

Mémoire sur l'avenir de la Médecine familiale

Produit par l'AMOBF

Méthode

Le texte suivant a été produit à la demande de la FMOQ. Nous avons d'abord fait un sondage auprès de nos membres en janvier et février 2019. Ce sondage utilisait la plateforme « Survey Monkey » et a été publié sur le site web ainsi que sur la page Facebook de l'association. Un courriel a aussi été envoyé aux membres pour les aviser de la démarche.

L'exécutif de l'AMOBF s'est ensuite réuni le 13 mars dernier pour discuter du sujet, en partant de la suggestion de structure de la FMOQ ainsi qu'en se basant sur les réponses du sondage. Tous les membres de l'exécutif étaient présents.

Le présent texte tente de résumer le mieux possible les opinions de nos membres.

Vous trouvez en annexe les résultats du sondage ainsi que l'analyse textuelle à la suite de ce texte.

1. Contrat social : Engagement des médecins de famille dans la société (Question #4 du sondage)

Cette question a suscité toutes sortes d'éléments de réponse des médecins. Un certain malaise a aussi été exprimé devant la notion de contrat social. La définition de ce contrat semble très floue pour les médecins. Il y a 15-20 ans, le contrat était surtout implicite. Le médecin avait une clientèle pour laquelle il s'efforçait d'être aussi disponible que possible et il jouissait d'une grande autonomie professionnelle en retour. Dans les dernières années, ce contrat est devenu très explicite alors que les contraintes administratives et les règles de pratique visant le médecin se sont multipliées. La population et le gouvernement, devant les coûts énormes du système de santé, s'attendent maintenant à un certain niveau de soins des médecins.

Les médecins réalisent toutefois que les médecins ont le devoir d'offrir des soins accessibles et de qualité à la population. Le rôle du médecin de famille dans l'organisation des soins est primordial pour nos membres.

Toutefois, les médecins semblent ressentir une grande pression de la société pour travailler toujours plus. Ils s'engagent donc à respecter leur part du contrat, mais en tenant compte de leurs limites.

Nous constatons que le contrat est actuellement unidirectionnel, le poids reposant surtout sur les épaules des médecins, alors que les autres partenaires (MSSS, patients, politiciens) ne semblent pas avoir le même niveau de devoirs dans ce contrat.

Plusieurs ont ainsi mentionné le rôle et la responsabilité de la population. L'enseignement à la population semble déficient et aiderait à augmenter la pertinence des consultations en première ligne. Les médecins de famille semblent prêts à s'impliquer davantage dans cette partie de la santé.

Les médecins comptent aussi sur un coup de main des autres professionnels de la santé à qui ils sont prêts à déléguer des actes pour leur permettre, encore une fois, de voir les cas qui sont pertinents pour eux.

Ils désirent aussi sur un allègement des règles administratives, tant au niveau de la gestion de la pratique (PREM, AMP et autres) qu'au niveau des obligations des patients (papiers arrêt travail, CSST, SAAQ, etc.).

Enfin, le cadre GMF, qui régit une bonne partie de nos activités, doit être revu pour, entre autres, remettre au CISSS/MSSS la responsabilité de respecter sa part du contrat. Pour atteindre cet objectif, il nous apparaît essentiel que ce cadre devienne conventionné et que la FMOQ soit donc impliquée dans sa négociation et son élaboration.

2. Modèles d'organisation des soins en médecine de famille (Questions #1 et #2 du sondage)

Un des attraits principaux de la médecine familiale est la polyvalence et la grande variété de pratiques possibles. Il est donc essentiel de continuer de permettre aux médecins d'avoir une pratique variée et attrayante. Le médecin de famille doit d'abord s'occuper de gérer la première ligne, mais a clairement sa place dans les divers secteurs hospitaliers (urgence, obstétrique, hospitalisation, longue durée, etc.).

En première ligne, le principal rôle du médecin de famille est d'être le chef d'orchestre, surtout lorsque les intervenants et spécialistes se multiplient. Pour ce faire, des moyens de communication efficaces sont essentiels. Le DSQ est un pas dans la bonne direction, mais il est important que toute l'information soit rapidement et facilement accessible au médecin, en particulier en cabinet.

Les GMF ont encore la cote auprès des médecins qui y voient la pierre angulaire du travail en première ligne. Un cadre plus souple serait toutefois souhaitable et une obligation du MSSS/CISSS de fournir les ressources prévues au cadre GMF sont toutefois des conditions essentielles au bon fonctionnement de ce mode de pratique. La pratique en CLSC est certes moins populaire pour les médecins, mais cet acteur demeure important pour une partie des soins de première ligne qui relèvent surtout de la prévention. (professionnels à domicile, vaccination, etc.).

Nous nous questionnons sur la présence du DRMG dans la structure des CISSS. En effet, il nous semble logique que les GMF, qui ne sont pas liés à l'établissement, ne soient pas régis par une entité qui relève du CISSS.

3. Rôle du médecin de famille dans ce modèle d'organisation des soins

Le médecin de famille doit demeurer le leader de l'organisation des soins de première ligne. Il doit être impliqué dans les décisions qui se prennent, surtout au niveau local, mais aussi au niveau provincial, par rapport à la première ligne.

Il est aussi important que le médecin demeure le chef d'orchestre des soins à ses patients, tel que mentionné dans la question précédente. Ce rôle est d'une grande importance pour le médecin de famille.

4. Interprofessionnalisme et médecine familiale (Questions #9, #10 et #11 du sondage)

Les avancées médicales des dernières années permettent aux gens de vivre de plus en plus longtemps avec des maladies chroniques, rendant les cas de plus en plus lourds et complexes. Dans ce contexte, une approche interdisciplinaire est recommandée pour la plupart des pathologies chroniques rencontrées en première ligne.

Les médecins de famille voient d'un très bon œil la collaboration avec les autres professionnels. Les résultats du sondage montrent que les médecins sont prêts à collaborer avec tous les quarts de métier, la majorité obtenant un taux de réponses positives autour de 80%. Les médecins voient d'un bon œil le modèle actuel où les professionnels sont installés au GMF, mais sont clairement prêts à explorer d'autres modes de fonctionnement.

La réponse la plus étonnante est la faible popularité des IPS (55% seulement). Ceci va en contradiction flagrante avec l'orientation du gouvernement à ce sujet. Nous ne pouvons nous prononcer sur les raisons de cette impopularité, le sondage n'ayant pas été conçu pour répondre à cette question. Cet état de fait traduit toutefois un malaise des médecins de famille envers les IPS qui devra être adressé étant donné leur arrivée massive attendue dans les prochaines années.

Un de nos collègues utilise un modèle qui nous semblait intéressant. En effet, il utilise une infirmière auxiliaire (qui pourrait être appelée assistante clinique) pour l'assister dans ses tâches. Il travaille avec 3 salles où l'infirmière installe les patients, fait un pré-questionnaire et prend leurs signes vitaux. Cette même infirmière peut ensuite donner un coup de main pour la paperasse. Ce genre de modèle peut aussi s'exporter au fonctionnement avec les autres professionnels, alors que ceux-ci travaillent en périphérie, avec un médecin partenaire central pour la clinique. Ce mode de fonctionnement nous semble optimal pour maximiser le travail du médecin.

En terminant, nous tenons à souligner le problème d'accès à ces mêmes professionnels. En effet, même si la présence de multiples professionnels fait maintenant partie du cadre GMF, nous nous retrouvons souvent avec des découvertures et des postes non comblés. Cette situation ne peut perdurer si le désir est que les médecins livrent la marchandise. Nous croyons aussi que cette implication des professionnels dans les GMF doit être évaluée avec des indicateurs pour voir si ce mode de fonctionnement a porté des fruits.

5. Les technologies de l'information (Question #5)

Les technologies de l'information ont beaucoup modifié la pratique dans les dernières années et leur présence risque de continuer d'augmenter dans le futur. Les médecins semblent prêts à accepter une plus grande place de ces technologies, mais avec certaines craintes.

Il y a une grande ouverture à la communication avec les autres professionnels (85%). La prise de rendez-vous électronique est aussi très acceptée (76%), mais avec quelques bémols dans les commentaires. Nous tenons à garder un contrôle sur nos horaires et il ne semble pas que les gens veuillent mettre tout leur horaire en ligne. Le déploiement de RVSQ dans ce contexte devra être suivi de près dans les prochaines années.

Un échange avec les patients semble acceptable, mais unidirectionnel (valeurs de TA, Diabète et résultats normaux, confirmation RV). Le courriel ouvert avec le patient est craint par le médecin qui craint de se voir submergé.

