

Rapport final

Amélioration du fonctionnement et de la performance des guichets d'accès à la première ligne (GAP) au Québec

La première ligne en action, phase de déploiement

Michel Delamarre

Carine Sauvé

Dre Annie Talbot

Amélie Boulet

Isabela de Resende Braga

Camélia Bounhar

20 octobre 2023

Remerciements

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude envers tous ceux qui ont contribué à la rédaction de ce rapport visant à améliorer les guichets d'accès à la première ligne au Québec. Cette réalisation a été possible grâce à l'engagement et à la collaboration de nombreuses personnes et organismes.

Nous souhaitons sincèrement remercier tous les établissements de santé qui nous ont ouvert leurs portes, qui ont libéré leur personnel pour participer aux groupes de discussion et facilité l'accès aux données, aux locaux et autres ressources nécessaires. Leur engagement envers la recherche de solutions et leur transparence ont permis une analyse approfondie et ont enrichi notre compréhension des enjeux et des bonnes pratiques liées aux GAP.

Nous sommes également profondément reconnaissants envers les usagers qui ont partagé leurs expériences et leurs commentaires. Votre voix a été au cœur de ce rapport, et votre contribution a permis de mettre en lumière les besoins réels des individus qui utilisent les services des GAP.

Nous tenons à souligner l'excellente collaboration du ministère de la Santé et des Services sociaux pour son soutien continu.

Finalement, nous aimerions remercier chaleureusement les partenaires, les équipes de recherche et tous ceux qui ont contribué, de près ou de loin, à cette démarche. Vos contributions ont été inestimables pour orienter nos pistes d'amélioration et recommandations en vue de l'amélioration de ces services cruciaux.

Nous espérons que les constats, les pistes et les recommandations présentés ici contribueront à faire évoluer positivement les GAP au Québec.

Table des matières

Liste des tableaux	v
Liste des figures	vi
Liste des abréviations	vii
Lexique	ix
Introduction.....	9
Description du mandat et des objectifs poursuivis	11
Description de la démarche	12
Développement des axes d'évaluation	12
Structure de gouvernance de la démarche.....	13
Déroulement de la tournée des GAP	13
La voix des usagers	15
Le GAP, une initiative à pérenniser	16
Le réseau d'établissements en action	16
1. Présentation des résultats selon l'axe de gouvernance	20
1.1 Constats en lien avec la situation des GAP au moment des visites.....	20
1.1.1 Structure de gouvernance, pilotage, assurance qualité et implication des usagers partenaires	21
1.1.2 Implication des autres directions	22
1.1.3 Rôle du département régional de médecine générale (DRMG) et implication médicale	23
1.1.4 Parties prenantes externes	25
1.1.5 Communication.....	27
2. Présentation des résultats selon l'axe des processus.....	30
2.1 Constats en lien avec la situation des GAP au moment des visites.....	30
2.1.1 Modélisation.....	30
2.1.2 Fluidité du parcours de l'utilisateur et arrimage 811 Info-Santé/Social, Services Québec	32
2.1.3 GAP - GACO - GAMF, structure et fonctionnement	33
2.1.4 Outils.....	39
2.1.5 Traçabilité, rétroaction et partage d'informations cliniques.....	42
2.1.6 Orientations et évaluation de la pertinence.....	43
3. Présentation des résultats selon l'axe de l'offre de services.....	46

3.1	Constats en lien avec la situation des GAP au moment des visites.....	46
3.1.1	Documentation des besoins de la population	47
3.1.2	Accès aux services professionnels multidisciplinaires.....	47
3.1.3	Offre médicale	53
3.1.4	Clientèle orpheline vs inscrite à un médecin de famille	58
4.	Présentation des résultats selon l'axe des ressources humaines.....	60
4.1	Constats en lien avec la situation des GAP au moment des visites.....	60
4.1.1	Titres d'emploi, rôles et responsabilités	60
4.1.2	Formation et compétences.....	62
4.1.3	Ressources disponibles vs besoin	64
5.	Présentation des résultats selon l'Axe de la gestion de données	66
5.1	Constats en lien avec la situation des GAP au moment des visites.....	66
5.1.1	Base de données.....	66
5.1.2	Détermination des indicateurs de performance	66
5.1.3	Production et diffusion des tableaux de bord.....	67
6.	Présentation des résultats selon l'Axe des outils technologiques et de la santé numérique.....	69
6.1	Constats en lien avec la situation des GAP au moment des visites.....	69
6.1.1	DMÉ et interopérabilité	69
6.1.2	Systèmes de prise de rendez-vous et orchestrateur	71
6.1.3	Téléphonie	72
6.1.4	Intelligence artificielle	72
6.1.5	Bottin des ressources	72
6.1.6	Portail usager / professionnel.....	73
6.1.7	Télésanté	73
	Conclusion.....	75
	Références bibliographiques	76
	Annexe 1 : Facteurs de succès pour la mise en œuvre et la pérennité des GAP	77
	Annexe 2 : Représentation graphique des données comparatives.....	80
	Annexe 3 : Principaux enjeux en lien avec le parcours de l'utilisateur et l'offre de services et trajectoires.....	83
	Annexe 4 : Recueil des pistes d'amélioration.....	85
	Annexe 5 : Recueil des pratiques à souligner observées	91
	Annexe 6 : Paramédecine de régulation.....	95
	Annexe 7 : Réorientation des usagers de l'urgence.....	96

Liste des tableaux

Tableau 1 : Principaux modes de fonctionnement des GAP.....	34
Tableau 2 : Avantages et inconvénients de chaque mode de fonctionnement.....	35
Tableau 3 : Délais de réponse et de traitement selon le mode de fonctionnement.....	37

Liste des figures

Figure 1 : Guichet d'accès aux services de première ligne	10
Figure 2 : Axes d'évaluation de la performance	12
Figure 3 : Structure de gouvernance - Amélioration du fonctionnement et de la performance des GAP au Québec	13
Figure 4 : Calendrier des visites lors de la tournée des GAP	13
Figure 5 : Déroulement typique d'une visite	15
Figure 6 : Axes d'évaluation de la performance – Gouvernance	20
Figure 7 : Axes d'évaluation de la performance – Processus	30
Figure 8 : Portes d'entrée principales au GAP	31
Figure 9 : Cartographie de la trajectoire des appels vers Services Québec en date du 15 novembre 2022	32
Figure 10 : Modèles d'organisation du GAP et du GACO	33
Figure 11 : Ratio d'appels entrants au GAP sur la population sans médecin de famille avec RAMQ.....	36
Figure 12 : Raisons d'appels traitées entièrement par les AA des GAP dans l'ensemble du Québec.....	40
Figure 13 : Axes d'évaluation de la performance – Offre de services.....	46
Figure 14 : Mise en disponibilité des rendez-vous médicaux pour les GAP par les cliniques médicales.....	55
Figure 15 : Axes d'évaluation de la performance – Ressources humaines	60
Figure 16 : Nombre d'établissements selon la composition de l'équipe de soins infirmiers au GAP	61
Figure 17 : Titres d'emploi dans l'équipe des services professionnels transitoires	62
Figure 18 : Axes d'évaluation de la performance – Gestion de données.....	66
Figure 19 : Axes d'évaluation de la performance – Outils technologiques et santé numérique	69
Figure 20 : DMÉ utilisé par les établissements pour les activités du GAP.....	70

Liste des abréviations

AOI	Accueil, orientation et intégration
APPR	Agent de planification, de programmation et de recherche
AQPP	Association québécoise des pharmaciens propriétaires
ASI	Assistante au supérieur immédiat
CISSS	Centre(s) intégré(s) de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre(s) intégré(s) universitaire(s) de santé et de services sociaux
CML	Coordonnateur médical local
CODIR	Comité de direction
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CRDS	Centre de répartition de demandes de services
DASMPML	Direction de l'accès aux services médicaux de première ligne pour la Montérégie
DCI	Dossier clinique informatisé
DRI	Direction des ressources informationnelles
DRMG	Département régional de médecine générale
DSI	Direction des soins infirmiers
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DSP	Direction des services professionnels
DSQ	Dossier santé Québec
DQEPE	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
GACO	Guichet d'accès pour la clientèle orpheline
GAMF	Guichet d'accès à un médecin de famille
GAP	Guichet d'accès à la première ligne

GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-AR	Groupe de médecine de famille accès-réseau
GMF-U	Groupe de médecine de famille universitaire
ICASI	Infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
PDG	Président-directeur général
PDGA	Président-directeur général adjoint
PREM	Plans régionaux d'effectifs médicaux
RAMQ	Régime d'assurance maladie du Québec
RLS	Réseau local de services
SPA	Spécialiste en procédés administratifs

Lexique

Représentants médicaux	Médecins rencontrés dans les groupes de discussion
Responsables médicaux	Médecins ayant une responsabilité de gestion ou administrative
Responsables de cliniques médicales	Médecins responsables de leur clinique
Officiers médicaux	CML et autres membres du DRMG qui occupent une fonction officielle
GAMF	Guichet d'accès à un médecin de famille, une base de données unique qui regroupe l'ensemble des demandes d'inscription à un médecin de famille et qui permet d'inscrire de nouveaux patients. Cette base de données permet l'enregistrement des patients sur une liste d'attente afin d'être inscrit à un médecin de famille (MSSS, 2023a).
GACO	Guichet d'accès pour la clientèle orpheline, entité qui gère les demandes d'inscription, de changement et d'annulation d'inscriptions auprès d'un médecin de famille (MSSS, 2022a).
Inscrits de groupe (inscrits collectifs)	L'inscription de groupe est le fait d'inscrire un groupe de patients auprès du groupe de médecins d'un lieu de pratique. Un patient peut ainsi consulter n'importe quel médecin de ce groupe. En effet, il n'est pas inscrit auprès d'un médecin précis (RAMQ, 2023).
GMF	Un GMF est composé d'un groupe de médecins de famille et d'autres professionnels de la santé et des services sociaux. Il a pour mission, d'une part, d'offrir des services médicaux et professionnels à toute clientèle, notamment par le suivi continu d'une clientèle constituée d'un nombre minimal de patients inscrits auprès des médecins qui y exercent leur profession, et d'autre part, de participer au mécanisme régional d'accès pour les patients sans médecin de famille (MSSS, 2022b).
GMF AR	Les GMF ayant obtenu la désignation accès-réseau ont pour mission d'offrir à toute clientèle des services médicaux généraux urgents simples ou semi-urgents de première ligne. Un GMF effectuant moins de 20 000 consultations annuelles auprès de patients qui ne sont pas inscrits à ce GMF est désigné accès-réseau et porte la dénomination de GMF accès (GMF-A). Quant à un GMF effectuant 20 000 consultations ou plus, il est désigné accès-réseau et porte la dénomination de GMF réseau (GMF-R) (MSSS, 2022c)

Introduction

En 2022, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a entrepris d'améliorer l'accès aux services de première ligne aux personnes sans médecin de famille en demandant à son réseau de déployer des Guichets d'accès à la première ligne (GAP) dans toute la province. Le GAP vise à favoriser un accès équitable aux services de première ligne, en temps opportun et avec le bon professionnel, pour les citoyens québécois sans médecin de famille (MSSS, 2021). Il agit donc comme un coordonnateur, navigateur auprès de cette clientèle, afin de les aider dans leur parcours de soins en lien avec leur souci de santé. Les usagers sans médecin de famille forment un groupe hétérogène constitué d'usagers inscrits ou non au Régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ). Les usagers inscrits à la RAMQ et qui n'ont pas de médecin de famille peuvent être enregistrés au Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) et peuvent alors devenir des usagers inscrits à un groupe de médecins ou demeurer orphelins. L'établissement détermine les usagers qui seront inscrits en groupe. Dans sa mouture actuelle, le GAP cible principalement les usagers enregistrés au GAMF. Les usagers non enregistrés au GAMF sont donc invités à s'y enregistrer pour avoir accès aux services des GAP.

Le déploiement national des GAP a débuté par trois projets vitrines et s'est ensuite poursuivi pour le reste de la province entre juin et septembre 2022 (à l'exception d'un établissement qui a obtenu un délai supplémentaire dû à un contexte particulier), marquant une étape importante dans la mise en place de ce système d'accès aux soins et services de première ligne au Québec et permettant d'étendre la portée et l'accessibilité à un plus grand nombre de personnes. Dans les 17 régions administratives du Québec, 22 établissements ont mis en place un GAP pour leur territoire, à l'exception de la Montérégie-Centre et de la Montérégie-Est, qui ont mis en place plus qu'un GAP sur leur territoire. Certaines régions ont dû adapter à leur réalité l'offre de services du GAP. Par ailleurs, il convient de noter que, pour le moment, le Nord-du-Québec ne dispose pas de GAP en raison de son mode de fonctionnement spécifique, adapté à sa propre réalité. La région de Montréal a déployé cinq GAP, un par CIUSSS, et la Montérégie six GAP dans ses trois CISSS. De leur côté, la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine ont, pour leur part, chacun leur GAP.

Afin d'accompagner les établissements dans cette démarche de déploiement, le MSSS a rédigé un *Cadre de référence sur les mécanismes régionaux d'accès aux services de première ligne* pour la population sans médecin de famille (MSSS, 2021), nommé dans le rapport *Cadre de référence accès - GAP*. Déposé en octobre 2021 aux établissements, le document a permis de présenter des orientations globales, des modalités de fonctionnement ainsi que des conditions de succès visant à encadrer le développement de l'offre de services des GAP.

La figure 1, extraite de ce cadre de référence, apporte la vision globale du GAP comme prévu par le MSSS en début de déploiement du projet.

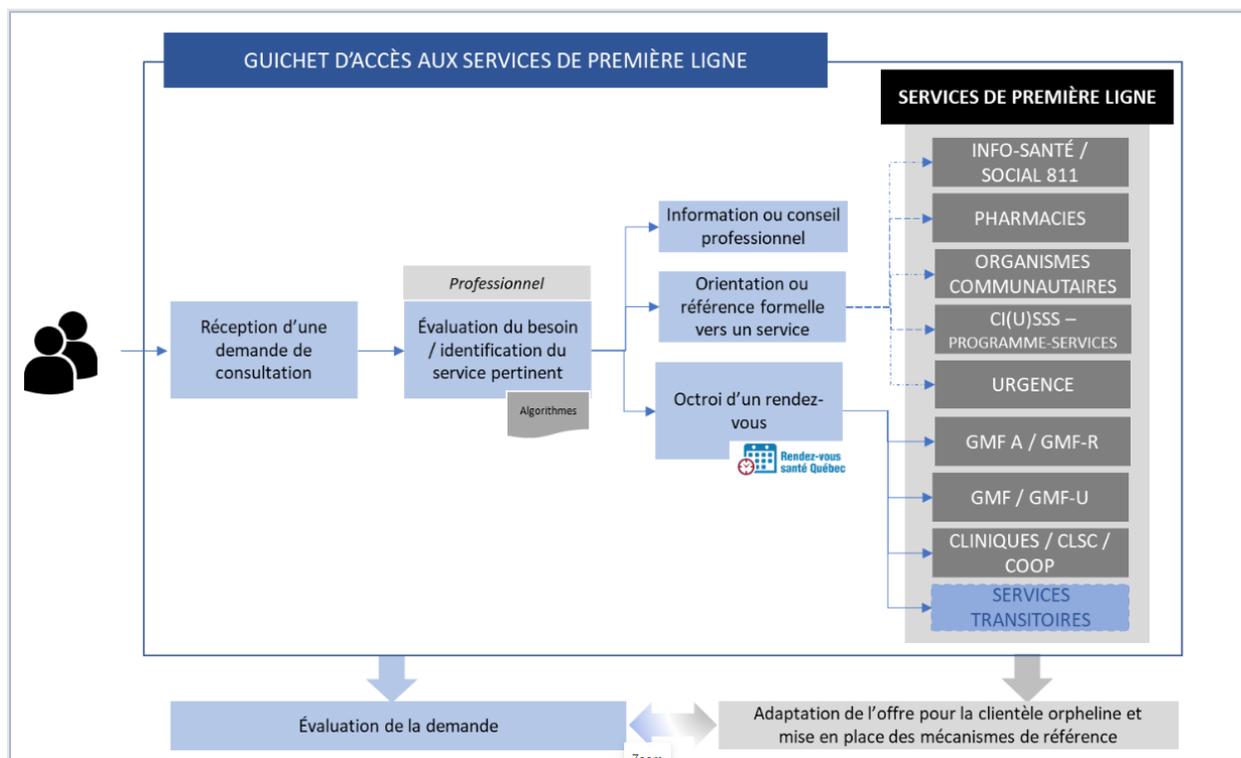


Figure 1 : Guichet d'accès aux services de première ligne

Source : Cadre de référence « Mécanismes régionaux d'accès aux services de première ligne pour la population sans médecin de famille » Octobre 2021

Il est important de souligner que la mise en place des GAP au Québec a été réalisée dans un délai écourté, en période estivale, en fin de pandémie COVID-19 et marquée par un contexte de rareté des ressources. Malgré ce contexte défavorable au déploiement de nouveaux projets dans le réseau de la Santé et des Services sociaux (RSSS), le MSSS, les établissements, leur Département régional de médecine générale (DRMG), la fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), ainsi que les partenaires impliqués se sont mobilisés, ce qui a permis d'atteindre des résultats remarquables jusqu'à maintenant.

