommes convaincus que les médecins sont largement en faveur d'un mode de rémunération mixte. Le commissaire à la santé et au bien-être a lancé une série d'études visant à évaluer l'impact des modes de rémunération sur l'efficacité et l'efficience de notre système de santé. Dès

que l'embargo sur les données de la RAMQ sera levé, nul doute que les chercheurs pourront terminer leur travail et démontrer comment les ajustements dans les modes de rémunération pourraient contribuer à améliorer l'accessibilité des services de santé.

Conclusion

Le fait que nous ne nous soyons pas livrés à une critique article par article du projet de loi n'est pas une coïncidence. C'est toute l'approche du gouvernement qui doit être revue. Il est grand temps que le gouvernement comprenne que les médecins font partie de la solution aux problèmes d'accessibilité des services de santé et qu'une approche coercitive risque d'avoir un effet démobilisateur.

L'histoire est remplie d'exemples où la collaboration et le respect des partenaires ont mené aux plus belles réussites. Même si l'AMQ et l'AMC sont en accord avec l'esprit et l'objectif du projet de loi qui est d'améliorer l'accès aux soins de santé, nous considérons que le projet de loi n° 20 n'est pas la solution à privilégier. Nous sommes d'avis que les changements concertés produisent les meilleurs résultats. Toutes les améliorations dans le système de santé se sont bâties dans un climat d'échanges et de collaboration.

En bref, l'AMQ et l'AMC recommandent en tout premier lieu au gouvernement de travailler en collaboration avec la profession médicale pour améliorer l'accès aux soins et :

- ❖ accélérer le processus de mise en place du Dossier médical électronique – un outil indispensable en 2015;
- ❖ revoir l'organisation du travail pour permettre un plus grand engagement des autres professionnels de la santé (IPS, infirmières, gestionnaires, etc.) en formant des équipes de soins capables de mettre leurs connaissances et leurs compétences au service des patients;
- ❖ évaluer la pertinence du mode presque exclusif de rémunération à l'acte au Québec pour intégrer une forme de rémunération mixte, ou basée sur la capitation, qui permettrait d'introduire la notion de responsabilité populationnelle. Une notion qui a largement contribué ailleurs au Canada à améliorer l'accessibilité des services de santé, en particulier de la première ligne.