L'arrivée du Dossier Clinique Informatisé dans les établissements sera sans doute un autre gros changement qui se profile à l'horizon. Il sera toutefois important que ces systèmes soient capables de communiquer entre eux et qu'ensuite, ils soient capables de transmettre cette information dans les DME des GMF. Cette avancée serait bienvenue pour aider le médecin de famille dans son rôle de « chef d'orchestre ». De plus, il nous semble inconcevable qu'en 2019, nous soyons encore en train d'écrire dans des dossiers de façon manuscrite, les médecins ayant une calligraphie notoirement illisible. Les risques d'erreurs associés nous semblent dépasser les avantages de continuer d'écrire « à la main ».

6. L'attractivité de la médecine de famille (Question #6)

Il faut revaloriser la médecine familiale dans l'espace public, car elle a été grandement malmenée ces dernières années. Témoignages, publicités et respect dans le discours sont les principales idées émises. Il faut aussi éviter les témoignages négatifs, que ce soit entre nous ou dans l'espace public. Nous notons d'ailleurs tout le dommage que des témoignages négatifs peuvent causer avec la situation actuelle des infirmières.

L'externat longitudinal et un plus grand contact avec les médecins de famille au pré-clinique sont vus d'un bon œil à ce sujet. Nous croyons aussi que les apprenants doivent être exposés à la pratique en région pour leur donner le goût de cette pratique. Nous croyons aussi qu'il faut que les apprenants apprennent à reconnaître leurs limites sans gêne pour éviter la crainte de devoir tout savoir qui peut faire peur à certains en médecine de famille.

Le maintien de la polyvalence de la pratique est primordial pour redonner le goût de faire de la médecine familiale aux étudiants. Cette polyvalence et cette liberté de pratique semblent perçus comme le plus grand attrait de notre profession et on devrait tenter de limiter les contraintes qui entravent ce fait.

De plus, il faut que l'organisation des soins soit au rendez-vous. Le support clérical et professionnel doit être au rendez-vous pour que la première ligne cesse d'être le parent pauvre de la médecine.

Enfin, on doit s'assurer que la rémunération soit compétitive avec les spécialistes et, à un moindre niveau, avec le reste du Canada.

7. La formation en médecine familiale (Questions #7 et #8)

Une des questions posées concernait l'ajout d'une 3^e année à la résidence en médecine familiale. Cet ajout est vu d'un bon œil par l'exécutif, mais pas nécessairement désirée par les membres. Il faudrait surtout savoir ce qu'on veut accomplir avec cette 3^e année. Une exposition accrue aux GMF « traditionnels » est une idée qui a été exprimée. Cette 3^e année pourrait permettre d'exposer davantage le résident à des domaines moins bien couverts actuellement ou permettre au résident de faire une pratique qui ressemblera déjà à la sienne. Cette décision sera de toute façon prise par les instances qui gèrent la formation.

Nous croyons aussi que les GMF-U devraient être hors de l'établissement, encore une fois pour exposer davantage les résidents à une pratique qui ressemblera davantage à leur pratique future.

8. Vers un mode de rémunération optimal (Question #12)

La rémunération par capitation semble avoir la cote au niveau politique et au niveau populaire ces temps-ci. En médecine familiale, la FMOQ a déjà débuté ce virage avec l'inclusion de plus en plus de forfaits dans la rémunération, tout en gardant une portion de rémunération à l'acte. Un tel type de rémunération mixte est favorisée par une grande majorité des médecins consultés et nous semble la voie optimale à suivre.

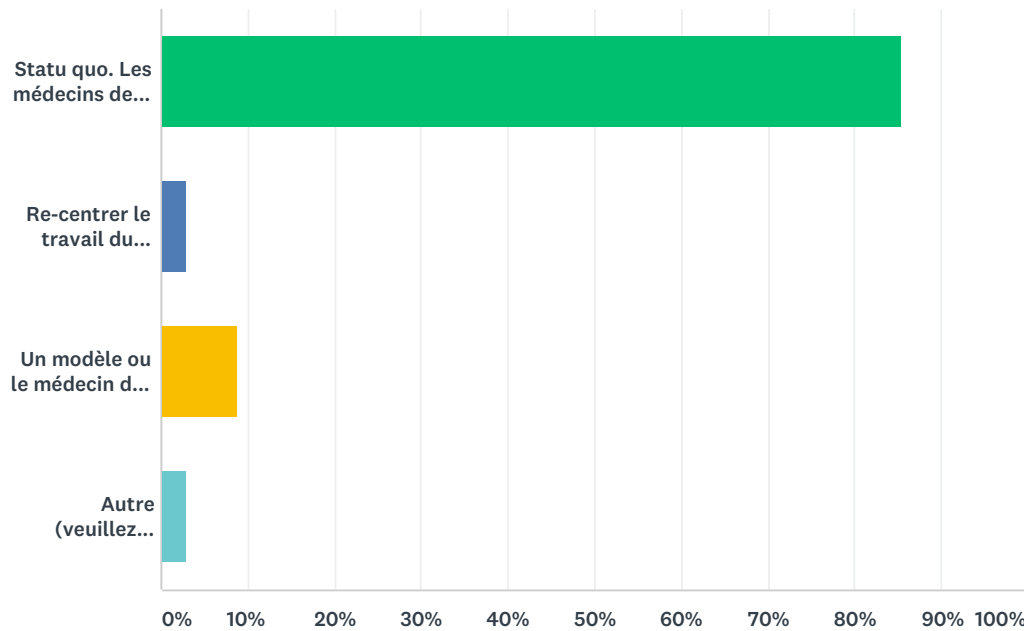
Nous avons aussi soulevé l'importance de faire rémunérer les activités de gestion et les activités administratives des médecins. Ces tâches sont très lourdes et une rémunération permettrait peut-être d'augmenter l'attrait pour ces postes et ainsi aider à garder le leadership des médecins de famille actif.

Nous croyons aussi que nous devons garder notre rémunération compétitive par rapport aux médecins spécialistes. L'écart de 20% déjà visé nous semble correct et cela permettrait de garder une bonne attractivité, tel que discuté plus tôt.

Enfin, nous nous questionnons sur la pertinence de se doter d'un fonds de pension pour les médecins de famille. Cette question a donné lieu à une certaine curiosité lors de la rencontre de l'exécutif et nous croyons qu'elle mérite d'être explorée.

Q1 Comment voyez-vous l'organisation des soins en médecine familiale, plus précisément sa place en première ligne et deuxième ligne ?

Answered: 34 Skipped: 0

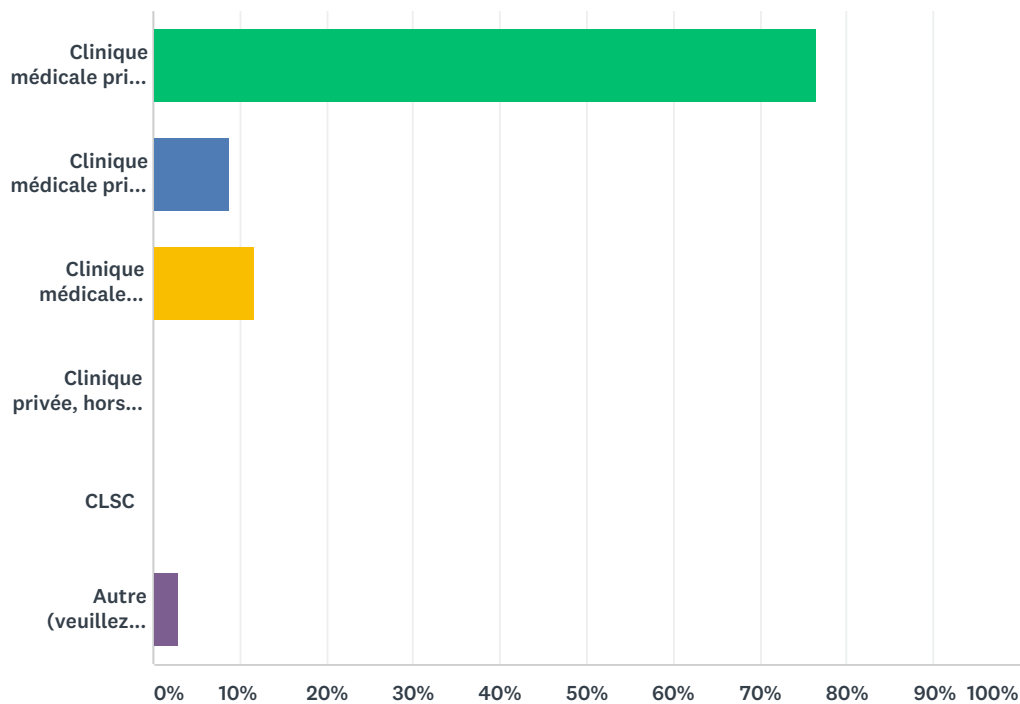


CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES
Statu quo. Les médecins de famille gardent une pratique polyvalente, continuant d'œuvrer à l'hôpital tout en s'assurant d'offrir des services optimaux en première ligne.	85,29% 29
Re-centrer le travail du médecin de famille sur la première ligne en valorisant/favorisant la pratique en cabinet et en laissant aux spécialistes le soin de gérer le volet hospitalier autant que possible.	2,94% 1
Un modèle où le médecin de famille s'impliquerait davantage en 2e ligne, développant des pointes d'expertise dans certains domaines, soit pour appuyer ses collègues ou même appuyer les spécialistes (ex : Onco et Soins pall)	8,82% 3
Autre (veuillez préciser)	2,94% 1
TOTAL	34