L'accès aux services médicaux et professionnels de première ligne s'est drastiquement transformé pour la population sans médecin de famille avec des résultats bien réels pour les usagers. Malgré cet état de fait, l'amélioration du fonctionnement et de la performance des GAP ainsi que des offres de services est nécessaire si l'on veut assurer la pérennité des gains réalisés jusqu'à maintenant et poursuivre cette quête de l'accès adapté aux besoins de sa clientèle. En effet, plusieurs enjeux de pertinence et d'accès aux services médicaux et professionnels persistent, et certains représentent des défis importants. La compréhension de la mission et de la portée des GAP reste au cœur des préoccupations des établissements. De plus, les enjeux d'intégration et d'arrimage des GAP aux services de première ligne déjà existants, la coordination et la continuité entre les services, la fluidité du parcours des usagers ainsi que le partage d'informations cliniques entre les intervenants ont été soulevés tout au long de nos visites. Aussi, on observe une grande diversité de l'organisation et des modes de fonctionnement d'un GAP à l'autre, qui s'explique par la souplesse laissée par le *Cadre de référence accès - GAP* et les différentes réalités régionales.

Dans les prochaines sections du présent rapport, nous allons vous présenter le mandat et les objectifs poursuivis, la description de la démarche, incluant la participation des usagers ainsi que les résultats selon les axes d'évaluation du modèle conceptuel. La présentation de ces résultats met en relation les pratiques attendues selon la littérature et les cadres de références consultés, les principaux constats, les pistes d'amélioration émises aux établissements et les recommandations permettant d'améliorer le fonctionnement et la performance des GAP au Québec. Des facteurs de succès ont également été identifiés et sont présentés en annexe 1.

Description du mandat et des objectifs poursuivis

À la suite de différentes observations et à la demande de certains établissements, le MSSS a souhaité procéder au déploiement d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la performance afin de s'assurer que les GAP actuellement implantés ont comme assises les meilleures pratiques et que leur fonctionnement permet un accès en temps opportun et équitable aux soins de santé et de services sociaux de première ligne dans toutes les régions du Québec pour la clientèle ciblée. Le mandat a été octroyé à une équipe d'intervention tactique qui a effectué une tournée provinciale des établissements afin de :

- Réaliser un état de situation de la qualité et performance de l'ensemble des GAP.
- Proposer des pistes d'amélioration aux établissements, relatives à leur fonctionnement et leur performance, tout en considérant les opportunités d'harmonisation et de développement des pratiques et de l'accès, avec les besoins des usagers au cœur des analyses.
- Proposer au MSSS des recommandations visant l'amélioration du fonctionnement et de la performance des GAP ainsi que la réponse aux besoins des usagers afin d'assurer un accès équitable aux médecins de famille, aux professionnels et aux services de première ligne à tous les Québécois.
- Identifier les facteurs de succès qui permettent une mise en œuvre optimale, concernant le fonctionnement du guichet et sur l'organisation de services et des trajectoires mises en place.
- Capturer les bons coups et les innovations dans le but de les partager avec l'ensemble des établissements du réseau.
- Convenir, avec chacun des CISSS et des CIUSSS, d'un plan d'amélioration visant un fonctionnement optimal des GAP basé sur les innovations et les meilleures pratiques reconnues.
- Soutenir les établissements dans la mise en œuvre des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles afin de répondre de façon pertinente et efficace aux besoins de santé et des services sociaux de la population.

Cette équipe est composée des membres suivants :

Coordination :

- Carine Sauvé, directrice de l'accès aux services médicaux de première ligne pour la Montérégie (DASMPLM);
- Michel Delamarre, conseiller stratégique MSSS.

Équipe de projet :

- Dre Annie Talbot, médecin-conseil pour le projet;
- Camelia Bounhar, adjointe à la directrice DASMPLM;
- Josée Arsenault, adjointe à la directrice DASMPLM jusqu'au 15 juin 2023;
- Isabela de Resende Braga, chargée de projet DASMPLM;
- Amélie Boulet, chargée de projet DASMPLM.

Description de la démarche

Développement des axes d'évaluation

Étant donné la présence limitée d'indicateurs de qualité, de performance et de gestion ainsi que de cibles pour évaluer la performance et la qualité des GAP du Québec, l'équipe d'intervention tactique a effectué une réflexion structurée pour se doter de balises d'évaluation. Les étapes suivantes ont été entreprises pour développer les axes d'évaluation :

- Consultation d'études pertinentes qui ont soutenu la réflexion sur l'évaluation de la qualité et de la performance en contexte de soins, notamment le guide *Pour des trajectoires de soins et de services performantes : Un outillage pour l'analyse et la mesure* (Thiebaut et al., 2020), le *Cadre d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux* (INESSS, 2015), le *Cadre national sur la qualité des soins et la sécurité des patients pour les services de santé* (HSO et ICSP, 2020) et *Les services de santé de qualité selon l'Organisation mondiale de la santé* (OMS, 2022).
- Des séances de remue-méninge ont été tenues entre les membres de l'équipe, afin de stimuler la réflexion collective pour développer des axes d'évaluation pertinents, en tenant compte des enjeux et des besoins identifiés.
- Une consultation pré-tournée a été réalisée par l'équipe d'intervention en novembre 2022 sous forme de groupes de discussion auprès d'un échantillonnage de cinq établissements, avec des représentants des parties prenantes impliquées dans la mise en place du GAP. Cette consultation a permis d'échanger avec les acteurs clés du terrain, sur les obstacles, les bons coups, les priorités de travail ainsi que l'offre de services souhaitée en lien avec le déploiement et l'opérationnalisation des GAP. Des usagers partenaires de certains établissements se sont joints aux rencontres.
- Des consultations ont été réalisées auprès des représentants ministériels, notamment pour explorer les volets des pratiques cliniques, pratiques interprofessionnelles, pratiques de gestion de données et d'arrimage entre les services. Des consultations ont été également réalisées auprès des représentants de la direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux du MSSS responsables de la mise en place des GAP et du suivi de leurs déploiements.

Suite à ces étapes, voici à la figure 2, le modèle conceptuel qui a été élaboré par l'équipe d'intervention tactique :

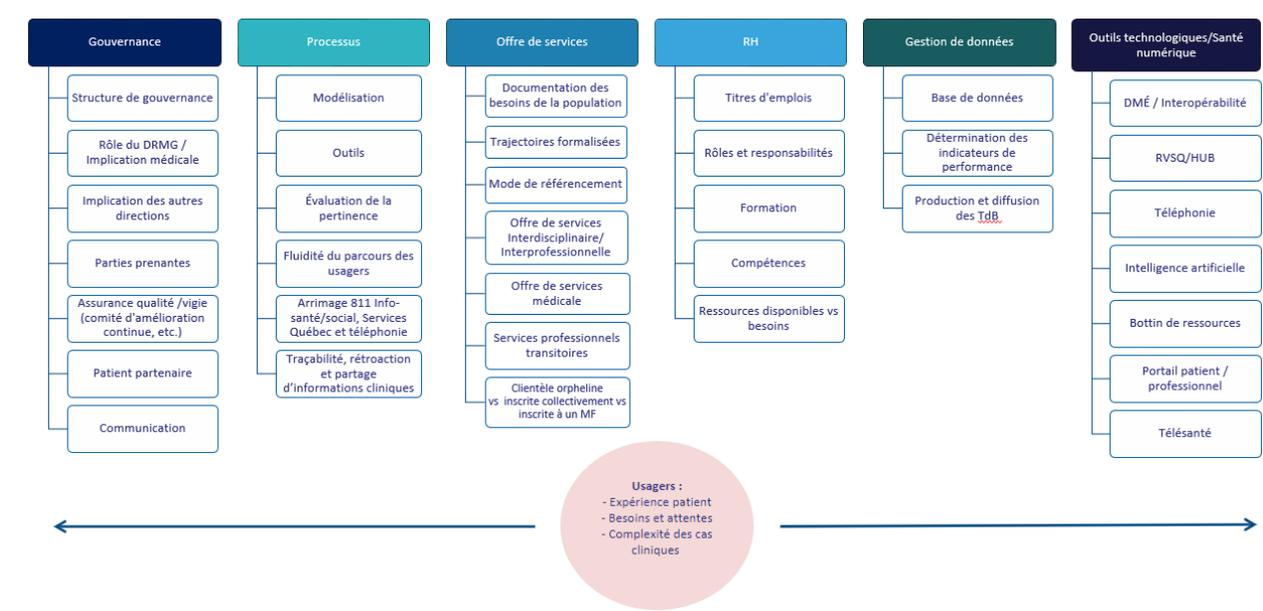


Figure 2 : Axes d'évaluation de la performance

Structure de gouvernance de la démarche

Afin d'assurer le pilotage des activités du mandat et la collaboration avec l'équipe ministérielle et le réseau, la structure de gouvernance suivante a été mise en place :

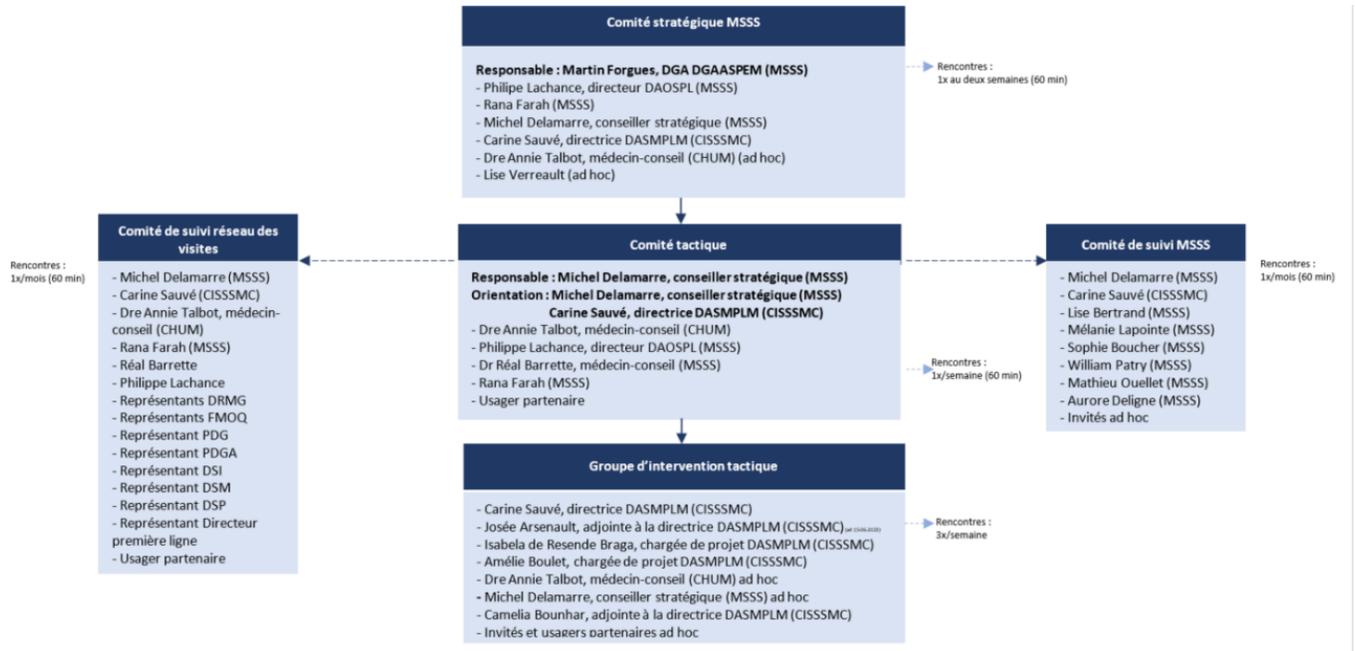


Figure 3 : Structure de gouvernance - Amélioration du fonctionnement et de la performance des GAP au Québec
Source : Équipe tactique mandat national tournée des GAP

Déroulement de la tournée des GAP

La tournée des GAP a été réalisée dans 22 établissements de santé du Québec selon le calendrier ci-dessous :

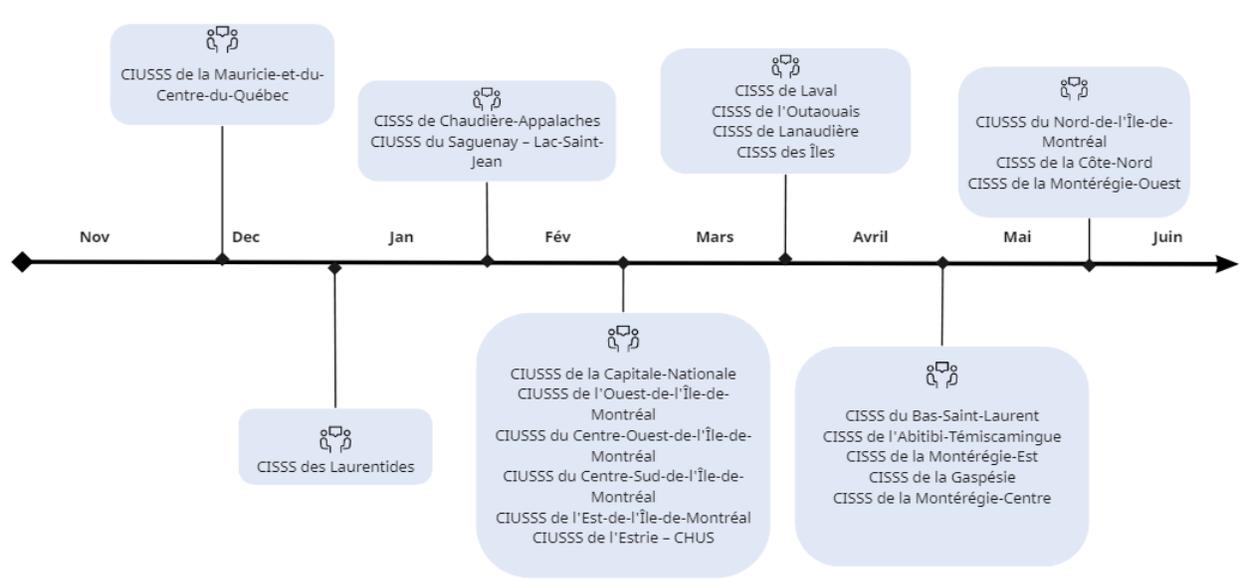


Figure 4 : Calendrier des visites lors de la tournée des GAP
Source : Équipe tactique mandat national tournée des GAP (2023)

Avant chacune des visites en établissement, une rencontre de lancement a été effectuée avec le(a) Président-directeur général (PDG) et d'autres acteurs clés de l'établissement, identifiés par le(a) PDG, afin d'expliquer la démarche, le déroulement de la journée de visite, les objectifs poursuivis ainsi que de discuter des attentes mutuelles. À la fin de cette rencontre, la date de la visite du GAP a été déterminée, une personne-ressource pour assurer la communication entre l'équipe d'intervention tactique et l'établissement a été identifiée. Un questionnaire standardisé a également été envoyé aux gestionnaires GAP pour recueillir des informations préliminaires sur l'établissement, la structure et les processus du GAP avant la visite. De plus, une liste de documents a été demandée et ceux-ci ont été partagés par les établissements dans un groupe Teams dédié, afin d'obtenir un meilleur portrait et de mieux apprécier le fonctionnement des GAP en préparation de la visite. Une rencontre d'arrimage avec la personne-ressource a également été organisée pour discuter des aspects logistiques de la journée. De plus, avant chacune des visites, l'équipe d'intervention tactique s'est rencontrée pour analyser et discuter des informations recueillies, des données quantitatives du Power BI et préparer des questions spécifiques à l'établissement.