#	AUTRE (VEUILLEZ PRÉCISER)	DATE
1	presque le status quo, mais il faut que le md de famille necessairement une pratique de prise en charge et pouvoir faire le travail clinique plus critique tel que de l urgence, et de l hospit et de l obstetrique	22/01/2019 15:11

Q2 Dans quel type de lieu physique le médecin de famille devrait-il travailler principalement ?

Answered: 34 Skipped: 0



CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES	
Clinique médicale privée type GMF	76,47%	26
Clinique médicale privée non GMF	8,82%	3
Clinique médicale publique, financée par l'établissement	11,76%	4
Clinique privée, hors RAMQ	0,00%	0
CLSC	0,00%	0
Autre (veuillez préciser)	2,94%	1
TOTAL		34

#	AUTRE (VEUILLEZ PRÉCISER)	DATE
1	Maintien de la pratique mixte cabinet (GMF)/établissement	11/02/2019 21:26

Q3 Quelles valeurs définiront selon vous la médecine de famille ? (nommez-en 3)

Answered: 33 Skipped: 1

CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES	
1)	100,00%	33
2)	100,00%	33
3)	87,88%	29

#	1)	DATE
1	excellence	16/02/2019 12:00
2	Polyvalence	11/02/2019 21:26
3	Empathie	29/01/2019 23:04
4	engagement	29/01/2019 20:43
5	Polyvalence	27/01/2019 15:37
6	Humanisme	26/01/2019 12:43
7	Connaître et suivre idéalement tous les membres de la famille	25/01/2019 05:37
8	Polyvalence	23/01/2019 21:39
9	Polyvalence	23/01/2019 21:18
10	polyvalence	22/01/2019 15:11
11	éducation à la population	22/01/2019 08:27
12	Approche globale de la santé	21/01/2019 19:14
13	Compétence	21/01/2019 13:03
14	Polyvalence	21/01/2019 11:55
15	Professionalisme	20/01/2019 22:28
16	empathie	20/01/2019 20:26
17	professionalisme	20/01/2019 14:38
18	engagement social	20/01/2019 12:35
19	Empathie	20/01/2019 09:40
20	Globalité	20/01/2019 09:09
21	Disponibilité	20/01/2019 06:19
22	Travail d'équipe	19/01/2019 18:59
23	engagement populationnel	19/01/2019 15:36
24	Polyvalence	19/01/2019 15:06
25	Écoute	19/01/2019 13:15
26	garder en tête notre role de prise en charge	19/01/2019 08:55
27	Compétence	19/01/2019 08:41
28	Polyvalence	19/01/2019 08:15
29	Polyvalence	19/01/2019 07:12

30	Humanité	18/01/2019 19:48
31	Prise en charge globale	18/01/2019 16:45
32	Globalité	18/01/2019 16:42
33	Polyvalence	18/01/2019 15:49
#	2)	DATE
1	polyvalence	16/02/2019 12:00
2	Disponibilité (idéalement...)	11/02/2019 21:26
3	Éducation	29/01/2019 23:04
4	érudition	29/01/2019 20:43
5	Expertise	27/01/2019 15:37
6	Médecine centrée sur la personne et ses désires	26/01/2019 12:43
7	Être disponible	25/01/2019 05:37
8	Approche centrée sur le patient	23/01/2019 21:39
9	Proximité	23/01/2019 21:18
10	compétence	22/01/2019 15:11
11	accessibilité	22/01/2019 08:27
12	Accessibilité	21/01/2019 19:14
13	Respect	21/01/2019 13:03
14	Globalité de la personne	21/01/2019 11:55
15	Empathie	20/01/2019 22:28
16	compétence	20/01/2019 20:26
17	compétences	20/01/2019 14:38
18	effort	20/01/2019 12:35
19	Leader et coordonnateur des soins	20/01/2019 09:40
20	Polyvalence	20/01/2019 09:09
21	Travail d'équipe	20/01/2019 06:19
22	Empathie	19/01/2019 18:59
23	accessibilité	19/01/2019 15:36
24	Leadership	19/01/2019 15:06
25	Polyvalence	19/01/2019 13:15
26	organiser les soins de première ligne	19/01/2019 08:55
27	Polyvalence	19/01/2019 08:41
28	Autonomie	19/01/2019 08:15
29	Disponibilité	19/01/2019 07:12
30	Organisation	18/01/2019 19:48
31	Disponibilité	18/01/2019 16:45
32	Continuité	18/01/2019 16:42
33	Interdisciplinarité	18/01/2019 15:49
#	3)	DATE
1	humanisme	16/02/2019 12:00
2	Accessible	29/01/2019 23:04

3	coopération	29/01/2019 20:43
4	Multi-disciplinarité	27/01/2019 15:37
5	Prévention	26/01/2019 12:43
6	Fidélité à long terme	25/01/2019 05:37
7	Écoute	23/01/2019 21:39
8	Public, les 3 P en faite!	23/01/2019 21:18
9	disponibilité et imputable	22/01/2019 15:11
10	peu polyvalente	22/01/2019 08:27
11	Entraide	21/01/2019 13:03
12	Disponibilité	21/01/2019 11:55
13	Rigueur scientifique	20/01/2019 22:28
14	humanisme	20/01/2019 14:38
15	resilience	20/01/2019 12:35
16	Disponibilité	20/01/2019 09:09
17	Service au patient en fonction des compétences du MD (orientation selon le type problème : TS, infirmière GMF, IPS, pharmacien..)	20/01/2019 06:19
18	Dévouement	19/01/2019 18:59
19	expertise	19/01/2019 15:36
20	Empathie	19/01/2019 15:06
21	Support	19/01/2019 13:15
22	etre fier de cette spécialité et du role dans le réseau	19/01/2019 08:55
23	Accessible	19/01/2019 08:41
24	Solidarite	19/01/2019 08:15
25	Santé globale	19/01/2019 07:12
26	Polyvalence	18/01/2019 19:48
27	Interdisciplinarite	18/01/2019 16:45
28	Relation médecin-patient	18/01/2019 16:42
29	Collaborateur	18/01/2019 15:49

Q4 Comment voyez-vous le contrat social et l'engagement des médecins face à la société québécoise ?

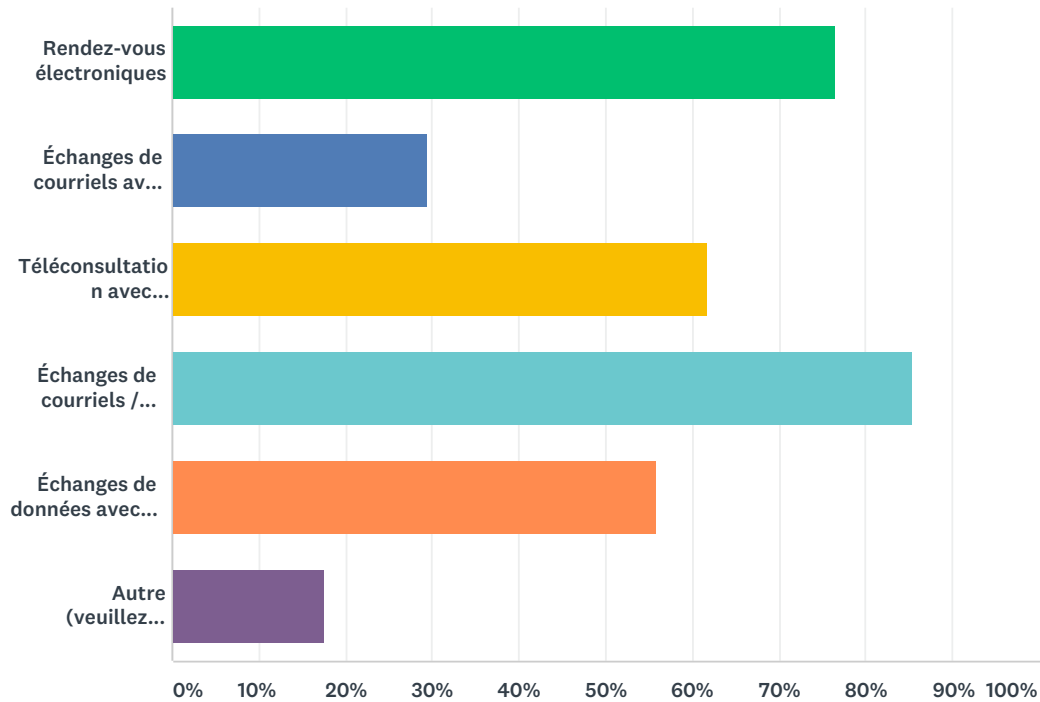
Answered: 30 Skipped: 4

#	RÉPONSES	DATE
1	être le plus disponible tout en se respectant et en protégeant notre santé	16/02/2019 12:00
2	Nous somme chèrement payés et il faut faire notre gros possible. Les autres acteurs du réseau devraient éviter de nous faire perdre du temps avec des procédures (paperasse, délais, etc.) contre-productives.	11/02/2019 21:26
3	Éduquer les gens à prendre soin de leur santé et valoriser la qualité de vie des citoyens	29/01/2019 23:04
4	La valorisation de la médecine familiale est primordiale	29/01/2019 20:43
5	Les omnipraticiens s'engagent auprès de la société québécoise à fournir des soins avec professionnalisme et expertise, à la hauteur de ce qu'ils sont humainement et socialement en mesure de le faire.	27/01/2019 15:37
6	Je crois que le médecin a la responsabilité d'offrir des soins de santé de manière universelle et équitable. Je crois que cette responsabilité passe d'abord et avant tout par le fait d'accepter toute clientèle dans les cliniques sans rendez-vous et non seulement la clientèle inscrite à la clinique. Il est selon moi inacceptable de voir certaines cliniques refuser des patients orphelins. Ce sont selon moi ces patients qui ont encore plus besoin d'avoir accès au sans rendez-vous étant donné qu'ils n'ont pas de médecin de famille offrant de l'accès adapté. Il est donc inacceptable que des cliniques aient la possibilité de refuser cette clientèle dans un système de santé publique où tous devraient avoir accès de manière égale au soins de santé	26/01/2019 12:43
7	Nous sommes responsables de redonner ce qu'on nous a donné. Former un médecin coûte cher et nous sommes très bien rémunérés alors il faut bien s'occuper de la population	25/01/2019 05:37
8	Je pense qu'à l'ère des médias sociaux et des technologies, il est important d'avoir des médecins de famille visibles dans les médias pour des conseils de santé préventive pour leur population locale (ex : Dre Natalia Vo à Salut Bonjour, md qui font des chroniques à la radio, publier de courtes vidéos sur facebook) pour rejoindre les gens où ils sont. Je pense que d'impliquer les médecins de famille dans les consultations publiques pour l'aménagement des villes, parcs, quartiers pour favoriser la santé.	23/01/2019 21:39
9	En pietre état actuellement, brisé des deux bords.	23/01/2019 21:18
10	les médecins sont aujourd'hui à l'entrée en pratique trop centrés sur eux et leurs craintes face à leurs compétences	22/01/2019 15:11
11	on est là pour servir la population, mais elle devient de plus en plus exigeante et nécessite enseignement +++	22/01/2019 08:27
12	Comme un puit sans fond : plus on en fait , plus on nous en demande . Les patients devraient être conscientisés aussi quant à leurs habitudes de consultations et quant à leur propre responsabilité dans l'amélioration de leur santé et la diminution des coûts reliés au système de santé . Je ne crois pas que d'offrir de l'over-access aidera dans ce sens-là .	21/01/2019 19:14
13	D'une grande importance, quoique peu valorisé dans les médias et par la population en général (qui est souvent mal informée)	21/01/2019 13:03
14	Offrir une disponibilité adapté aux situations de sa clientèle , en groupe afin d'offrir le plus d'heures possible	21/01/2019 11:55
15	Les médecins doivent être des leaders en travaillant en équipe avec le patient et les autres professionnels de la santé.	20/01/2019 22:28

16	Nous avons la responsabilité d'offrir des soins de première ligne. Les soins offerts sont en général de qualité cependant certains patients n'ont pas accès à un médecin de famille. Encore trop de suivis inutiles sont effectués... Les patients aussi devraient être responsabilisés à leur part du contrat. Ne plus exiger des examens annuel inutiles. Accepter suivi par autres professionnels de la santé pour problèmes bénins. Le médecins de famille pourraient alors suivre patients malades et offrir plus de plages urgents et semi urgents qui justifient visite médicale.	20/01/2019 14:38
17	nous devons reprendre notre role social et etre accessible pour nos patients	20/01/2019 12:35
18	Nous devons demeurer des intervenants de 1ere ligne accessibles et nous devons continuer les soins à l'hospitalisation pour le bien de nos patients	20/01/2019 09:09
19	Le médecin de famille doit redevenir accessible par le travail en équipe. Nous ne devrions plus négocier d'augmentation de salaire, l'écart est déjà trop grand entre nous et la population.	20/01/2019 06:19
20	X	19/01/2019 18:59
21	pratique moins hermétique, plus facile à comprendre pour la patientèle (horaire visible en ligne) et respect de part et d'autre de l'équilibre travail-temps personnel pour des soins durables	19/01/2019 15:36
22	Manque d'implication au niveau des activités de prévention et d'éducation à la population	19/01/2019 15:06
23	Une relation de respect mutuel permettant d'offrir des services de prise en charge globale du patient tout au long des étapes de sa vie autant en cabinet, CH, domicile et résidence RI ou CHSLD	19/01/2019 13:15
24	on se doit d'organiser les soins avec une prise en charge globale ,plutôt que se faire organiser. éviter de polariser notre pratique en 2ieme ligne uniquement, on doit faire tous de la première ligne. C'est notre role à nous...sinon on va nous l'enlever	19/01/2019 08:55
25	Accessibilité améliorée mais suite à une meilleure distribution de l'accès (accès psychologues, infirmières qui feraient plus de première ligne pour décharger les mds, physiothérapeutes, tous ces professionnels qui seraient accessibles via couverture RAMQ réduiraient les visites médicales donc les coûts de santé. Ainsi les mds de famille pourraient être dégagés de bien des consultations pour être rapidement disponibles pour les problèmes de santé qui ne relèvent que d'eux.	19/01/2019 08:41
26	Les medecins doivent assurer l'accessibilite soins et les services a la population et les soins de premiere et deuxieme ligne mais aussi l'organisation de ceux-ci et l'education a la population pour rationaliser l'utilisation des soins. Augmenter sans cesse l'offre de service ne sert a rien si on ne trouve pas une facon de controler la consommation de soins dans un systeme gratuit. L'education doit permettre a la population de savoir quand il est necessaire de consulter. On doit aussi modifier le fonctionnement de la societe pour eliminer les consultations inutiles qui sont exigees par la societe elle meme et qui embourbe le systeme (CSST, consultation pour obtenir des papiers/formulaires ou piur justifier un arret de travail par exemple)	19/01/2019 08:15
27	Je n'aime pas cette expression (contrat social). Je crois travailler beaucoup plus que la moyenne en terme d'heures, journées travaillées et clientèle, me conformant au AMP, ayant établi ma pratique en fonction des PREM, devant remplir les exigences de formation continue de la FMOQ puis du CMQ, devant respecter les conditions GMF. Bref les exigences de mon côté du contrat n'ont sans cesse augmentées en 15 ans et lorsque je lis les publications de nos entités supérieures (CMQ, FMOQ), cela ne semble jamais suffisant pour remplir notre fameux contrat social. Un contrat unit normalement deux parties. Outre verser mon salaire, quelles sont les obligations de la société québécoise et ses représentants dans ce contrat? Est-ce que le traitement politique, médiatique des dernières années était écrit en petit caractère dans ce fameux contrat social? Parle-t-on de contrat social aux avocats, ingénieurs, dentistes formés au Québec?	19/01/2019 07:12
28	Le médecin demeure avec une responsabilité morale envers sa population	18/01/2019 19:48
29	Deja bien amorcé	18/01/2019 16:45
30	Le médecin de famille a le devoir d'offrir les meilleurs services possibles a la population. Ceci inclut tres certainement un devoir d'etre accessible. Toutefois, ce devoir doit aussi tenir compte de la pertinence des services rendus. En ce sens, le médecin doit contribuer a la médecine de premiere ligne au meme sens que les autres professionnels et que les décideurs politiques (politiques en faveur de la santé, en terme de mobilité, alimentation, etc). Simplement augmenter la disponibilité et l'offre par le fait meme n'est pas suffisant. Un travail collaboratif doit etre fait pour guider les patients dans leur utilisation du systeme de santé. Aussi, le médecin doit etre rigoureux et judicieux dans son utilisation des services de 2e ligne vu les couts qui explosent en santé et les moyens limités dont il dispose.	18/01/2019 15:49

Q5 Les technologies de l'information sont de plus en plus présentes dans la pratique médicale. Quelles utilisations le médecin devrait-il en faire ? Choisissez autant de réponses que vous le désirez.