Une journée complète a été dédiée à chacune des visites d'établissement, pendant laquelle l'équipe d'intervention tactique a réalisé plusieurs activités afin de recueillir des données qualitatives. Étant donné la complexité des informations à prendre en compte dans le cadre de cette analyse, une approche de triangulation des données a été adoptée. Celle-ci consiste en la combinaison de différentes sources et méthodes de collecte de données afin de fournir une perspective multidimensionnelle et permettre une complémentarité des sources utilisées.

La collecte de données s'est effectuée selon quatre méthodes. La première, sous forme de groupes de discussion, impliquant des participants de différents niveaux hiérarchiques de l'établissement, du DRMG et des responsables médicaux, des parties prenantes externes de l'organisation, ainsi que des usagers utilisateurs du GAP. Les groupes de discussion ont été utilisés pour permettre d'avoir une perspective globale et capter les similitudes et divergences des différents points de vue sur le fonctionnement du GAP. La deuxième méthode de collecte de données s'est effectuée sous forme d'entrevues semi-dirigées, qui ont permis d'approfondir la compréhension par les acteurs clés du modèle du GAP de l'établissement et d'obtenir des informations détaillées sur sa mise en place, son fonctionnement, les enjeux et les bons coups. La troisième méthode de collecte de données s'est faite par de l'écoute en temps réel de cas traceurs, qui a permis de valider le fonctionnement opérationnel, ainsi que de mieux comprendre les processus et les pratiques utilisés par les établissements. Deux cas traceurs ont été effectués dans chacun des établissements où cela a été possible. Une première écoute, auprès d'un agent administratif et une seconde auprès de l'infirmière, permettant de mieux saisir la trajectoire de l'utilisateur de bout en bout. Et finalement, l'analyse de la documentation avant chacune des visites est la quatrième méthode de collecte qui a été utilisée. Les principaux constats de cette collecte de données sont regroupés dans l'annexe 2.

Les usagers rencontrés ont été choisis par les établissements et représentaient un groupe varié d'individus allant des usagers qui ont utilisé les services du GAP jusqu'à des usagers partenaires impliqués auprès de l'établissement, mais qui n'ont pas eu une expérience personnelle de contact avec le GAP.

Pour la planification et l'organisation des journées de visite, une attention particulière a été portée par l'équipe d'intervention tactique, afin de s'assurer de rencontrer les principales parties prenantes et ainsi couvrir l'ensemble des axes d'évaluation prédéterminés. À la fin de la journée, une rencontre de bilan de la journée a été organisée avec les participants identifiés par l'établissement, permettant une rétroaction plus rapide à l'établissement des constats effectués par l'équipe tactique.

Environ quatre à six semaines après la visite, un rapport individuel a été remis et une rencontre virtuelle avec chacun des établissements a été tenue afin de discuter des constats et des pistes d'amélioration proposées. Il a été demandé aux établissements de déposer un plan d'amélioration dans les quatre semaines suivant le dépôt du rapport. Ce plan est également partagé à la direction ministérielle responsable du déploiement et du suivi des GAP.

La figure 5 résume le déroulement typique d'une visite dans un établissement.



Figure 5 : Déroulement typique d'une visite

Source : Équipe tactique mandat national tournée des GAP

Légende : GD - groupe de discussion; Entrevue SD - entrevue semi-dirigée; ASI - assistante du supérieur immédiat; SPT - services professionnels transitoires

Nous souhaitons préciser que des 22 visites effectuées, 16 ont été réalisées en présentiel, et six établissements ont été rencontrés virtuellement par vidéoconférence, due à la difficulté de rassembler la majorité des parties prenantes dans un lieu physique, principalement à cause de la grande distance à parcourir entre les milieux de travail ou des conditions climatiques rendant les déplacements difficiles.

Tout au long de la tournée des GAP, l'équipe d'intervention tactique a communiqué des constats à l'équipe ministérielle lors de rencontres prévues dans la gouvernance. Les échanges ont porté sur des éléments nécessitant des orientations et des alignements provinciaux ainsi que des enjeux répétitifs d'un établissement à l'autre.

La voix des usagers

Le GAP est un des moyens de répondre aux besoins de santé des usagers sans médecin de famille et leur opinion est au cœur de la démarche. La participation des usagers partenaires aux différents comités de gouvernance a permis de maintenir une vision de ce qu'est et devrait être le GAP. Les différents groupes de discussion tenus auprès des usagers des établissements ont permis de faire ressortir les bons coups et les limites du GAP. À cet effet, la majorité des usagers mentionnent la pertinence de l'évaluation réalisée par l'infirmière du GAP, à la fois comme facteur rassurant, mais aussi comme agent facilitateur de navigation dans un système de santé complexe à multiples portes d'entrée. De plus, plusieurs usagers rencontrés avaient réussi à obtenir un rendez-vous médical dans un court délai. Toutefois, l'accès au GAP n'est pas uniforme dans chaque région et les démarches nécessaires peuvent s'échelonner sur plusieurs jours, voire plusieurs semaines. La patience et la persévérance de la part des usagers sont souvent de mise pour obtenir l'évaluation clinique requise. Cette attente a occasionné de l'inquiétude chez plusieurs usagers rencontrés, dont certains ont rapporté avoir un besoin de santé qui nécessitait une consultation médicale en clinique ou à l'urgence le jour même. La confusion entre le 811 option 1, la ligne pédiatrique (811 option 1, puis option 2) et le 811 option 3 a été mentionnée à plusieurs reprises. La réponse à des besoins ponctuels semble satisfaisante pour plusieurs usagers rencontrés, mais les besoins de suivis de cas complexes ou de maladies chroniques ne semblent pas être répondus de façon optimale. Lorsqu'approprié, tout au long du document, nous partagerons la voix des usagers. Un schéma résumant les principaux enjeux liés au parcours des usagers est présenté en annexe 3.

Le GAP, une initiative à pérenniser

Il est important de souligner que la mission première du GAP répond à un besoin important rapporté par les usagers, les professionnels de la santé, les responsables médicaux, les établissements, ainsi que leurs partenaires. La population sans médecin de famille a maintenant accès à une équipe d'intervenants dédiés, avec qui elle peut exprimer ses besoins de santé et services sociaux et obtenir des services médicaux et professionnels. C'est le jour et la nuit pour ces usagers qui devaient auparavant frapper à plusieurs portes pour avoir une réponse à leurs besoins, la plupart du temps, sans résultat. Avec comme seule éventualité, se présenter dans une salle d'urgence ou pire encore, ne recevoir aucun service. En plus d'accompagner l'utilisateur, le GAP devient un rouage important de pertinence où l'accès adapté au bon professionnel au moment opportun prend tout son sens.

Ce mécanisme, qui est encore très jeune, génère environ 30 000 appels entrants et près de 20 000 demandes traitées par semaine pour autant de personnes accompagnées, évaluées, conseillées ou orientées vers un service. Seulement pour les services médicaux, il s'agit de plus de 500 000 consultations médicales qui ont été possibles via les services du GAP au cours de la dernière année, conséquente à la grande mobilisation des médecins auprès des usagers sans médecin de famille. Malgré le déploiement très récent des GAP, nous pouvons déjà avancer que ce nouveau mécanisme d'accès donne des résultats très positifs pour la population sans médecin de famille. Nos observations nous incitent à croire que le GAP est un mécanisme d'accès qui, en plus de donner des résultats concrets, représente un potentiel indéniable, pas seulement pour la population visée à ce jour, mais pour l'ensemble de la population sans distinction de son statut. Il a permis de mettre en évidence les forces de notre réseau de première ligne, mais aussi ses limites.

Ce rapport doit être considéré non pas comme une remise en question des GAP, mais bien au contraire, comme une analyse détaillée, incluant des pistes d'amélioration et des recommandations visant l'amélioration continue et son développement à son plus haut potentiel, afin que ce mécanisme d'accès devienne le phare de l'accès aux services de première ligne. Ainsi, le cadre d'évaluation proposé nous permet une vue d'ensemble sur les facteurs de succès permettant d'améliorer la performance des GAP et donc, d'améliorer l'accès aux services de première ligne. La première ligne est en soi une organisation de services complexe pour laquelle nous devons agir sur l'ensemble des composantes pour obtenir les résultats souhaités.

Le réseau d'établissements en action

Inspiré par l'initiative du CISSS du Bas-St-Laurent, le ministre de la Santé a demandé au MSSS et à son réseau de déployer rapidement les GAP pour que la population sans médecin de famille puisse accéder plus facilement aux services médicaux et professionnels de première ligne. À partir d'un cadre de référence, qui a établi les balises de base de ce nouveau mécanisme d'accès, les établissements se sont mis à pied d'œuvre pour déployer leur GAP. Au démarrage, il était difficile d'anticiper le comportement, la nature des besoins de santé, le niveau de consommation des usagers et les ressources requises afin de répondre aux différents besoins de la population. Le travail à réaliser était immense. Planification, définition des rôles et des responsabilités des intervenants, recrutement et dotation du personnel, développement des outils de travail, formation et orientation, organisation des offres de services médicaux et professionnels, bref, tout était à faire. Les GAP se sont déployés en marge de mécanismes d'accès existants et diversifiés avec lesquels les établissements auront à faire des arrimages tout au long de leur déploiement. Qui plus est, ils ont dû composer, en plein déploiement, avec l'arrivée des inscriptions collectives, une nouvelle approche qui a nécessité des changements importants dans les processus de travail.

Notre équipe a débuté les visites dans les établissements peu de temps après le début du déploiement des GAP. Ceux-ci étaient toujours à l'étape de formalisation des processus de travail, de consolidation des outils et de développement, avec leurs partenaires, des trajectoires de services pour répondre aux besoins émergents de la population.

C'est dans ce contexte que nous sommes intervenus. À partir de l'expertise des membres de l'équipe d'intervention tactique, de celle des intervenants des établissements et des parties prenantes, nous avons été en mesure d'identifier des pistes d'amélioration à chacun des établissements pour lesquelles des actions sont en cours ou sont planifiées dans le cadre du plan d'amélioration individualisé. Ces pistes d'amélioration sont présentées en

annexe 4. Dans certains cas, des actions étaient déjà en cours ou planifiées lors de notre visite, ce qui encourageait les intervenants à poursuivre. Alors que pour d'autres, l'identification des pistes d'amélioration a été la bougie d'allumage de leur plan d'amélioration et dans certains cas, des actions immédiates s'avéraient nécessaires.

C'est avec beaucoup d'ouverture que se sont réalisés les échanges avec les participants à nos rencontres, ce qui nous a permis dès la fin d'une journée de visite d'être en mesure de livrer nos principaux constats et d'envisager avec l'établissement et les parties prenantes certaines actions à prendre. D'ailleurs, lors de la remise du projet de rapport individualisé à l'établissement, quatre à six semaines après la visite, ces derniers nous faisaient déjà état des actions prises et des résultats atteints. Les établissements étaient encouragés à nous déposer un rapport de suivi que nous avons joint au rapport d'établissement. Au moment du dépôt du présent rapport, 21 des 22 établissements ont déposé un plan d'amélioration très bien aligné sur les pistes d'amélioration communiquées par notre équipe. De plus, l'équipe d'intervention tactique a amorcé un suivi des indicateurs de performance et des plans d'amélioration déposés par les établissements.

D'ores et déjà, on observe des changements importants réalisés par les établissements avec, dans certains cas, des impacts extrêmement positifs pour les usagers. L'ajout de personnel, l'implication des directions cliniques, le développement des services professionnels transitoires et de trajectoires de services, l'ajustement des processus de travail, la consolidation des outils de travail pour les intervenants, l'augmentation des heures d'ouverture et de présence de l'infirmière, des ajustements à l'offre de services médicaux, la révision du programme d'accueil, orientation et intégration du personnel, pour ne nommer que ceux-ci, ont déjà permis dans certains établissements une réduction importante des délais d'attente et d'abandon pour l'utilisateur, l'élimination de listes d'attente pour obtenir un service médical ou professionnel, ainsi qu'une évaluation par l'infirmière au moment opportun. Tous les établissements n'ont pas la même capacité d'agir, notamment en raison de la rareté de la main-d'œuvre et de la situation des effectifs médicaux présents dans les réseaux locaux de services (RLS).

Les échanges avec les intervenants nous ont aussi permis de mettre en lumière des enjeux stratégiques qui dépassent la portée d'action des établissements, ce qui a conduit à des recommandations au MSSS et aux différentes parties prenantes. Ces recommandations s'ajoutent aux pistes d'amélioration adressées aux établissements. Encore là, certaines de ces recommandations font l'objet de travaux actuellement en cours, notamment de la part du MSSS.

En effet, le MSSS nous a partagé les chantiers qu'il a amorcés en fonction des observations faites dans le cadre du mandat. Notamment :

Assurer des ressources suffisantes dans les GAP pour répondre à la demande :

- Démarches pour l'obtention de crédits supplémentaires pour rehausser le financement des GAP et permettre l'ajout de ressources (financement rehaussé de 35 M\$ à 70 M\$).

Harmoniser les trajectoires cliniques et assurer un accès aux services pertinents :

- L'équipe ministérielle s'est consacrée au développement de liens avec les directions ministérielles concernées pour définir ou confirmer certaines trajectoires de soins. D'autres démarches ont été initiées pour définir des trajectoires et modalités de collaboration entre le GAP et certains services nationaux :
 - Les échanges avec le service provincial Info-Santé ont permis de préciser les rôles de chacun des services et de définir les arrimages cliniques et opérationnels requis. Cette collaboration se poursuit dans le cadre de réflexion sur la place des services de télésanté et des télésoins dans l'offre de services de première ligne en réponse aux besoins de santé de la population.
 - Un comité de travail a réuni des représentants des pharmaciens autour du développement d'une offre de services et de modalités de référence entre les pharmaciens communautaires et les GAP. Des principes directeurs ont été définis pour encadrer les références. Un formulaire électronique sécurisé, permettant aux pharmaciens de tout le Québec de référer un patient orphelin vers son GAP, est en développement.
 - D'autres travaux sont en cours ou à venir pour le développement d'une offre de services et des trajectoires de soins pour les problèmes musculosquelettiques.
 - Des arrimages avec les programmes nationaux de cancérologie sont en définition et seront déployés prochainement pour faciliter la référence de patients orphelins nécessitant un suivi par un professionnel de la première ligne à la suite d'une découverte fortuite.
 - Des réflexions sont en cours pour l'arrimage de certaines cliniques de spécialistes avec les GAP.