Answered: 34 Skipped: 0



CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES
Rendez-vous électroniques	76,47% 26
Échanges de courriels avec les patients	29,41% 10
Téléconsultation avec spécialistes	61,76% 21
Échanges de courriels / textos avec intervenants (physio, pharmaciens, etc)	85,29% 29
Échanges de données avec les patients via le DME (TA, Diabete, etc)	55,88% 19
Autre (veuillez préciser)	17,65% 6
Nombre total de participants : 34	

#	AUTRE (VEUILLEZ PRÉCISER)	DATE
1	echanges unidirectionnels du md vers le patient	22/01/2019 15:11
2	RV électroniques seulement pour un certain nombres de plages parce qu'un certain triage s'impose souvent .	20/01/2019 22:28
3	les patients vont exagérer avec les courriels et prendre ceci pour le 811. Courriels pour annuler rv .	20/01/2019 14:38
4	Optimiser nos systèmes téléphoniques pour une prise de RV plus efficace	20/01/2019 09:09
5	Annonce de résultats normaux ou bénins par courriel serait l'idéal sans faire d'échange de courriel. Bien souvent, toute l'équipe de la clinique perd du temps à tenter de rejoindre des patients et les gens sont plus près de leur boîte courriel que de leur répondeur.	20/01/2019 06:19

6	dossiers santé , rendez-vous mais avec contrôle , communication avec patients via infirmière ou secrétaires et trouver solutions pour ceux qui n'ont pas accès	19/01/2019 08:55
---	--	------------------

Q6 Quelles sont vos suggestions pour augmenter l'attractivité de la médecine familiale auprès des étudiants ?

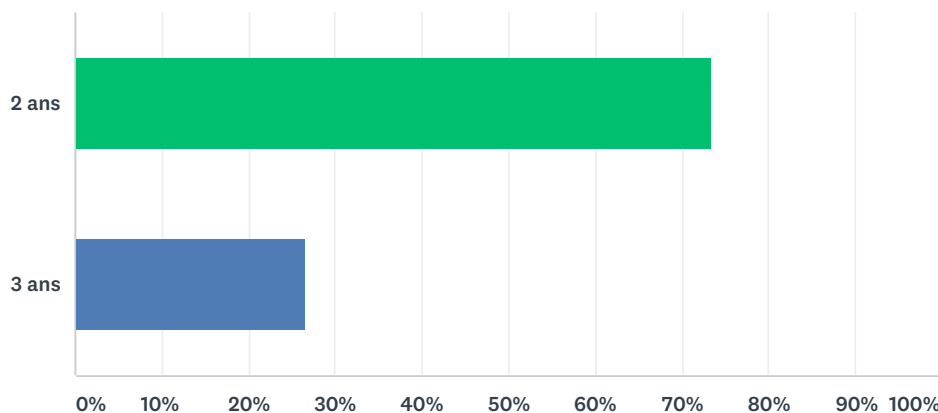
Answered: 32 Skipped: 2

#	RÉPONSES	DATE
1	publier des commentaires de médecins de famille comblés par leur pratique	16/02/2019 12:00
2	Faire comme il y a 10 ans: vendre une pratique polyvalente, incluant la pratique en établissement. La FMOQ et le MSSS devraient arrêter de viser à enfermer les omnipraticiens dans leurs bureaux. Ça désorganise les milieux en régions, et à moyen terme ça va appauvrir la qualité de la prise en charge des omnipraticiens. Il est temps de faire marche arrière là-dessus.	11/02/2019 21:26
3	Augmenter les stages avec des médecins de famille	29/01/2019 23:04
4	augmenter la durée des stages à l'externat.	29/01/2019 20:43
5	Rémunération équivalente aux spécialistes. À travail égal (heures de travail / charge de travail) = salaire égal. Bonifier la majoration du salaire pour les omnipraticiens travaillant en bureau privé pour compenser les frais de bureau qui augmentent et pour créer des cliniques en mesure de répondre à un nombre croissant de patients.	27/01/2019 15:37
6	Protéger la pratique générale en établissement, ne pas concéder de % de la pratique en établissement (ex: moins de % de med fam hospitalière ou de médecine d'urgence au profit des spécialiste). La diversité de la pratique en médecine familiale demeure son attrait #1. Perdre cette diversité aura inévitablement des répercussions sur le recrutement	26/01/2019 12:43
7	Démontrer notre passion pour notre spécialité	25/01/2019 05:37
8	Qu'elle soit promue sur la place publique. En ayant des modèles inspirants visibles et impliqués, ça donne plus le goût. Aussi, avoir des externats longitudinaux (qui ressemblent plus à une pratique en médecine familiale) permet aux étudiants de mieux connaître la réalité du médecin de famille et la valeur du lien thérapeutique	23/01/2019 21:39
9	Plus de cash pour ce payer plus de support.	23/01/2019 21:18
10	faire en sorte qu'ils puissent/doivent pouvoir oeuvrer de manière polyvalente à la sortie de l'université et ne pas se buter à des PEM clos comme en obst et hospit comme maintenant	22/01/2019 15:11
11	remettre la diversité sans contraintes... comme avant!!!	22/01/2019 08:27
12	Je n'en ai pas un peu désabusée moi-même	21/01/2019 19:14
13	Continuer de promouvoir une pratique polyvalente, améliorer l'opinion publique face à la médecine familiale (tenter de déconstruire l'idée que les difficultés du système de santé reposent sur les médecins seulement)	21/01/2019 13:03
14	Rôle privilégié d'accompagner le patient tout au long de sa vie et souvent pouvoir y faire une différence dans certaines épreuves Chance de pouvoir aussi parfois connaître sa famille, son entourage, leur valeurs...	21/01/2019 11:55
15	Il faut augmenter le soutien et le nombre des autres professionnels de la santé dans les GMF pour former des réelles équipes multidisciplinaires pour que les futurs médecins de famille ne se sentent pas seuls dans le suivi d'une clientèle de plus en plus lourde et exigeante. Il faut trouver une façon de diminuer ce que j'appelle "la paperasse": pourquoi les formulaires d'arrêt de travail ne pourraient pas être remplis par le physio ou le psychologue qui suit le patient? Etc	20/01/2019 22:28
16	Diminuer les contraintes sur l'organisation de la pratique (lieu de pratique, modèle de pratique). Diminuer les tâches paracliniques Diminuer l'écart de rémunération avec les médecins spécialistes. Pourtant, je trouve le salaire des médecins de famille très adéquat... Discussion d'égal à égal avec les médecins spécialistes.	20/01/2019 20:26
17	les prem et les amp sont trop sévères. Ils ne peuvent pas faire ce qu'ils aiment ou aller où ils veulent...	20/01/2019 14:38

18	rendre l'accessibilité au plateau technique plus facile et enlever la pression du système de santé des épaules des mdm famille	20/01/2019 12:35
19	ne pas exiger la polyvalence à tout prix. Les laisser choisir un domaine de la médecine familiale qui les intéresse (ex. soins pall, pédiatrie) et accepter qu'ils aient une pratique principalement dans ce domaine.	20/01/2019 09:40
20	Tout d'abord la valoriser (médias, réseaux sociaux etc) car son image a été grandement ternie par le gouvernement sortant. Garantir une autonomie de la pratique et cesser d'imposer des règles (par exemple vous devez augmenter vos heures défavorables etc). Offrir une équité salariale par rapport au reste du Canada	20/01/2019 09:09
21	-stage en région dès l'externat -Encourager la présence des groupes d'intérêts en médecine familiale dans les facultés de médecine. -Mettre de l'avant la polyvalence, la qualité de vie	20/01/2019 06:19
22	Maintenir une pratique polyvalente en médecine familiale	19/01/2019 18:59
23	pratique actuelle couvrant beaucoup la gériatrie, qui est le summum de toutes les spécialités condensées, avec l'art de l'éthique, de la compassion et du respect des choix et de l'humain. Alléger la facturation!!!! Il faut être un avocat pour décoder la RAMQ. Viser, en en faisant un objectif concret à atteindre, des gardes 1:6 max pour faciliter le maintien de l'équilibre mental des troupes.	19/01/2019 15:36
24	Meilleur accès aux spécialistes Meilleure reconnaissance de la place du gouvernement et du public Diminution des contraintes (prem, AMP)	19/01/2019 15:06
25	Restaurer la vision dans la population de l'image positive de la médecine familiale qui a été brisée dans les 4 dernières années ...	19/01/2019 13:15
26	bonifier le travail en GMF en respectant l'entente cadre. faciliter l'accès aux spécialistes et plateau technique	19/01/2019 08:55
27	Déjà le fait que M. Gaëtan Barette ne soit plus dans le circuit aidera en soi, il a fait un terrible tort à notre profession...	19/01/2019 08:41
28	Simplement arrêter de faire du « Doctor bashing » public dans les médias et d'insinuer que les MDs sont paresseux et ne travaillent pas assez et arrêter de vouloir baisser leur salaire sans raison	19/01/2019 08:15
29	Que comme profession nous méritons et exigeons le RESPECT, que l'importance de notre travail soit reconnue (autrement que financièrement). Que les messages négatifs véhiculés à notre égard souvent erronés soient corrigés. Bref, que la société remplisse ses modalités de ce fameux contrat social!	19/01/2019 07:12
30	Amélioration du travail multidisciplinaire en première ligne mais surtout diminuer la lourdeur en terme de paperasse	18/01/2019 19:48
31	Valoriser la polyvalence et la proximité avec le patient	18/01/2019 16:45
32	Ramener la polyvalence de la pratique à l'avant-plan Diminuer au maximum les restrictions à la pratique (PREM, AMP, etc) mais rendre les milieux imputables des services à rendre Favoriser une plus grande interdisciplinarité Offrir un support adéquat à la pratique en cabinet (professionnel et cléricale) Rétablir l'équilibre dans la rémunération md fam-spécialistes	18/01/2019 15:49

Q7 Combien de temps devrait durer la résidence en médecine familiale ?

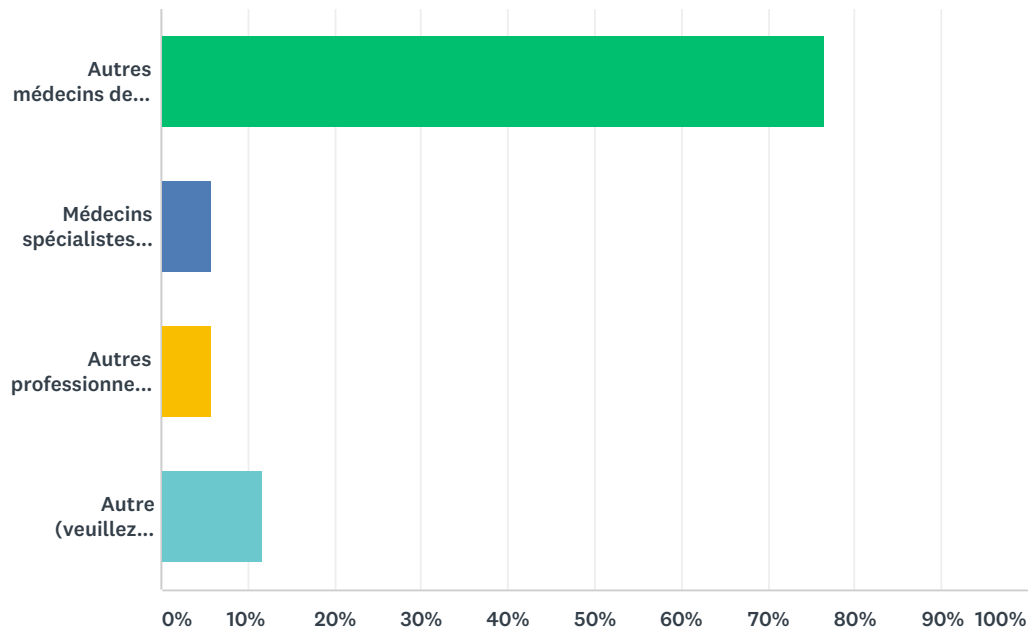
Answered: 34 Skipped: 0



CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES	
2 ans	73,53%	25
3 ans	26,47%	9
TOTAL		34

Q8 Quels professionnels devraient principalement former les médecins de famille ?

Answered: 34 Skipped: 0

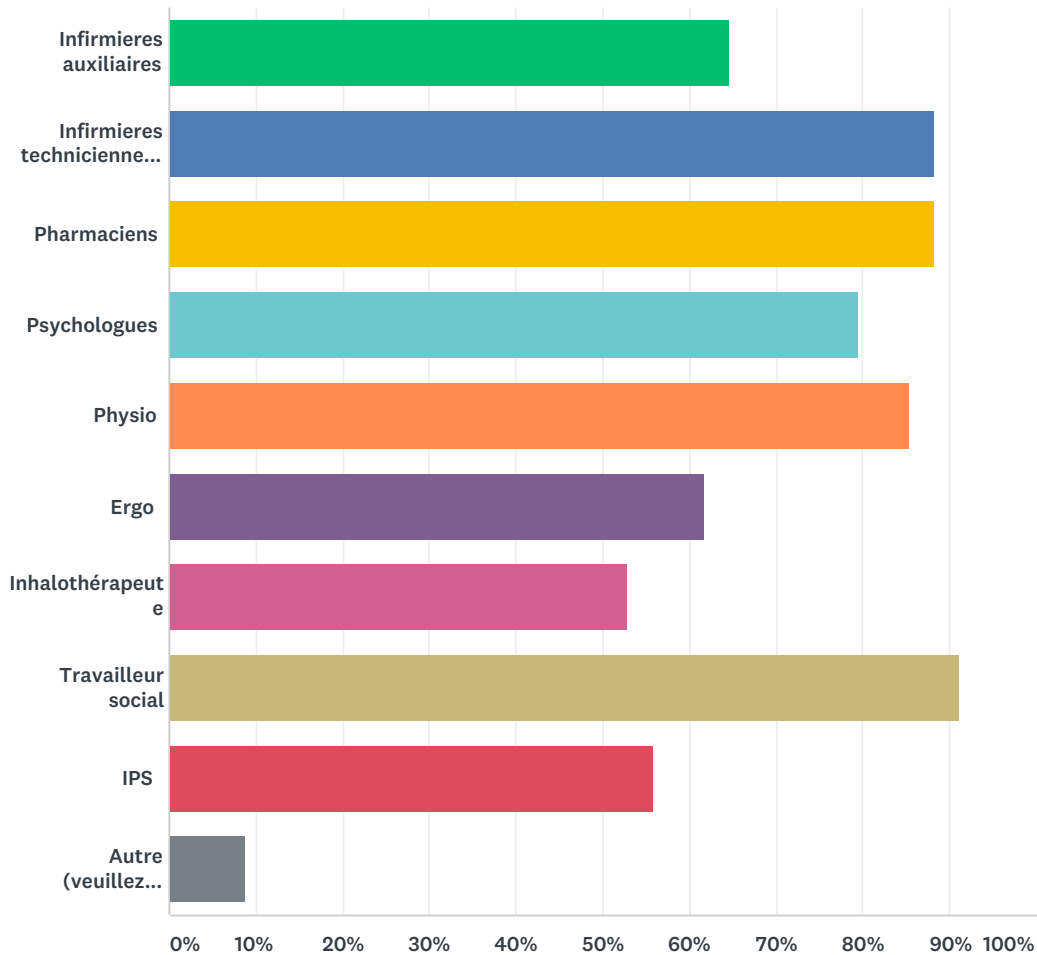


CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES	
Autres médecins de famille enseignants	76,47%	26
Médecins spécialistes en stage de rotation	5,88%	2
Autres professionnels pour favoriser l'interdisciplinarité	5,88%	2
Autre (veuillez préciser)	11,76%	4
TOTAL		34

#	AUTRE (VEUILLEZ PRÉCISER)	DATE
1	Médecins de famille et médecins spécialistes	11/02/2019 21:26
2	2/3 med fam et 1/3 spécialistes	26/01/2019 12:43
3	et médecins de famille enseignants pour stages md de famille	20/01/2019 14:38
4	Autant les médecins spécialistes que les médecins de famille.	20/01/2019 06:19