Optimiser le rôle des autres professionnels dans les trajectoires de soins afin de diminuer la demande pour des consultations médicales :

- Octroi d'un mandat à l'INESSS pour développer des ordonnances collectives et protocoles nationaux pour permettre aux professionnels des GAP et des services de première ligne d'initier des dépistages et d'assurer certains suivis et prise en charge (dans un contexte de services professionnels transitoires) et éviter des consultations médicales non justifiées.
- Les différents constats des limites de l'écosystème de la première ligne ont également permis d'alimenter les travaux du chantier de l'élargissement des professions.

Coordination des mécanismes de réorientation vers la première ligne :

- Collaboration avec la Direction des services préhospitaliers d'urgence pour préparer le déploiement de la régulation ambulancière sur l'ensemble du territoire et son intégration ou arrimage très étroit avec les GAP, dans une optique d'optimisation des ressources et des expertises :
 - Activités de gestion de changement (Journée de mobilisation, Webinaires, etc.).
 - Mise en place de mécanismes de suivi du déploiement.
- Projets pilotes GAP dans quelques urgences pour réorienter les patients réorientables en amont de leur admission à l'urgence.

Développement ou acquisition d'outils technologiques nationaux pour optimiser et standardiser le traitement des demandes par les GAP :

En collaboration avec la DGTI et ses fournisseurs :

- Développement d'une vision, d'un processus et d'une architecture cible.
- Intégration des GAP au système téléphonique utilisé par les services 811.
- Contrat avec Services Québec pour soutenir les GAP dans la prise d'appels — développement et amélioration continue des outils et consignes pour optimiser le traitement des appels.
- Démarrage d'un projet pilote pour la mise en ligne d'un GAP numérique permettant d'orienter les citoyens vers des services pouvant répondre à leurs besoins.
- Stratégie d'acquisition d'outils plus performants, dotés d'intelligence artificielle ou intégrant une bibliothèque santé et base de données pour répondre aux questions des citoyens et soutenir les GAP dans l'identification de leur besoin et l'orientation vers le service adapté et disponible :
 - Projet pilote en cours avec un premier fournisseur.
- Mise en ligne prochaine d'un formulaire permettant de formuler une demande en ligne plutôt que par téléphone et mise en place d'un système de rappel automatisé des patients, évitant au GAP la gestion des listes d'attente.
- Développement d'un portail à l'intention des intervenants des GAP pour recevoir et consigner les demandes reçues et traitées :
 - Standardisation du processus de traitement des demandes.
 - Harmonisation et accessibilité des données de gestion.
 - En pilotage — déploiement prévu à l'automne 2023.
- Élaboration et pilotage d'un formulaire de référence pour les pharmaciens communautaires.
- Amorçage de travaux pour l'élaboration d'un formulaire permettant aux professionnels du réseau impliqués dans certaines trajectoires de référer des patients orphelins au GAP.

Soutenir le personnel et les professionnels des GAP dans le traitement des demandes :

- Collaborations en cours pour le développement d'outils complémentaires en soutien à l'évaluation du besoin et l'orientation par le personnel des GAP, afin de réduire le temps de traitement et standardiser la réponse.
 - Élaboration par l'INESSS d'un outil d'aide à la décision pour soutenir les GAP dans l'évaluation de l'éligibilité des patients aux divers dépistages.
 - Mandat récemment confié au centre d'expertise du CISSS de Laval pour :
 - Définir et baliser le rôle des agentes administratives et des infirmières au sein des GAP, en se basant sur les cadres normatifs et les bonnes pratiques.
 - Formuler des recommandations pour l'utilisation optimale de ces ressources afin d'assurer un accès aux services du GAP dans les délais prescrits.
 - Élaborer des canevas d'outils de travail standardisés basés sur ces balises et exigences professionnelles.

Baliser et harmoniser la pratique attendue dans les GAP :

- Dans le souci d'améliorer les pratiques, l'équipe d'intervention tactique a reçu un deuxième mandat pour suivre la mise en œuvre des plans d'amélioration et surveiller la performance des GAP.
- L'équipe ministérielle intègre les observations des consultants dans ses réflexions concernant le processus cible et le développement d'indicateurs de gestion pertinents.
- Une démarche visant à recadrer la portée des services professionnels transitoires, mis en place par certains GAP, a été amorcée au printemps 2023. Cette réflexion s'intègre dans une réflexion plus vaste concernant le développement d'une offre de services en première ligne pour répondre aux besoins de l'ensemble de la population, quel que soit son statut d'inscription.
- Les orientations découlant des observations faites lors de la tournée et des travaux de l'équipe ministérielle seront intégrées dans le cadre de référence des mécanismes d'accès à la première ligne pour la population sans médecin de famille lors d'une mise à jour prochaine.

Il est donc rassurant de constater que le réseau est en action pour améliorer le fonctionnement et la performance des GAP. Aussi, il faut considérer que nous avons observé plusieurs bonnes pratiques sur lesquelles nous avons appuyé nos pistes d'amélioration et nos recommandations. De plus, les constats et les recommandations présentés dans ce rapport permettront de poursuivre le développement des GAP et voir à sa pérennité.

1. Présentation des résultats selon l'axe de gouvernance

1.1 Constats en lien avec la situation des GAP au moment des visites

Le *Cadre de référence accès - GAP* (MSSS, 2021) positionne la gouvernance relative à la mise en place des GAP et au développement d'une offre de services répondant aux besoins de sa clientèle au cœur d'une gestion collaborative entre la haute direction de l'établissement, le directeur des services professionnels (DSP) et le chef du DRMG. Aussi, ce cadre de référence rappelle que le DSP est responsable du mécanisme central de gestion de l'accès aux services dans son établissement. Outre ses responsabilités habituelles liées à l'organisation des services médicaux de médecine générale, il est confié au chef du DRMG le mandat de mobiliser la communauté médicale de sa région. Le mandat du DRMG et de ses officiers sera traité plus en détail dans la section prévue à cet effet.

Selon ce même cadre de référence, l'accès aux services de première ligne pour la clientèle visée repose sur la participation de l'ensemble des directions cliniques des CISSS/CIUSSS et de nombreux acteurs qui constituent le réseau local de services, notamment les groupes de médecins de famille (GMF), les organismes communautaires, les pharmacies communautaires et tous les prestataires privés de services de santé et de services sociaux.

Dans les régions concernées, une direction régionale de l'accès aux services médicaux de première ligne s'assure que les orientations ministérielles, telles que celles liées aux GAP, soient appliquées sur le terrain. Aussi, dans la plupart des régions, une équipe de soutien de première ligne, sous la gouverne du DSP et en cogestion avec le DRMG, assure la mise en œuvre et la coordination des orientations, des priorités et des projets ministériels de première ligne.

Le GAP continue d'évoluer, comme en témoignent les développements des trajectoires GAP- régulation et des projets pilotes GAP-urgence, qui ont vu le jour dans les derniers mois pour plusieurs. De plus, la compréhension relative à la nature des besoins de santé des usagers qui se développe au fur et à mesure du déploiement suscite des questionnements de la part des participants sur la mission et la définition des GAP. Cette situation conditionne les décisions sur le développement des GAP par les établissements.

Prenant en considération le *Cadre de référence accès - GAP* (MSSS, 2021) et les informations recueillies lors des groupes de discussion pré-tournée, nous avons établi un modèle d'analyse afin d'observer les mécanismes de gouvernance et de pilotage reliés au déploiement des GAP. Les sept sous-axes développés nous permettront d'apprécier l'implication des acteurs considérés comme étant essentiels au bon fonctionnement et à la performance des GAP :



Figure 6 : Axes d'évaluation de la performance – Gouvernance

1.1.1 Structure de gouvernance, pilotage, assurance qualité et implication des usagers partenaires

Le développement d'une offre de services pour les personnes sans médecin de famille et la mise en place de mécanismes pour y faciliter l'accès est une priorité ministérielle. Toujours dans sa phase de déploiement et d'ajustement, il était attendu, lors de la visite, d'observer que ce déploiement soit inscrit dans le portefeuille de projets prioritaires de l'établissement. Lors des visites, il était également attendu que les acteurs clés de l'organisation des services de santé et de services sociaux de la région soient mobilisés, s'approprient et comprennent la mission et les objectifs visés du GAP, et contribuent concrètement au succès de sa mise en place. Ainsi, nous souhaitons retrouver des mécanismes agiles de pilotage à tous les niveaux de l'organisation. Concrètement, nous avons questionné les équipes sur la présence de tableaux de bord avec les principaux indicateurs qui témoignent de l'avancement et des résultats atteints. Nous voulions nous assurer que les attentes des responsables étaient clairement communiquées aux différentes équipes et que les préoccupations, les obstacles et les pistes d'amélioration étaient escaladés au bon niveau décisionnel afin d'assurer le soutien aux actions requises pour l'atteinte des résultats escomptés.

Bien que la gouvernance ait été structurée différemment d'un établissement à l'autre, nous avons constaté une forte implication de la haute direction dans la majorité des établissements pour assurer la mobilisation nécessaire des directions et des intervenants, de façon à permettre le déploiement des GAP à l'intérieur d'un court délai. Dans la plupart des cas, la mise en œuvre et le développement des GAP font partie du portefeuille des projets prioritaires de l'établissement, ce qui implique un pilotage soutenu sur l'évolution du déploiement du GAP et de sa performance au comité de direction, au comité de coordination clinique, qui est constitué entre autres des directions cliniques de l'établissement, ou dans un comité prévu à cet effet réunissant les principales parties prenantes. Plusieurs présidents-directeurs généraux (PDG) et présidents-directeurs généraux adjoints (PDGA) profitent des rencontres statutaires avec la direction ou les directions porteuses du GAP pour assurer le suivi. Ainsi, de façon générale, nous constatons que les PDG et les PDGA, les directions porteuses du GAP et les chefs des DRMG suivent de façon soutenue le déploiement et le développement de leur GAP. Toutefois, pour certains établissements, ce déploiement se limite à un suivi courant où des indicateurs d'accès sont rendus disponibles aux membres des comités de direction dans les tableaux de bord organisationnels et des interventions sporadiques sont réalisées, notamment lorsque les directions concernées escaladent des situations problématiques aux PDG, PDGA ou aux comités de direction. Les données de performance du GAP et de l'accès aux services étaient parfois méconnues des hauts dirigeants. Dans certains établissements, nous avons noté que les activités de gouvernance, de vigie et d'amélioration continue se sont atténuées entre le moment du démarrage et le cours de la visite, ce qui affecte leur développement, la stabilisation des ressources et leur niveau de performance.

Dans la plupart des établissements, la DSP, le DRMG et la direction responsable hiérarchiquement du GAP, ont travaillé dans le cadre d'une approche collaborative bien établie. Toutefois, plusieurs participants nous ont mentionné devoir composer avec une certaine ambiguïté quant à leurs rôles et responsabilités respectifs. Malgré tout, nous avons constaté qu'ils ont, dans la grande majorité des établissements, des échanges fréquents et soutenus, voire plusieurs fois par semaine. De façon générale, une structure de gestion a été mise en place aux niveaux stratégique et tactique. Ces lieux d'échanges formels prennent plusieurs formes. Nous avons constaté, au point de vue stratégique, des lieux structurés de rencontres animées par les cadres supérieurs des directions porteuses des GAP, qui impliquent des gestionnaires des directions cliniques et de soutien de l'établissement ainsi que des parties prenantes notamment, un membre du comité régional des services pharmaceutiques (CRSP) et des officiers locaux du DRMG. Au niveau tactique, nous retrouvons habituellement un comité de mise en œuvre et de suivi où les personnes impliquées portent un regard sur les données de gestion fournies par le gestionnaire du GAP. Dans la majorité des cas, on retrouve à ce comité des gestionnaires de la DSP et de la direction responsable hiérarchiquement du GAP, des officiers du DRMG, des gestionnaires responsables du GAP, un membre du CRSP et des responsables de cliniques médicales. Les échanges portent sur les difficultés rencontrées qui affectent le bon fonctionnement du GAP et des cliniques médicales, notamment en ce qui a trait à la pertinence des consultations médicales, à l'organisation de l'offre de rendez-vous et à l'attribution des rendez-vous médicaux à la clinique d'attribution dans la cadre des inscriptions de groupe.

Par ailleurs, il a été constaté dans quelques établissements que la gouvernance relative à la mise en œuvre du GAP et du développement de l'offre de services transitoires a été menée par les directions responsables d'une façon plus isolée, ce qui a eu pour effet de limiter l'implication des autres directions dans la prise de décisions et l'arrimage des différentes offres de services.

Malgré le niveau d'importance accordé au déploiement des GAP par les établissements, il a été constaté une grande variabilité quant aux décisions prises relatives à l'amélioration de la performance et à l'affectation des ressources, qui peut s'expliquer par plusieurs raisons.

Nous avons comptabilisé que 46% des établissements ont mentionné suivre les activités du GAP dans une salle de pilotage et que 41% rapportent l'existence d'un comité d'amélioration continue pour le GAP. Lors des visites, il a été constaté que ceux qui réalisent un suivi des activités du GAP en salle de pilotage le font selon différents modèles. Certains ont des salles de pilotage tactiques et opérationnelles avec des stations visuelles, d'autres intègrent les suivis aux salles de pilotage stratégiques, au comité de direction (CODIR) de l'établissement, au comité de la direction responsable du GAP et au comité de gestion de la première ligne.

Les données rendues disponibles par les différents tableaux de bord sont essentielles pour assurer un pilotage efficace. Malheureusement, les données disponibles actuellement sont plutôt sommaires et suscitent beaucoup d'interrogation sur leur fiabilité et leur validité. Il est donc difficile d'obtenir un portrait réel de l'évolution et de la performance des GAP. Par exemple, un des indicateurs critiques de la qualité est le délai de retour des appels par l'infirmière aux usagers pour réaliser l'évaluation clinique. Alors que 82% des établissements ont adopté le mode de fonctionnement en différé ou hybride, cette donnée, qui est saisie manuellement et plus ou moins valide d'un établissement à l'autre, n'est pas disponible au niveau du Power BI et pas toujours diffusée à la haute direction de l'établissement. Malgré les limites des systèmes d'information, il faut mentionner que quelques établissements ont développé des tableaux de bord plus élaborés. De plus, plusieurs indicateurs ont été mis de l'avant, mais peu de cibles ministérielles sont officialisées à ce moment-ci.

Les processus d'assurance qualité des activités des GAP sont encore peu développés, certains établissements réalisent des écoutes d'appels, des audits et des discussions de cas systématiquement, d'autres le font seulement au besoin. Il est toutefois important de rappeler que les visites se sont déroulées lors de la première année de mise en œuvre des GAP, donc le développement et l'ajustement de l'ensemble des processus et du mode de fonctionnement étaient prioritaires pour répondre au besoin de la clientèle.

Il est important d'ajouter que les usagers partenaires sont peu impliqués dans la gouvernance et dans les activités d'amélioration de la qualité des services des GAP, ce qui ne favorise pas une réponse aux besoins adaptée à leur expérience. Seulement trois établissements affirment avoir impliqué un ou des usagers partenaires lors de la mise en place du GAP.

1.1.2 Implication des autres directions

Nous avons constaté que, en fonction des besoins des usagers, l'offre de services professionnels rendus disponibles en temps opportun est très variable, trop souvent peu disponible pour un bon nombre de professionnels, selon les régions. Or, notre démarche a permis de confirmer l'importance de la contribution des directions programmes-services et des parties prenantes afin de rendre disponible une offre de services adaptée aux besoins de la population. C'est aussi vrai pour la population visée par les GAP que pour la population inscrite à un médecin de famille.

Lors de nos visites, nous avons accordé une grande importance à l'implication des directions cliniques, à l'intérieur des lieux d'échanges formels, et ce, à tous les niveaux de l'organisation. En fait, nous nous attendions à ce que ces directions contribuent systématiquement au développement de l'offre de services nécessaire pour répondre aux multiples besoins de santé de la population visée que ce soit contigu aux GAP, par la contribution des partenaires externes ou à même les trajectoires existantes ou à développer au sein de l'établissement. Ceci implique un partage de l'analyse des données relatives au profil sociodémographique, des besoins de santé des personnes enregistrées au GAMF, ainsi que des motifs de consultations des personnes qui appellent au GAP. La contribution des directions cliniques en soutien aux pratiques professionnelles a aussi attiré notre attention, soit la direction des soins infirmiers (DSI) et la direction des services multidisciplinaires (DSM). Nous devrions être en mesure d'observer leur implication dès le démarrage des GAP, d'une part pour valider les processus cliniques et les outils utilisés par le personnel et d'autre part, pour favoriser la contribution optimale et pertinente des différents professionnels notamment par l'utilisation de protocoles et d'ordonnances collectives.

De façon constante parmi les établissements, il a été constaté que les efforts jusqu'à maintenant ont permis d'établir le fonctionnement du GAP et d'organiser l'offre de consultation médicale. Comme déjà mentionné, la mise en place des GAP est très récente pour les établissements, pour la majorité moins d'une année au moment de la

visite. Le développement de services professionnels transitoires et de trajectoires de services, particulièrement avec les partenaires externes à l'établissement, demeure à un stade plus ou moins avancé pour la plupart. Malgré tout, dans un court délai, certains établissements ont été en mesure d'organiser plusieurs trajectoires de services et des services professionnels transitoires en fonction de besoins prioritaires des usagers sans médecin de famille. D'autres ont moins progressé sur ces aspects. Il n'en demeure pas moins que, et de façon consensuelle avec les établissements, nous pouvons affirmer que le développement des trajectoires de services et d'une offre de services adaptés aux besoins de la population visée reste un défi qui va bien au-delà des activités propres au GAP et qui doit mobiliser tous les acteurs concernés. Une des pistes d'amélioration formulée à la majorité des établissements, est à l'effet de mettre davantage à contribution les directions programmes-services afin d'identifier et organiser l'offre de services requise pour répondre aux besoins des usagers sans médecin de famille. Ces directions sont la pierre angulaire pour concrétiser une réponse adaptée et cohérente. Elles doivent être impliquées directement dans le développement des GAP à tous les niveaux de l'organisation. Il en est de même pour les directions cliniques en soutien aux pratiques professionnelles où leur leadership est essentiel pour l'enrichissement et l'élargissement des pratiques.

Les directions de soutien des établissements ont un rôle primordial à jouer dans tout déploiement de projet comme celui du GAP. Lors de nos visites, nous nous attendions à entendre des participants que ces directions, telles la direction des ressources informationnelles (DRI) et la direction de la qualité, de l'évaluation de la performance et de l'éthique (DQEPE), ont été sollicitées et mobilisées pour soutenir la mise en place, mais aussi l'amélioration continue, la valorisation de la donnée et la performance des GAP. Nous avons pourtant constaté une implication très variable de leur part et, dans bien des cas, une présence majoritairement ponctuelle et à la demande dans les différents comités de suivi et de gouvernance des GAP. Les établissements nous ont souligné que la rareté de la main-d'œuvre, et la multiplicité de dossiers prioritaires ont eu un impact sur leur implication.

1.1.3 Rôle du département régional de médecine générale (DRMG) et implication médicale

Au Québec, les services médicaux de première ligne sont offerts principalement par des cliniques médicales privées, couvertes par la RAMQ, pour la plupart constituées en GMF. La très grande majorité de cette offre de services est accessible sans aucuns frais additionnels par la population, puisque financée, à la base, en totalité par les fonds publics. De plus, le déploiement du cadre GMF a permis de développer à l'intérieur de ces derniers une offre de services multidisciplinaires considérable, principalement par l'affectation de professionnels des CISSS/CIUSSS. Bien que ces derniers demeurent employés des CISSS/CIUSSS, l'organisation et l'accès aux services médicaux et interdisciplinaires, sont sous l'autorité fonctionnelle des responsables médicaux des GMF, en cogestion avec les directions cliniques des professionnels. Néanmoins, ils sont assujettis aux enjeux de main-d'œuvre des CISSS/CIUSSS.

Les services médicaux et professionnels multidisciplinaires dans les cliniques médicales sont organisés principalement pour répondre aux besoins d'une population inscrite à un médecin de famille, et ce bien qu'un bon nombre de cliniques offrent des rendez-vous médicaux accessibles à toute la population, notamment dans les groupes de médecine de famille désignés accès-réseau (GMF-AR). Les GAP ont été mis en place pour améliorer l'accès aux services médicaux et professionnels multidisciplinaires à la population qui n'est pas inscrite à un médecin de famille et qui donc, n'a pas accès à son groupe de professionnels. Les GAP doivent aussi compter sur la contribution volontaire de chacune des cliniques médicales pour déployer une offre de services médicaux et qui permettra de répondre aux besoins des usagers admissibles au GAP. La lettre d'entente n° 368 intervenue avec la FMOQ et visant à accroître l'offre de services en première ligne et l'interdisciplinarité (RAMQ, 2022), nommée dans ce rapport entente n° 368, a servi de levier pour rendre disponible une offre de services médicaux accessible prioritairement aux usagers en provenance des GAP. En plus de bonifier l'offre globale pour la population sans médecin de famille, cette entente a principalement permis un nouveau type d'inscription à des médecins de famille pour les usagers enregistrés au GAMF, soit l'inscription à un groupe de médecins de famille, et non à un médecin de famille individuellement. Ces démarches ont permis de rendre disponibles, sur une année, plus de 500 000 rendez-vous médicaux au Québec avec un suivi possible aux professionnels associés aux médecins participants des GMF.

Comme mentionné, la participation des médecins à rendre disponibles des plages de rendez-vous aux usagers sans médecin de famille est volontaire, et plusieurs facteurs influenceront leur adhésion et leur contribution à cette offre globale de services médicaux et professionnels. Tous les médecins d'une région qui reçoivent une rémunération de la RAMQ, soit la très grande majorité, font partie du DRMG de leur région. Dans ce contexte, le DRMG, en collaboration avec la direction de l'établissement, a un rôle de premier plan à jouer pour assurer une

offre de services médicaux organisée de façon à répondre aux besoins de toute la population, inscrite ou non, de son territoire.

En effet, la Loi sur les services de santé et des services sociaux a confié plusieurs responsabilités aux DRMG établis dans chacune des régions du Québec relatives à l'organisation des services médicaux. Ainsi, le DRMG qui est sous l'autorité du PDG de l'établissement, fait des recommandations sur la planification régionale des effectifs médicaux, ainsi que sur les activités médicales particulières et définit un plan régional d'organisation des services médicaux généraux. Il donne également son avis sur tout projet concernant la dispensation des services médicaux généraux. Les responsabilités du DRMG sont assumées par un comité de direction composé principalement par les médecins de la région et du PDG du CISSS/CIUSSS.

La fonction de coordonnateur médical local (CML) a été introduite dans la structure de fonctionnement du DRMG afin de soutenir une collaboration locale, par réseau local de services (RLS), visant l'organisation et la coordination des services médicaux sur le territoire en cause. Le CML contribue particulièrement à la gestion de la population enregistrée au GAMF auprès des cliniques médicales. Dans certaines régions, d'autres fonctions sous-régionales ou locales lui ont été attribuées par le comité de direction du DRMG. De façon plus spécifique, le *Cadre de référence accès - GAP* (MSSS, 2021) précise que le chef du DRMG, en collaboration avec le DSP, mobilise la communauté médicale de sa région pour une contribution à la prise en charge et au développement d'une offre de services adaptée pour les personnes sans médecin de famille. Les représentants locaux de RLS, qui existent dans certaines régions du Québec, quant à eux, se voient déléguer des fonctions du chef de DRMG pour la gestion locale des effectifs médicaux et certains dossiers, et se rapportent au chef de DRMG.

Le DRMG s'est vu aussi attribuer certaines responsabilités dans le cadre de l'entente n° 368 (RAMQ, 2022). Une mesure phare de cette entente implique que les médecins et leurs professionnels, qui exercent dans un lieu d'inscription en première ligne (cabinet GMF, cabinet non-GMF, groupe de médecin de famille universitaire GMF-U en cabinet, CLSC, GMF-U en établissement), s'engagent collectivement et sur une base volontaire, à offrir leurs services à un nombre d'usagers actuellement en attente au GAMF. La cible provinciale d'usagers à inscrire collectivement a été fixée à 500 000. Cet objectif devant être atteint en date du 31 mars 2023 a été dépassé dès le 25 février 2023 grâce à la mobilisation des médecins de famille et de leurs partenaires du réseau de la santé. Les usagers inscrits en groupe deviennent inscrits au groupe de médecins et ne sont plus considérés comme orphelins. Ainsi, dans le cadre de cette entente, le DRMG doit notamment :

- Identifier, accompagné d'un comité de médecins créé pour l'assister, des groupes de médecins désirant recevoir un nombre d'usagers du GAMF. Les DRMG et les groupes de médecins de territoires limitrophes peuvent collaborer à la distribution des usagers en attente au GAMF. Les PDG des CISSS et des CIUSSS sont également co-responsables de la démarche.
- Aux fins de mobilisation sur le terrain, chaque DRMG est chargé de distribuer les usagers en attente au GAMF de sa région aux médecins participant à la mesure qui exercent dans les lieux d'inscriptions de première ligne du territoire.
- Aux fins de détermination de la cible des usagers à inscrire en groupe par le groupe de médecins, le DRMG identifie auprès des cabinets de son territoire la contribution que chacun d'eux confirme être en mesure de réaliser. Le DRMG informe le GACO des ententes prises sur le territoire et le GACO en informe la RAMQ. Celle-ci déclenche alors l'inscription de groupe auprès des usagers visés et l'envoi de la lettre par la RAMQ informant l'usager de son inscription.

Ainsi, le DRMG doit recevoir et valider l'attribution des inscriptions de groupe pour chacune des cliniques médicales et s'assurer de la distribution des usagers en attente au GAMF selon la contribution que le groupe de médecins a confirmé être en mesure de réaliser, tout en donnant la priorité aux usagers vulnérables identifiés A, B et C et en respect des règles régionales en vigueur. Il doit en assurer le suivi, pour la durée de l'entente.

En complément à l'inscription de groupe, il a aussi été convenu entre les parties d'une mesure permettant d'identifier des plages de rendez-vous réservées à l'usage du GAP spécifiquement pour la population orpheline. Le nombre de ces plages offertes dans les GMF-AR pour répondre aux besoins de chacune des régions sera déterminé au niveau local par le DRMG et le PDG de l'établissement.

Dans ce contexte, il nous apparaît que le DRMG peut avoir un impact important sur le bon fonctionnement des GAP et auprès de cliniques médicales de façon à rendre disponible une offre médicale suffisante et organisée qui

répond aux besoins de la population sans médecin de famille. Le rôle et les responsabilités des DRMG et de leurs officiers ont été établis il y a plusieurs années, bien avant l'arrivée des GAP. Dans nos rencontres de consultation pré-tournée avec quelques établissements, nous avons dès lors constaté que le rôle et les responsabilités des DRMG et leur capacité d'interventions dans un contexte de participation volontaire étaient limités. À la lecture des descriptions du rôle et des responsabilités attribuables au DRMG, son chef, les CML et les représentants des RLS si applicable, nous avons anticipé que les DRMG et leurs officiers auraient été des vecteurs importants de communication et de mobilisation des médecins avec un rôle à jouer pour coordonner et réguler l'offre de services médicaux et celle des professionnels associés, assumant qu'ils aient l'information adéquate et quelques leviers pour intervenir auprès des cliniques et leurs médecins.

Lors de nos visites, il a été constaté une très grande implication des chefs de DRMG pour susciter l'adhésion et la participation des médecins sur leur territoire. Plusieurs des chefs rencontrés étaient nommés depuis peu. Les CML et les représentants des RLS si applicable ont soutenu cette démarche localement dans plusieurs régions, et moins dans d'autres. Plusieurs témoignages ont fait état d'une contribution variable d'un CML à l'autre à travers la province. D'ailleurs, on nous a souligné que leur rôle et leurs responsabilités sont peu définis, ce qui apporte une certaine confusion sur les attentes à leur égard. Certains chefs de DRMG étaient à revoir leurs rôles et responsabilités et une harmonisation était souhaitée à la hauteur provinciale.

La tenue de multiples rencontres des représentants locaux du DRMG auprès des responsables de cliniques médicales, en collaboration avec les directions des établissements et la FMOQ par l'entremise de leurs présidents d'association régionaux, a été nécessaire pour assurer la bonne compréhension par les médecins de l'entente n° 368 relative aux inscriptions de groupe et les autres modalités de rémunération ainsi que le fonctionnement des GAP. De plus, plusieurs moyens de communication ont été utilisés par les DRMG pour informer les médecins, notamment des courriels et infolettres. Rappelons que le chef de DRMG, les CML et les représentants des RLS si applicable participent, pour la plupart, aux rencontres organisées avec les gestionnaires de l'établissement. De plus, ils participent aux rencontres avec les chefs des cliniques médicales qui se réunissent quelques fois par année. Ces rencontres ont été plus fréquentes dans le cadre du déploiement des GAP et de l'application de la lettre d'entente n° 368.

Plusieurs enjeux ont été soulevés dans nos échanges avec les participants. D'abord, il est indéniable que les efforts déployés par les DRMG et leurs officiers ont eu un impact majeur sur la mobilisation des médecins et les résultats obtenus. Toutefois, le déploiement des GAP a soulevé plusieurs questions sur le rôle et les responsabilités du DRMG et particulièrement en ce qui a trait à son chef, aux CML et aux représentants des RLS si applicable. Au-delà des efforts de communication et de mobilisation, les actions de coordination et de régulation de l'offre des services médicaux ont été plus modestes et très variables d'une région à l'autre. Il faut reconnaître que la participation des médecins à l'entente n° 368 est volontaire et que les modalités relatives à l'organisation de l'offre de services sont limitées (RAMQ, 2022). La majorité des chefs de DRMG nous ont indiqué vouloir préserver ce caractère volontaire de la contribution des médecins bien que ce contexte limite leur capacité d'intervention et la portée de leurs actions. Tout en misant sur la mobilisation et la persuasion, plusieurs nous ont mentionné souhaiter jouer un rôle plus important dans la coordination et la régulation de l'offre de services notamment de façon à établir une plus grande équité relative à la contribution des médecins de leur territoire et à assurer une offre de services optimale en adéquation aux besoins de la population. Toutefois, il est souligné le peu de leviers, notamment le manque d'informations sur la contribution relative des médecins, pour intervenir. Comme il sera abordé dans la section de l'offre des services médicaux, autant le nombre de plages de rendez-vous médicaux rendus disponibles d'un territoire à l'autre, que l'organisation de ces plages, affecte le fonctionnement et la performance des GAP ainsi que la capacité à répondre aux besoins de la population visée.