Q9 L'interdisciplinarité est un concept inévitable actuellement en première ligne. Quels professionnels devraient être impliqués ? (choisir autant que vous voulez)

Answered: 34 Skipped: 0



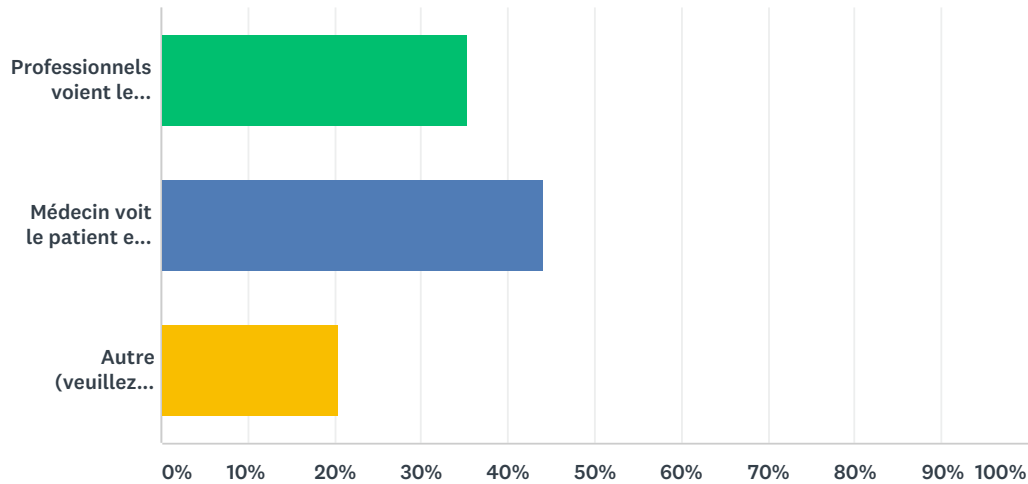
CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES	
Infirmières auxiliaires	64,71%	22
Infirmières techniciennes et cliniciennes	88,24%	30
Pharmaciens	88,24%	30
Psychologues	79,41%	27
Physio	85,29%	29
Ergo	61,76%	21
Inhalothérapeute	52,94%	18
Travailleur social	91,18%	31
IPS	55,88%	19
Autre (veuillez préciser)	8,82%	3

Nombre total de participants : 34

#	AUTRE (VEUILLEZ PRÉCISER)	DATE
1	Nutritionniste	29/01/2019 23:04
2	Il y a du travail pour tout l'monde	25/01/2019 05:37
3	formation d'IPS devrait etre bonifié avec plus de stage auprès des MD de famille	19/01/2019 08:55

Q10 Comment devrait se pratiquer cette interdisciplinarité ?

Answered: 34 Skipped: 0

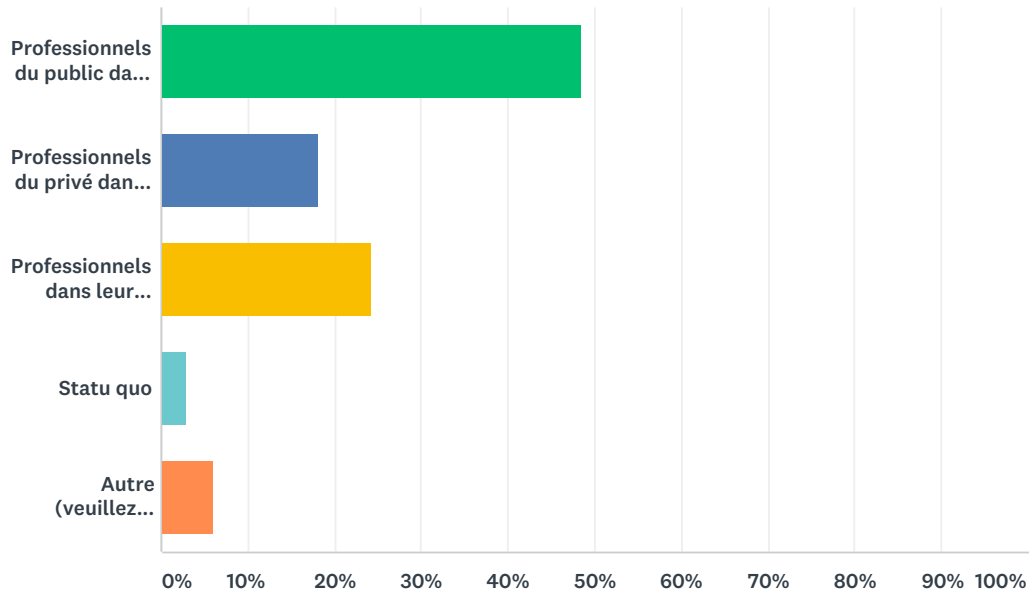


CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES	
Professionnels voient le patient en premier et réfèrent au médecin au besoin	35,29%	12
Médecin voit le patient et réfère ensuite aux professionnels nécessaires	44,12%	15
Autre (veuillez préciser)	20,59%	7
TOTAL		34

#	AUTRE (VEUILLEZ PRÉCISER)	DATE
1	Dans un sens ou dans l'autre. Drôle de question.	11/02/2019 21:26
2	Doit être déterminé au cas par cas, selon les forces et intérêts des professionnels impliqués mais aussi selon les besoins de la population déservie	23/01/2019 21:39
3	Un joli mélange des deux :)	21/01/2019 13:03
4	les deux selon la situation !!	21/01/2019 11:55
5	Je pense qu'un triage devrait être fait par une infirmière qui déciderait qui le patient voit en premier .Je crois que plusieurs cas n'auraient pas besoin d'être vus par le MD ce qui permettrait au MD de suivre plus de patients .Je crois qu'il faudrait que les autres professionnels puissent eux aussi signer des arrêts de travail , congé d'école etc	20/01/2019 22:28
6	Les deux modèles ci-haut fonctionnent.	20/01/2019 20:26
7	mixte selon la problématique	19/01/2019 08:55

Q11 Ou devrait se faire cette interdisciplinarité ?

Answered: 33 Skipped: 1

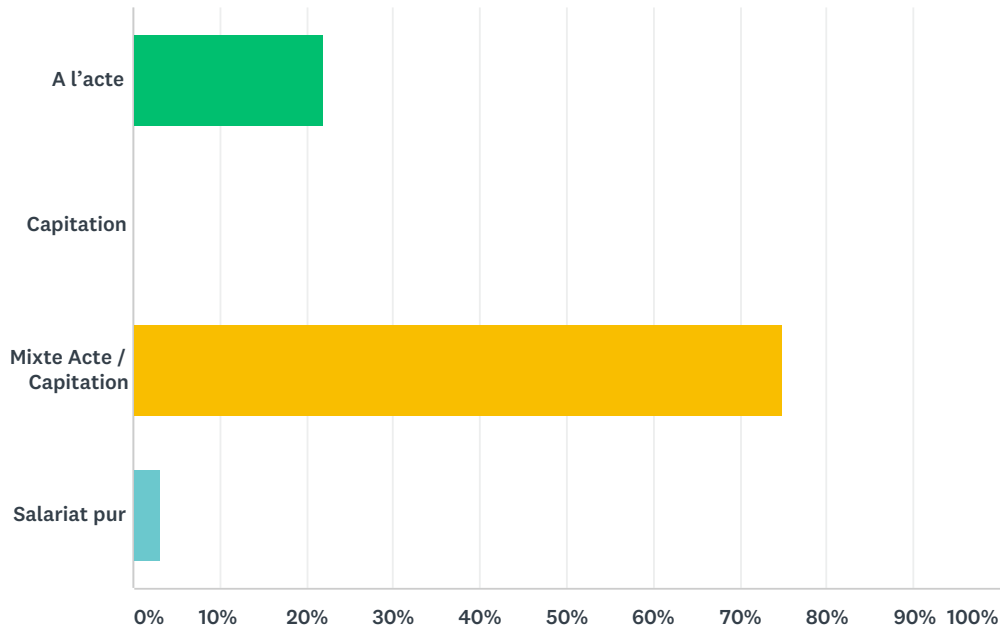


CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES	
Professionnels du public dans la clinique médicale	48,48%	16
Professionnels du privé dans la clinique médicale (modèle de la pharmacie)	18,18%	6
Professionnels dans leur clinique privée avec moyens de communication améliorés	24,24%	8
Statu quo	3,03%	1
Autre (veuillez préciser)	6,06%	2
TOTAL		33

#	AUTRE (VEUILLEZ PRÉCISER)	DATE
1	Professionnels du public dans leurs locaux publics. Médecins dans leurs GMF (majoritairement privés). Moyens de communication améliorés.	11/02/2019 21:26
2	Mélange des trois premiers choix	25/01/2019 05:37

Q12 Quel mode de rémunération devrait être privilégié ?