Pour nous, il ne fait aucun doute que le DRMG, en collaboration avec la DSP de l'établissement, est l'instance privilégiée pour effectuer la régulation nécessaire de l'offre de services médicaux requise afin de répondre aux besoins de la population et soutenir l'amélioration de la performance du GAP. C'est à partir de ces constats et au regard du leadership exprimé par plusieurs chefs de DRMG et leurs officiers que nous avons identifié et soumis quelques pistes d'amélioration visant une contribution plus significative des DRMG.

1.1.4 Parties prenantes externes

Dans cette section, nous référons particulièrement aux partenaires externes à l'établissement qui ont une activité de services directs à la population. En dehors des établissements et des GMF, il existe une offre de services de

santé et de services sociaux considérable, offerte par des organismes communautaires, d'autres organismes sans but lucratif (OBNL) et des prestataires privés.

Les organismes communautaires et les autres OBNL offrent une panoplie de services à leur communauté, sans frais pour la population. Certains sont financés en partie par le gouvernement via les établissements de santé. Mais dans tous les cas, ces organismes doivent trouver par eux-mêmes d'autres sources de financement pour assurer leurs activités. Bien que l'on reconnaisse leur autonomie, ces organismes ont déjà, pour la très grande majorité, des liens bien établis avec les établissements et offrent une réponse complémentaire aux besoins de la population. Des ententes spécifiques avec certains de ces organismes sont aussi convenues pour assurer la dispensation de services requis par la population. Malgré tout, peu d'établissements ont établi des contacts et des trajectoires formelles avec ces organismes dans le cadre du déploiement spécifique de leur GAP.

De leur côté, les prestataires privés de soins en santé offrent des services qui occasionnent la plupart du temps des frais pour les usagers utilisateurs, avec ou sans assurance privée, à l'exception des services couverts par des programmes publics, sauf exception ou lorsque remboursés par des assurances privées. Une partie importante des services actuels sont offerts par ces dispensateurs, notamment par les dentistes, les physiothérapeutes, les optométristes, les psychologues, etc. Cependant, sauf quelques exceptions, il n'y a pas d'entente ou de corridors de services d'établis avec ces prestataires par les GAP, bien que le personnel du GAP oriente en certaines circonstances la population vers ces services. Ces prestataires de services ont été peu présents dans nos groupes de discussion et avaient une faible connaissance des GAP.

La situation est bien différente avec les pharmaciens communautaires, qui sont des prestataires privés de services, mais avec une composante importante de services couverts par la RAMQ en continuité de l'acte médical. De plus, il existe une instance régionale formelle qui réunit tous les pharmaciens d'une région. Le comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP), sous l'autorité du PDG des CISSS\CIUSSS, a pour mandat notamment de faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques et la planification de la main-d'œuvre, ainsi que de donner son avis sur l'accessibilité et la qualité de ces services. Cette instance regroupe autant les pharmaciens en établissements que ceux dans le réseau privé des pharmacies. Bien que cette instance n'ait pas d'autorité sur les pharmacies communautaires, elle est un lieu structuré d'échanges et un vecteur important de communication avec ce réseau. Dans la plupart des régions, le président ou le vice-président de ce comité est impliqué à différents niveaux de la gouvernance du déploiement du GAP de son territoire. L'implication des membres du CRSP est primordiale au bon fonctionnement et à la performance des GAP. Malheureusement, il a été constaté dans quelques régions que les membres du CRSP étaient peu ou pas impliqués, ce qui a eu pour effet d'affecter les communications avec le réseau des pharmacies communautaires et la capacité d'établir des trajectoires de services optimales. Aussi comme nous le soulignerons plus loin dans le rapport, l'exercice du champ de pratique des pharmaciens communautaires et les services pharmaceutiques sont très variables d'une pharmacie à l'autre. Bien que leur capacité d'interventions soit limitée et considérant les difficultés de communication rencontrées historiquement avec ce réseau de pharmacies, certains CRSP ont développé des mécanismes d'interactions avec les pharmaciens communautaires visant le plein exercice du champ de compétence et l'établissement de trajectoires avec référencement. Plusieurs participants à nos visites nous ont mentionné l'absence de mécanismes structurés d'échanges et de concertation des CRSP au niveau provincial. Ce lieu d'échanges permettrait certainement de partager les enjeux liés à l'accès et à l'offre des services pharmaceutiques et de convenir au niveau national de stratégies et de moyens à prendre pour améliorer la situation.

Plusieurs enjeux nous ont été signalés par les directions d'établissements et par les représentants médicaux rencontrés relatifs à l'accès aux médecins spécialistes après une évaluation d'un médecin de famille et, à l'inverse, de l'accès à un médecin de famille pour les usagers sans médecin de famille après une consultation auprès d'un médecin spécialiste. Les GAP reçoivent continuellement des demandes de la part des médecins spécialistes pour prendre en charge un usager et assurer le suivi médical de première ligne. Certains médecins spécialistes ont profité de l'arrivée des GAP pour transférer en bloc une partie des usagers qui ne requièrent plus leur expertise. Les médecins spécialistes n'ont pas été systématiquement visés par les communications relatives aux GAP et ont été peu impliqués dans les travaux préparatoires du GAP ou depuis son déploiement. Ainsi, compte tenu de l'impact des trajectoires bidirectionnelles, il nous apparaît important que les établissements et le DRMG impliquent les représentants des médecins spécialistes. En soutien à cette démarche, des travaux menés par le ministère en collaboration avec les fédérations médicales seront nécessaires.

1.1.5 Communication

Les usagers, ainsi que les intervenants internes et externes rencontrés, nous ont indiqué constater un manque important d'information et une mauvaise compréhension de la population concernant la mission et le fonctionnement des GAP, ainsi que l'accès aux services de première ligne pour la population sans médecin de famille. En fait, l'existence des GAP est encore peu connue de la population et les campagnes de communication effectuées ne semblent pas avoir rejoint l'entièreté de la population visée. La plupart du temps, les personnes ont appris la connaissance du GAP par une lettre qui les informe de leur inscription à un groupe de médecin de famille, en faisant appel au 811, en consultant un professionnel tel qu'un pharmacien ou par le passage dans une salle d'urgence. Le bouche-à-oreille à partir d'une personne qui avait utilisé le service est aussi fréquemment mentionné. Il est cependant important de souligner l'effort de la part de la RAMQ pour rejoindre la population en inscription de groupe par l'entremise de l'envoi de cette lettre d'information. À noter que cette dernière a créé aussi de la confusion. En fait, la plupart des usagers rencontrés ont compris qu'ils ont maintenant accès aux mêmes privilèges que les personnes inscrites à un médecin de famille et notamment, qu'ils peuvent appeler ou se rendre directement à la clinique d'attribution pour un rendez-vous médical et peuvent bénéficier d'un suivi équivalent, voire même en continuité avec le même médecin. Dans la compréhension de la majorité de la population, le recours au GAP se fait dans le but d'obtenir un rendez-vous avec un médecin rapidement afin de répondre à leurs besoins de santé, puisqu'il s'agit de la seule voie connue. La majorité des usagers qui appellent au GAP et qui sont référés à un autre professionnel sont plutôt surpris et, dans certains cas, ils manifestaient de l'insatisfaction au personnel des GAP.

Dans cette optique, il est important d'informer la population de l'important mandat confié aux GAP visant la pertinence de la réponse aux besoins de santé de la population de façon à créer l'ouverture à une alternative à la consultation par un médecin, et de bien arrimer le message porté par les différentes options du 811 (1-2-3).

Bien qu'il reste beaucoup de travail à faire, les champs de pratique professionnelle ont évolué significativement au cours des dernières années. Malheureusement, nous avons constaté que la population et les intervenants en santé ne connaissent pas encore assez bien l'étendue des champs de pratique des différents professionnels et de quelle façon ils peuvent répondre de façon pertinente aux besoins de santé. Une meilleure connaissance de ceux-ci favorisera certainement l'ouverture et l'orientation au bon professionnel, en temps opportun.

Il y a eu peu de communications nationales pour expliquer les mécanismes et le mandat des GAP, dont celui de la pertinence des orientations. Outre la référence sur le site du MSSS, il y a eu quelques interventions médiatiques nationales, notamment par l'entremise des capsules d'information ciblant l'accès au GAP par le 811 option 3 qui ont débuté à l'hiver 2023. Au niveau régional, les communications ont été à géométrie variable et il a été constaté une grande disparité entre les établissements quant à la compréhension de leur rôle de communicateur de l'information relative au GAP à la population. De fait, nous avons constaté dans nos échanges avec les établissements et les représentants du MSSS que les responsabilités et surtout les attentes en matière de communications par les établissements n'étaient pas claires.

Ainsi, il persiste toujours une hésitation des établissements à communiquer davantage avec la population et ils attendent toujours des orientations du MSSS à cet effet, autant sur l'autorisation de communiquer considérant la perspective d'un plan national de communication que sur le contenu à communiquer. Malgré tout, plusieurs établissements ont élaboré un plan de communication visant autant les différents intervenants que la population. Ainsi nous avons observé plusieurs initiatives et actions de communication populationnelle dont une bonne partie visait spécifiquement les personnes enregistrées au GAMF. Toutefois, plusieurs participants nous ont indiqué la difficulté de rejoindre la population, due, entre autres, aux modes de communication utilisés qui ne répondent pas nécessairement à tous les groupes d'âge, toutes les cultures, ou qui ne sont pas traduits dans plusieurs langues.

Au-delà des GAP, les usagers rencontrés nous ont sensibilisés quant à l'incompréhension et l'ambiguïté qui existent autour des multiples portes d'entrée qui donnent accès aux services de première ligne (811 options 1, 2 et 3, 911, Portail RAMQ, RVSQ, les offres des CLSC, GAP numérique, le pharmacien communautaire, etc.). Il y a bien des façons d'accéder aux services pour la population en général ou bien, en fonction d'un statut particulier, notamment ceux inscrits à un médecin de famille, inscrits à un groupe de médecins de famille, d'orphelin enregistré au GAMF ou orphelin non enregistré. Selon le lieu d'accès, les modalités d'évaluation et d'orientation sont différentes. Par exemple, une personne orpheline enregistrée au GAMF peut obtenir un rendez-vous médical sans autre formalité en appelant directement dans une clinique qui offre des rendez-vous populationnels, via RVSQ ou communiquer avec le GAP de son territoire et, après évaluation, être orienté au bon professionnel au bon moment, ou encore, se rendre à l'urgence. Dans ce dernier cas, il pourra faire l'objet d'une réorientation vers une clinique

médicale. Les intervenants du réseau ont aussi de la difficulté à se retrouver à travers ces multiples portes d'entrée qui, pour plusieurs, sont en compétition entre elles. Il est difficile pour la population et les intervenants d'avoir une vue d'ensemble et d'être en mesure d'utiliser la bonne porte d'entrée pour accéder aux services.

Une communication efficace qui permettra à la population d'accéder facilement à l'ensemble des services de première ligne devra être précédée d'une analyse des différentes portes d'entrée au regard de leur pertinence, de leur complémentarité et de leur cohérence relative à l'évaluation, la priorisation et l'orientation.

Nous sommes très conscients de l'ampleur des activités de communication à mettre en place pour amener un changement dans le comportement de la population, mais nous croyons qu'un investissement majeur est nécessaire pour changer la culture populationnelle et amener les usagers à mieux accepter que leurs besoins de santé soient répondus par le bon professionnel, autre que le médecin, lorsque possible, et au bon moment.

Quelques pratiques à souligner observées lors des visites sont présentées ci-bas, ainsi que dans chacune des sections selon les axes d'évaluation. De plus, un bilan est présenté en annexe 5.

Gouvernance Pratiques à souligner observées
<ul style="list-style-type: none">✓ Le déploiement et le développement du GAP sont pilotés systématiquement au comité de direction de l'établissement, ce qui a permis de prendre des décisions en continu favorisant la performance de ce dernier.✓ Une cartographie complète de l'offre médicale et des activités médicales sur le territoire a été réalisée afin de bien connaître les enjeux sur le terrain et d'avancer les réflexions sur les données.✓ Le chef du DRMG, appuyé par des données objectives, est intervenu auprès de certaines cliniques médicales de son territoire afin d'obtenir une contribution supplémentaire à l'offre de services.✓ Le CRSP, par l'entremise du vice-président, a développé une communication interactive avec les pharmacies communautaires permettant les échanges sur les principaux enjeux, notamment ceux reliés aux mécanismes d'accès et de suivi des usagers du GAP et à l'exercice du champ de pratique des pharmaciens.✓ Un patient partenaire est impliqué dans une vision de co-construction avec l'établissement.

Gouvernance Recommandations	
Au MSSS	
1. Réaffirmer le positionnement prioritaire des GAP dans le cadre de l'accès aux services médicaux et professionnels de première ligne et indiquer aux établissements par l'entremise de l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI) :	!
<ul style="list-style-type: none">○ Le mandat et la mission des GAP.○ Les attentes relatives à l'harmonisation de l'accès aux services.○ Les indicateurs et les cibles de performance relatifs:<ul style="list-style-type: none">▪ Au traitement des demandes;▪ À l'orientation vers le bon professionnel (pertinence);▪ Au niveau d'accès aux différents services professionnels.	
2. Assurer une vigie des résultats reliés aux cibles de performance et poursuivre le soutien aux établissements dans la réalisation de leur plan d'amélioration par les actions ministérielles requises.	!
3. Définir les critères et les modalités de financement considérant les cibles de performance attendue.	
4. Revoir le programme GMF et l'adapter à l'évolution des mécanismes d'accès aux services de première ligne et des pratiques multidisciplinaires afin d'établir les modalités contractuelles permettant un accès adapté aux services médicaux et professionnels optimal et équitable pour l'ensemble de la population.	!
5. Revoir, dans le contexte de l'évolution des mécanismes d'accès aux services médicaux et professionnels de première ligne, le rôle et les responsabilités des DRMG, de son chef, des CML et des représentants locaux des RLS et :	!

- Préciser leurs attributions relatives à la régulation de l'offre de services et l'application des modalités d'accès aux plages de rendez-vous auprès des cliniques médicales.
 - Soutenir, en collaboration avec les chefs de DRMG, une démarche d'appropriation et d'harmonisation du rôle et des responsabilités des membres du DRMG et des attentes à leur égard.
6. Soutenir la création d'une table de concertation nationale des CRSP avec comme mandat de partager les enjeux liés à l'offre et l'accès aux services pharmaceutiques et de convenir au niveau national de stratégies et de moyens à prendre pour appuyer les CRSP régionaux dans leurs actions auprès du réseau de pharmacies communautaires. !
7. Créer un lieu de concertation multidisciplinaire qui regroupe les représentants des différentes disciplines professionnelles (médecins, physiothérapeutes, dentistes, optométristes, psychologues, etc.), les établissements et le MSSS afin d'échanger sur les orientations et les actions à prendre pour améliorer l'accès aux services de première ligne par l'ensemble des prestataires de services, publics ou privés. !
8. Informer, dans le cadre d'une campagne de communication nationale, la population relativement : !
- Aux différents statuts liés à l'inscription auprès d'un médecin ou d'un groupe de médecins de famille et celui d'orphelin et pour chacun des statuts, informer la population sur les mécanismes d'accès aux services médicaux et professionnels de première ligne.
 - À la mission et le fonctionnement du GAP à la population.
 - À l'importance de s'enregistrer au GAMF pour accéder au GAP et à l'inscription à un médecin ou à un groupe de médecins de famille.
 - À l'objectif de répondre aux besoins de santé par une orientation pertinente au bon professionnel et préserver l'accès aux consultations médicales aux besoins qui requiert les compétences du médecin de famille.
 - À faire connaître les compétences et l'étendue des champs de pratique des différents professionnels de la santé et des services sociaux.

Aux établissements

9. Poursuivre, avec le soutien du MSSS, les activités régionales de communication visant une meilleure compréhension de l'accès aux services de première ligne et plus spécifiquement via le GAP pour la population sans médecin de famille, adaptées aux usagers de chaque région.
- Poursuivre l'application des pistes d'amélioration soumises dans le cadre de la visite.

Au DRMG

- Poursuivre l'application des pistes d'amélioration soumises dans le cadre de la visite.

2. Présentation des résultats selon l'axe des processus

2.1 Constats en lien avec la situation des GAP au moment des visites

Les conditions de mise en œuvre et la vitesse de déploiement des GAP ont occasionné un déploiement modulé, peu harmonisé et variable au niveau du modèle déployé et du fonctionnement d'une région à l'autre. Ces différences sont perçues notamment au niveau des outils de travail, des mécanismes d'arrimage et du partage d'informations avec les autres services du réseau.

Nous aborderons, dans la prochaine section, les constats de nos visites dans les différents GAP, en lien avec les six sous-axes du modèle d'évaluation que nous avons utilisé.

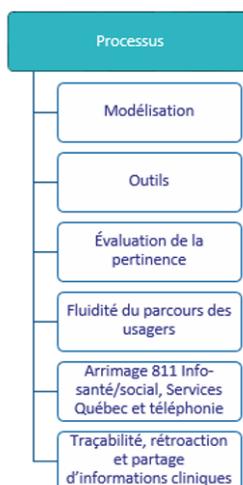


Figure 7 : Axes d'évaluation de la performance – Processus
Source : Équipe tactique mandat national tournée des GAP (2023)

2.1.1 Modélisation

Tel qu'illustré à la figure ci-dessous, la porte d'entrée principale pour que les usagers aient accès au GAP est le 811 option 3, suite à laquelle un premier contact est établi avec un agent aux opérations de Services Québec. L'utilisateur est alors transféré vers le GAP de son territoire et est répondu par les agents administratifs. Dans certains établissements, l'utilisateur peut transiger par un plateau d'orientation ou le centre de contact intégré (CCI). Le parcours de l'utilisateur implique donc de trois à quatre contacts avec des intervenants différents pour que son besoin soit évalué par une infirmière ou un autre professionnel du GAP. À titre comparatif, lorsque l'utilisateur utilise le parcours d'Info-Santé (811 option 1), il a accès à l'infirmière au premier contact. Ajoutons que les infirmières d'Info-Santé accueillent les appels de l'ensemble des usagers de la province qui ont un besoin de santé, peu importe son statut afin d'évaluer son besoin de santé, de lui prodiguer des recommandations d'autosoins et de l'orienter vers le service adapté à ses besoins, tandis que les processus établis pour les GAP ajoutent des étapes administratives supplémentaires dans la trajectoire des usagers. Ces étapes sont liées notamment à la clientèle cible plus restreinte que celle d'Info-Santé, nécessitant un contact avec les AA du GAP qui effectuent la vérification des critères d'admissibilité et documentent les besoins des usagers (besoin informationnel vs besoin clinique). Compte tenu de la pénurie d'infirmières et le besoin d'optimisation de son temps clinique, ces étapes ont comme objectif de réduire les tâches administratives des infirmières.

Par ailleurs, bien que la population sans médecin de famille soit informée de communiquer avec le 811 option 3, un citoyen sans médecin de famille peut malgré tout opter pour l'option 1 et avoir accès directement à l'infirmière pour son évaluation. De surcroît, en dehors des heures d'ouverture des GAP, c'est Info-Santé qui prend le relais pour cette clientèle, donnant ainsi à l'utilisateur sans médecin de famille, l'accès à deux portes d'entrée.

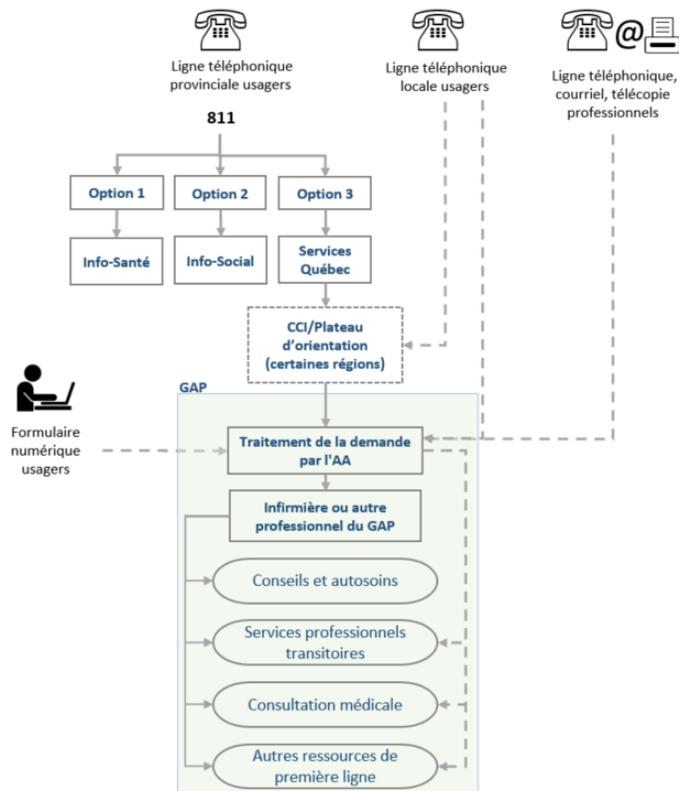


Figure 8 : Portes d'entrée principales au GAP

Source : Équipe tactique mandat national tournée des GAP (2023)

Il existe également d'autres portes d'entrée au GAP puisque dans certaines régions, les lignes téléphoniques locales préexistantes à l'intégration des GAP dans la solution téléphonique nationale peuvent encore être utilisées par les usagers. Cela dit, plusieurs établissements ont mentionné ne plus diffuser leur numéro de ligne locale, dû au fait que la programmation de la solution téléphonique nationale priorise les appels provenant du 811, occasionnant ainsi des délais d'attente significativement plus longs pour les usagers ayant composé le numéro local. Dans un établissement visité, les usagers peuvent également adresser une demande au GAP en remplissant un formulaire numérique développé localement, qui est acheminé à l'AA du GAP de sa région. À noter qu'un projet pilote du MSSS est en cours pour l'utilisation d'un formulaire de demande numérique harmonisé provincielement via le portail citoyen (GAP numérique).

Dans certains établissements, les professionnels de la santé ou les intervenants externes ont également la possibilité de soumettre une demande au GAP pour un usager vulnérable n'ayant pas l'autonomie nécessaire pour faire ses propres démarches ou ayant une condition de santé complexe, soit par la ligne téléphonique professionnelle, courriel ou télécopie. Certains ont d'ailleurs créé un formulaire unique de demande de service qu'ils utilisent à partir des services intraétablissement vers le GAP. Sans ces adaptations, il a été soulevé que les modes de fonctionnement actuels du GAP peuvent représenter une entrave à l'accès aux services de première ligne pour la clientèle vulnérable, d'où la nécessité de moduler l'accès aux GAP, entre autres, selon les particularités des populations allophones, en situation d'itinérance, ayant des problèmes de toxicomanie ou de santé mentale. Il est à considérer que les usagers ayant des problèmes de santé urgents, semi-urgents, aigus et ceux qui ont des besoins non urgents ou chroniques peuvent utiliser cette porte d'entrée sans processus qui leur est propre ou adapté au niveau d'urgence de leur condition de santé, représentant un enjeu qu'il est nécessaire de baliser pour la sécurité de la clientèle, selon plusieurs intervenants interrogés.

Une fois que la demande de l'utilisateur est traitée par l'AA, plusieurs orientations sont ensuite possibles, variant selon le mode de fonctionnement du GAP et le besoin des usagers. Ainsi, l'AA peut les diriger vers l'évaluation de l'infirmière, les orienter vers d'autres ressources de première ligne ou encore leur attribuer un rendez-vous médical ou auprès des services professionnels transitoires (SPT). Différents modèles sous-tendent ce fonctionnement, variant considérablement d'un établissement à l'autre. Ainsi, que ce soit au niveau des structures du GAP-GACO ou de l'évaluation de l'équipe du GAP, les processus ne sont pas harmonisés d'un établissement à l'autre.

2.1.2 Fluidité du parcours de l'utilisateur et arimage 811 Info-Santé/Social, Services Québec

Le *Cadre de référence accès - GAP* (MSSS, 2021) recommande l'intégration de la fonction du guichet d'accès avec d'autres mécanismes d'accès, tels que les services du 811 Info-Santé et Info-Social, Services Québec et autres. Cette mesure permettrait de veiller à la fluidité du parcours de l'utilisateur à travers le système de santé et de faciliter la coordination des services et des références nécessaires. De plus, selon le *Cadre de référence améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité* (MSSS, 2023b), nommé dans ce rapport *Cadre de référence des services de proximité*, il est essentiel de veiller à ce que les différentes portes d'entrée soient reliées afin d'offrir un accès "continu, fluide, sans interruption, sans retour en arrière, sans doublon", et ce, peu importe la porte d'entrée choisie par l'utilisateur.

Lors de nos visites, plusieurs établissements ont nommé des enjeux de fluidité causés par un dédoublement des tâches administratives entre les agents aux opérations de Services Québec et les agents administratifs du GAP.

Services Québec a été ajouté dans la trajectoire afin de filtrer et aiguiller les appels, réduisant le nombre d'appels dirigés vers les GAP, permettant l'amélioration de la pertinence des appels reçus et l'optimisation de l'utilisation des ressources au GAP. N'ayant pas de transfert d'informations, quand les usagers sont transférés au GAP, les AA réalisent à nouveau certaines des tâches telles que de valider le statut d'enregistrement du citoyen (GAMF), répondre aux questions et demandes de renseignements généraux sur les GAP-GAMF et diriger les usagers qui ne nécessitent pas une évaluation infirmière vers la bonne ressource, créant ainsi de la confusion parmi les usagers ainsi qu'une augmentation du temps d'attente.

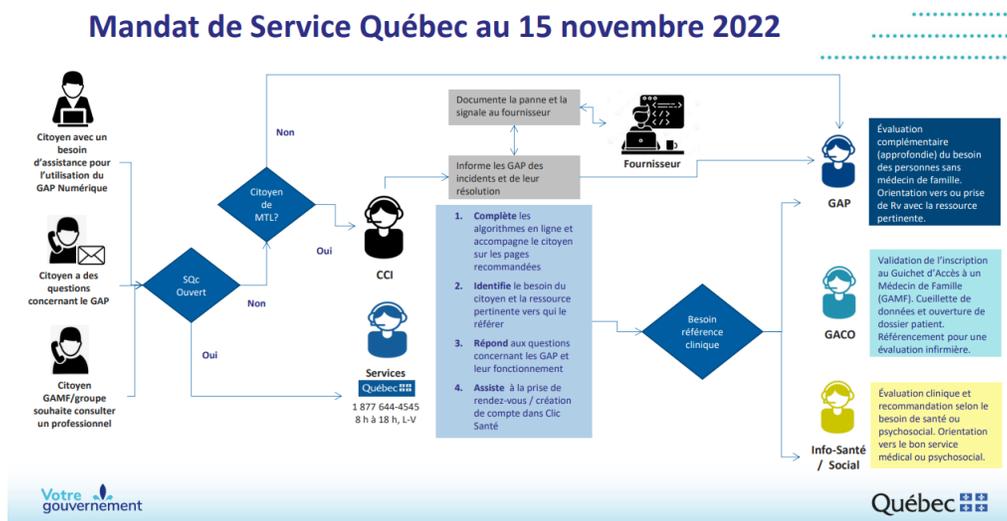


Figure 9 : Cartographie de la trajectoire des appels vers Services Québec en date du 15 novembre 2022

Source : présentation PowerPoint Mandat de Services Québec, Québec 811 option 3. Réponse téléphonique. Précisions et exemples.

Certains ont noté une recrudescence des plaintes de la part des usagers depuis l'implication de Services Québec dans les modalités d'accès du GAP. Plusieurs usagers-utilisateurs du GAP interrogés ont aussi mentionné qu'ils ne savent pas si le contact est administratif, clinique ou encore à quel service ils s'adressent (GAP, Services Québec ou Info-Santé). Aussi, il n'est pas clair pour l'utilisateur de savoir à quel endroit appeler et la similarité des rôles entre ces services apporte une confusion aussi pour les employés. De plus, certains usagers mentionnent être préoccupés par la confidentialité de leur dossier, à l'idée de parler de problèmes de santé sensibles à autant de personnes, ce qui occasionne des retraits lors du parcours.

Un dédoublement des activités (évaluation clinique, orientation vers la ressource de première ligne appropriée, dispensation d'autosoins) a aussi été observé lorsque l'utilisateur transige à la fois par l'infirmière du GAP, par l'infirmière d'Info-Santé ou par l'infirmière au triage des services d'urgence pour un même épisode de soin. Il a également été rapporté que les lignes de conduite établies par ces trois instances sont différentes et peuvent mener à des orientations différentes pour une même condition de santé. Ce dédoublement des activités est

également perçu dans certains GAP qui comptent la présence des travailleurs sociaux au sein de leurs équipes, car ceux-ci peuvent avoir un rôle semblable à celui de l'accueil psychosocial au CLSC ou des intervenants d'Info-Social. Toutefois, l'intégration de ces professionnels au GAP demeure importante selon les participants, elle est vécue comme un complément d'expertise et de connaissance des services offerts dans leurs territoires.

Toujours dans la notion de fluidité, il a été rapporté par plusieurs établissements un enjeu d'interruption et de retour en arrière pour l'utilisateur puisque les transferts qui sont parfois nécessaires pour répondre au besoin de l'utilisateur, mais actuellement impossible, entre le GAP, Info-Santé et Info-Social, ce qui fait en sorte que l'utilisateur doit rappeler et recommencer le processus. Cela est notamment le cas pour les autosoins lorsqu'ils ne sont pas dispensés par l'équipe infirmière du GAP (32% des GAP rencontrés lors de visites). Une diminution des transferts vers Info-Santé a été observée au fur et à mesure de l'avancement des visites dans les établissements. Cependant, il y a une réticence de la part des intervenants du GAP, en sens inverse, à accorder automatiquement un rendez-vous si l'infirmière d'Info-Santé le juge nécessaire. Des différences dans les processus d'évaluation, le manque de connaissances de l'infirmière d'Info-Santé sur les ressources de la région et les enjeux de priorisation dans l'octroi des rendez-vous sont des éléments qui doivent être pris en compte pour trouver une solution appropriée.

Le phénomène de la "porte tournante" est également constaté dans les établissements. Que ce soit au niveau de la réorientation de l'urgence vers le GAP et du GAP vers l'urgence ou encore entre le GAP et les professionnels, notamment les pharmaciens communautaires. Effectivement, l'application variable des actes prévus à la Loi sur la pharmacie peut occasionner un va-et-vient pour l'utilisateur entre le GAP et les pharmacies communautaires. Ces enjeux de fluidité découlent d'un manque d'arrimage entre les différents mécanismes d'accès, soulevant ainsi l'importance d'utiliser des procédures identiques ainsi que des pratiques et des méthodes de travail harmonisées, tels que suggéré dans le *Cadre de référence accès - GAP* (MSSS, 2021). Certains GAP ont mis en place des initiatives pour atténuer ce phénomène de porte tournante, notamment par un formulaire de référence et des échanges cliniques bidirectionnel.