Answered: 32 Skipped: 2



CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES	
A l'acte	21,88%	7
Capitation	0,00%	0
Mixte Acte / Capitation	75,00%	24
Salariat pur	3,13%	1
TOTAL		32

#	DÉTAILLEZ VOTRE RÉPONSE	DATE
1	Selon type de pratique	29/01/2019 23:04
2	Le paiement à l'acte est la seule façon de stimuler le médecin à voir/traiter/prendre en charge un maximum de patients. Récemment, lors d'une clinique de grippe, la RAMQ me versait un salaire horaire aussi avantageux que si je voyais 6 ou 7 patients à l'heure, et ce sans aucune "imposition" de nombre de patient à voir... Si tous les médecins deviennent payé à l'heure, il faut s'attendre à une diminution cataclysmique de la quantité de services rendus.	27/01/2019 15:37
3	Je ne sais pas	21/01/2019 19:14
4	Je pense que la capitation encouragerait les MD à faire plus de prise en charge et à suivre plus de patients mais l'acte est nécessaire à assurer un certain débit.	20/01/2019 22:28
5	ceci laisse laxité pour ceux qui sont plus travaillants...	20/01/2019 14:38
6	Seul le mode de rémunération à l'acte peut garantir l'accessibilité en stimulant la nécessité d'offrir de la disponibilité pour faire de la consultation auprès des patients	19/01/2019 13:15
7	capitation bonifie l'implication de prise en charge et acte pour certaines situations	19/01/2019 08:55
8	Reconnaissance du niveau de responsabilité selon le nombre de patients inscrits mais éviter le salariat qui diminuerait la productivité	19/01/2019 08:41

9	La rémunération à l'acte a actuellement mauvaise presse. On semble voir beaucoup d'avantages à la capitation ou le salariat pur. Je ne comprends pas! Selon moi, pour certains médecins ceci entraînera une baisse de productivité.	19/01/2019 07:12
---	---	------------------

Question #1 – Organisation des soins, rôle du médecin

85% souhaitent une pratique polyvalente ou le médecin fait autant du cabinet que de la 2^e ligne

1 répondant nommait une certaine obligation de prise en charge dans les commentaires

Question #2 – Lieu physique

76% apprécient le modèle GMF

Dans les autres, on retrouve une division entre un financement public (11%) et un financement 100% privé, hors GMF (8%)

Les CLSC et le privé n'ont pas obtenu beaucoup d'appui chez des médecins qui n'oeuvrent pas en CLSC

Question #3 – Valeurs

Valeurs	Nb de réponses
Empathie/Humanisme	15
Polyvalence	14
Disponibilité	12
Expertise	10
Travail d'équipe	6
Leadership	5
Globalité	3
Professionnalisme	2

Les réponses ont été regroupées par champ lexical, mais les 4 valeurs de tête ressortaient clairement du lot.

Question #4 – Contrat social

Question subjective et à développement, donc plusieurs registres de réponses dans ce bloc.

Globalement, la plupart des répondants croient que les médecins ont le devoir d'offrir des soins accessibles et de qualité à la population. Le rôle du médecin de famille dans l'organisation des soins est primordial pour nos membres.

Toutefois, les médecins semblent ressentir une grande pression de la société pour travailler toujours plus. Ils s'engagent donc à respecter leur part du contrat, mais en tenant compte de leurs limites.

Plusieurs ont aussi mentionné le rôle et la responsabilité de la population. L'enseignement à la population semble déficient et aiderait à augmenter la pertinence des consultations en première ligne. Les médecins de famille pourraient s'impliquer davantage dans cette partie de la santé, une personne étant même allée jusqu'à suggérer que les médecins s'impliquent en amont (organisation municipale).

Les médecins comptent aussi sur un coup de main des autres professionnels de la santé à qui ils sont prêts à déléguer des actes pour leur permettre, encore une fois, de voir les cas qui sont pertinents pour eux.

Ils désirent aussi sur un allègement des règles administratives, tant au niveau de la gestion de la pratique (PREM, AMP et autres) qu'au niveau des obligations des patients (papiers arrêt travail, CSST, SAAQ, etc).

Question #5 – Technologies de l'information

Grande ouverture à la communication avec les autres professionnels (85%). La prise de RV électronique est aussi très acceptée (76%), mais avec quelques bémols dans les commentaires. Nous tenons à garder un contrôle sur ces horaires et il ne semble pas que les gens veuillent mettre tout leur horaire en ligne.

Un échange avec les patients semble acceptable, mais unidirectionnel (valeurs de TA, Db et résultats normaux, confirmation RV). Le courriel ouvert avec le patient est craint par le médecin qui craint de se voir submergé.

Question #6 – Augmentation de l'attractivité

Question subjective et à développement, donc interprétation plus complexe.

Il faut revaloriser la médecine familiale dans l'espace public, car elle a été grandement malmenée ces dernières années. Témoignages, publicités et respect dans le discours sont les principales idées émises. L'externat longitudinal et un plus grand contact avec les médecins de famille au pré-clinique sont vus d'un bon œil à ce sujet.

Le maintien de la polyvalence de la pratique est primordial pour redonner le goût de faire de la médecine familiale aux étudiants. Cette polyvalence et cette liberté de pratique semblent perçus comme le plus grand attrait de notre profession et on devrait tenter de limiter les contraintes qui entravent ce fait.

De plus, il faut que l'organisation des soins soient au rendez-vous. Le support cléricale et professionnel doit être au rendez-vous pour que la première ligne cesse d'être le parent pauvre de la médecine.

Enfin, on doit s'assurer que la rémunération soit compétitive avec les spécialistes et, à un moindre niveau, avec le reste du Canada.

Question #7 – Durée de la résidence

75% désirent garder une durée de 2 ans contre 25% pour une augmentation à 3 ans. Ce sujet semble peu sous notre contrôle puisque décidé par d'autres instances, mais l'appétit semble faible pour augmenter la durée de la résidence.

Question #8 – Professionnels formateurs

La majorité des répondants désirent garder le médecin de famille comme principal formateur de ses futurs collègues (75%). Toutefois, dans les commentaires, plusieurs maintiennent que le spécialiste a une place dans la formation du médecin de famille.

Question #9 – Professionnels impliqués dans l'interdisciplinarité

Les médecins de famille semblent voir d'un très bon œil la collaboration avec les professionnels. En effet, presque tous les choix proposés ont eu 80% ou plus de réponses positives. Le professionnel le plus apprécié est le travailleur social (91%), ce qui démontre le succès de leur implantation dans les GMF. La conclusion à tirer est donc que le médecin est prêt à travailler avec n'importe quel professionnel, mais les réponses moins populaires méritent notre attention.

La réponse la plus étonnante est la faible popularité des IPS (55%) seulement. Ceci va en contradiction flagrante avec l'orientation du gouvernement à ce sujet. Nous ne pouvons nous prononcer sur les raisons de cette impopularité, le sondage n'ayant pas été conçu pour répondre à cette question. Cet état de fait traduit toutefois un malaise des médecins de famille envers les IPS qui devra être adressé étant donné leur arrivée massive attendue dans les prochaines années.

Les autres professionnels n'ayant pas eu de hautes notes sont les Ergo, Inhalo et Infirmières auxiliaires, ressources qui sont en effet moins présentes et moins disponibles en première ligne.

Question #10 – Façon de pratiquer l'interdisciplinarité

La question semble avoir été plus ou moins appréciée et était probablement posée de mauvaise façon. Les réponses sont très divisées, mais on retient avec les commentaires que les médecins voient les 2 façons de procéder d'un bon œil et qu'ils procèdent surtout au cas par cas.

Question #11 – Lieu ou devrait se faire l'interdisciplinarité

Les réponses étaient plutôt divisées sur cette question. Le modèle des GMF semble apprécié d'une courte majorité (48%). La plupart des autres (24%) préfèrent que les professionnels restent dans leurs locaux, mais avec une meilleure communication. Le modèle de la pharmacie est apprécié (18%) tout de même. Ce sujet méritera sans doute une réflexion dans les prochaines années.

Question #12 – Mode de rémunération

La majorité (75%) des répondants voient d'un bon œil une rémunération mixte qui inclut à la fois une rémunération à l'acte et une partie à capitation. Cela semble aller dans la direction générale prise par la FMOQ et souhaitée par le ministère.