2.1.3 GAP - GACO - GAMF, structure et fonctionnement

Le *Cadre de référence accès - GAP* (MSSS, 2021) propose une approche intégrée du guichet d'accès en première ligne, et suggère l'intégration du GAP à d'autres structures d'accès existantes, telles que le GACO, afin d'optimiser l'utilisation des ressources et d'améliorer la continuité des soins. Il y est précisé que cette intégration doit se faire en tenant compte de l'expertise requise pour évaluer les besoins des usagers, ainsi que l'accès aux outils et aux ressources permettant une connaissance approfondie de l'offre de services des professionnels et des établissements médicaux.

Sur le terrain, une variabilité quant aux structures en place a été constatée. Tandis que dans certains établissements, les services sont scindés et indépendants l'un de l'autre, d'autres ont fusionné les équipes du GAP et du GACO tel qu'illustré à la figure 10. Selon les participants interrogés, la polyvalence des employés permet une meilleure fluidité pour les usagers, ainsi qu'une meilleure agilité pour répondre de façon optimale à la variation de volumétrie et la nature des demandes. Par exemple, dans certains établissements, les infirmières du GACO traitent les demandes plus complexes adressées au GAP, telles que les troubles cognitifs et les mandats d'inaptitude. Cela dit, le GACO n'a pas été intégré dans la même plateforme de téléphonie que le GAP, ce qui constitue un obstacle à une intégration réussie entre les deux structures.

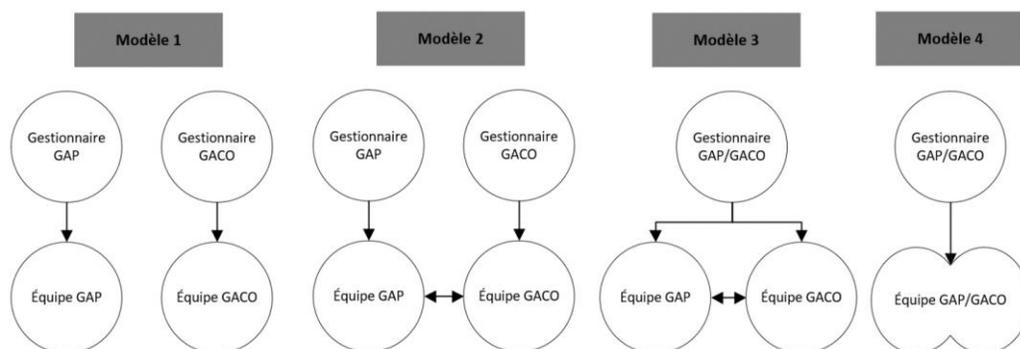


Figure 10 : Modèles d'organisation du GAP et du GACO
 Source : *Équipe tactique mandat national tournée des GAP (2023)*

Lors de nos visites, nous avons constaté qu'il existe trois modes de fonctionnement différents pour le traitement des demandes adressées au GAP. Voici la description des trois modes de fonctionnement observés :

Tableau 1 : Principaux modes de fonctionnement des GAP

Mode de fonctionnement GAP	Description selon visites	% des établissements
Temps réel	L'AA transfère l'appel de l'utilisateur directement sur la ligne téléphonique du personnel infirmier, en temps réel, pour que son besoin soit évalué lors de son appel initial.	18%
Différé	L'AA crée une affectation de tâches au personnel infirmier pour un rappel à l'utilisateur le jour même ou les jours suivants en fonction d'un processus propre à chaque établissement : <ul style="list-style-type: none"> ○ L'ordre d'arrivée; ○ Un code de priorité déterminé par l'AA;¹ ○ Un code de priorité déterminé par une infirmière dédiée à cette tâche; ○ L'évaluation de l'infirmière au regard des demandes en liste. 	55%
Hybride	Combinaison des deux méthodes précédentes. Il est à noter que la proportion "différée" et "réelle" des appels traités varie considérablement d'un établissement à l'autre. Certains établissements fonctionnent en mode différé pour la majorité des appels et transfèrent uniquement les demandes les plus urgentes, en mode réel, selon une grille de priorisation propre à l'établissement. D'autres adaptent le mode de traitement des appels en fonction de l'achalandage et de la disponibilité des ressources humaines. Un établissement fonctionne en temps réel pour les appels téléphoniques et traite les demandes reçues par formulaire numérique en différé.	27%

Lors des différentes rencontres avec les participants des établissements, ceux-ci nous ont partagé être en réflexion sur leur mode de fonctionnement et ont trouvé des avantages et inconvénients aux différents modèles. Le tableau ci-dessous résume le bilan de ce qui a été mentionné par les participants et constaté par notre équipe.

¹ Lorsqu'une assignation de tâches au personnel infirmier est effectuée par une agente administrative, cette dernière procède à une priorisation des demandes à l'aide de barèmes préétablis.

Tableau 2 : Avantages et inconvénients de chaque mode de fonctionnement

Mode de fonctionnement	Avantages	Inconvénients
Temps réel	<ul style="list-style-type: none"> ● Accès à l'évaluation par l'infirmière le jour même, dans un délai moyen de 47 minutes à partir du contact avec l'AA du GAP. ● 100% des demandes reçues sont traitées par l'infirmière en moins de 36 heures. ● Les usagers sont orientés en un seul appel. <ul style="list-style-type: none"> ○ Tendence observée d'un temps de traitement de la demande par l'infirmière plus court. ○ Évite la perte de temps liée au retour d'appels aux usagers par rapport au mode différé. ○ Niveau de satisfaction de l'utilisateur élevé lorsque l'appel est traité dans un délai raisonnable. ● Favorise le respect des champs de pratique entre les AA et les infirmières. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Certains GAP appliquent un maximum de demandes acceptées par jour par l'infirmière, ce qui limite le nombre d'utilisateurs répondus. ● Ne permet pas le traitement des demandes selon les compétences spécifiques du personnel : champ d'expertise, connaissance des programmes et des services sur un territoire spécifique. Le personnel infirmier doit être à l'aise avec toutes les clientèles, tous les RLS et avoir une connaissance de l'ensemble des ressources du territoire, lorsqu'applicable. ● Délais d'attente en ligne et possibilité de délais excessifs pour parler à une infirmière qui occasionne de l'insatisfaction et un taux plus élevé d'abandons. ● En temps réel, les infirmiers donnent plus de conseils d'autosoins aux usagers comparés au mode différé, car en temps différé, les problèmes de santé mineurs sont souvent résolus avant le rappel de l'infirmière, soit parce que l'utilisateur a consulté ailleurs ou par résolution du problème.
Différé	<ul style="list-style-type: none"> ● Permet le traitement des demandes selon les compétences spécifiques du personnel : champ d'expertise, connaissance des programmes et des services sur un territoire spécifique. ● Possibilité de prioriser les demandes des usagers. ● L'infirmière peut se préparer avant l'appel (historique médical, notes précédentes, ressources disponibles dans la région de l'utilisateur, etc.). ● D'autres professionnels peuvent être mis à contribution pour l'évaluation clinique, selon le besoin de l'utilisateur (ex. : TS). ● Possibilité d'étendre le flux des appels en période d'achalandage et d'éviter des délais d'attente excessifs en ligne, ainsi qu'un taux élevé d'abandons. ● Délais de l'évaluation par l'infirmière mieux adaptée au niveau de priorité de la demande, particulièrement en période de fort achalandage. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Possible accumulation des demandes en attente, dépassant la cible des appels traités et orientés en moins de 36 heures, pouvant aller jusqu'à plusieurs semaines dans certains cas. ● Proportion élevée des demandes traitées les jours suivant l'appel initial. ● Délais à l'évaluation et à l'orientation avec possibilité de traitement tardif de la demande considérant la condition de la personne (problèmes aigus et semi-aigus). ● Perte de temps liée à la difficulté de rejoindre l'utilisateur lors du rappel. ● Le retour d'appel de l'infirmière peut être fait à un moment de la journée qui ne convient pas aux usagers. ● Risque de ne pas répondre à un besoin de santé dans le délai requis par la condition de santé de l'utilisateur. ● Occasionne une augmentation du temps de travail infirmier associé à la préparation avant l'appel. Documentation excessive dans certains cas. ● Certaines tâches de priorisation reposent sur des agentes administratives ● Demande une structure de gestion des priorisations établie en amont et respectant le champ de pratiques de tous, validée par la DSI de chaque établissement
Hybride	<ul style="list-style-type: none"> ● Permet d'adapter le traitement des demandes en fonction de l'achalandage et le personnel disponible de façon à éviter les délais excessifs et assurer le traitement des besoins prioritaires. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Développer et maintenir deux trajectoires de traitements des appels

Lors de l'analyse des données quantitatives, nous avons constaté un écart important entre les différentes régions en ce qui concerne le volume d'appels entrants par rapport à leur population respective. Afin d'avoir une meilleure idée de l'ampleur de ce volume de demandes par rapport à la population qui pourrait bénéficier des services du GAP, nous avons calculé le ratio d'appels entrants, sur la population sans médecins de famille, illustré à la figure 11 ci-dessous pour la période du 15 décembre 2022 au 15 juin 2023. Les résultats de cette analyse révèlent des variations importantes allant d'un ratio de 1,93% à 17,53% selon les GAP, ce qui pourrait être expliqué par la combinaison de plusieurs facteurs, tels que la connaissance du service, la facilité d'accéder au GAP ou l'accès et la connaissance des services développées en amont dans chaque région. Ces données incluent des possibles appels à répétition d'un même usager et les différents modes de fonctionnement amenant un usager à rappeler au GAP. Il est à noter que ces données ne tiennent pas compte de la structure de la population du territoire telles que le sexe, le groupe d'âge et la défavorisation sociale et matérielle. Ces facteurs peuvent influencer les besoins en santé et creuser un écart d'un territoire à l'autre. Un facteur de pondération produit par l'institut national de santé publique du Québec (INSPQ) peut être appliqué à ces données afin de prendre en compte le contexte démographique et populationnel des régions (MSSS, 2023c).

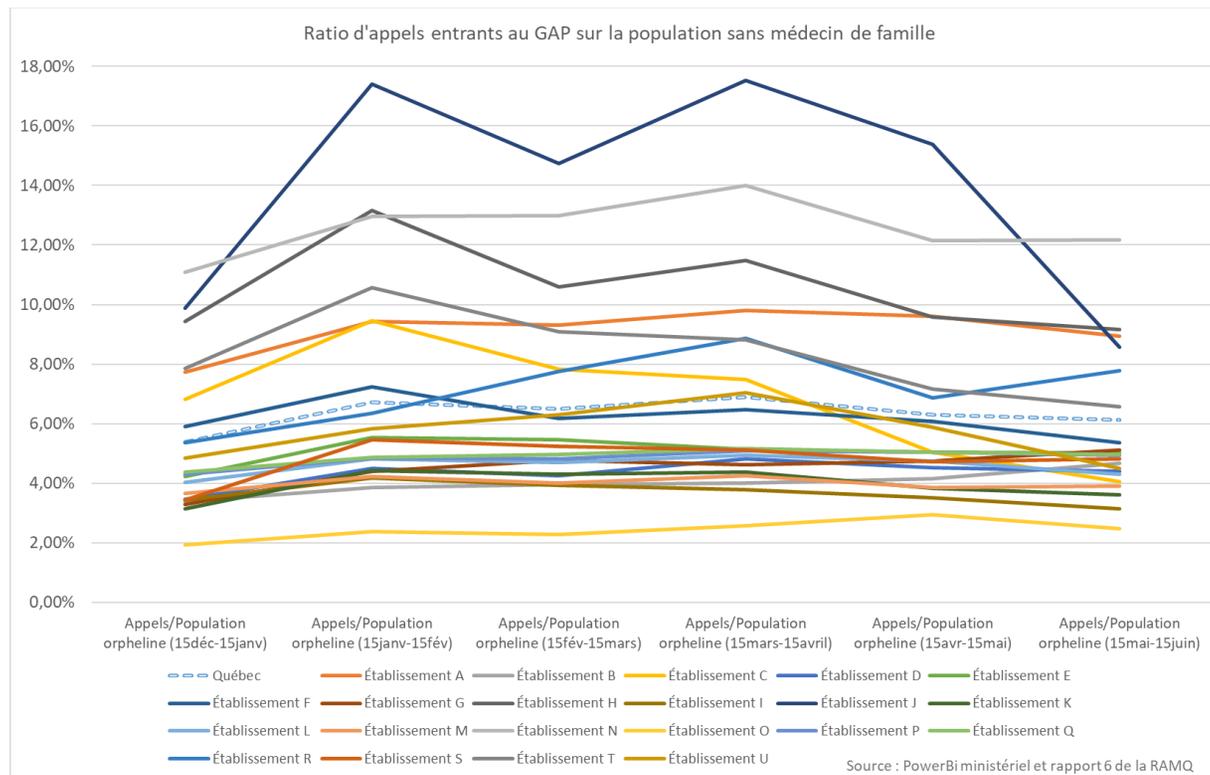


Figure 11 : Ratio d'appels entrants au GAP sur la population sans médecin de famille avec RAMQ
Source : Power Bi ministériel et Rapport 6 de la RAMQ

Afin de comparer la performance quantitative sur les délais d'attente ainsi que le temps de traitement des AA et des infirmières en lien avec les différents modes de fonctionnement, nous avons analysé les données présentées au Power BI ministériel pour la période du 25 novembre 2022 au 9 mai 2023, soit du début de la tournée des GAP jusqu'à la fin.

Tableau 3 : Délais de réponse et de traitement selon le mode de fonctionnement

Mode fonctionnement	Agentes administratives				Infirmières	
	Délai moyen de réponse (moyenne)	Délai moyen de réponse (médiane à partir des moyennes)	Temps moyen de traitement * (moyenne)	Temps moyen de traitement* (médiane à partir des moyennes)	Délai moyen de réponse	Temps moyen de traitement*
Temps réel	16 min 24s	13 min 24s	10 min 6s	9 min	47 min	27 min 30s
Différé	20 min 54s	16 min 42s	11 min 6s	11 min 6s	N/D**	N/D**
Hybride	23 min 12s	11 min	11 min 18s	12 min	N/D**	N/D**

Source : Données utilisées à partir du Power Bi Ministériel, consulté le 21 juillet 2023
Période du 25 novembre 2022 au 9 mai 2023

* Le temps moyen de traitement de la demande exclut le temps de préparation et de suivi par l'infirmière.

** Non disponible puisque les données en lien avec les appels sortants ne sont pas comptabilisées dans le logiciel de téléphonie national.

Pour le fonctionnement en temps réel, le délai moyen de réponse et le temps moyen de traitement des demandes par les AA sont inférieurs à ceux des modes de fonctionnement en différé et hybride, ce qui peut s'expliquer par les données supplémentaires à recueillir aux fins d'une priorisation des demandes et la création de tâches de rappel. Ces délais peuvent également varier en raison des tâches confiées à l'AA, notamment en ce qui a trait à leur capacité à orienter directement certains usagers aux services médicaux et professionnels.

Une grande variabilité a été constatée en ce qui a trait aux délais de réponse, qui peuvent fluctuer entre moins de cinq minutes jusqu'à quatre heures pour les AA et entre moins de cinq minutes jusqu'à deux heures pour les infirmières qui fonctionnent en temps réel. Ces données varient dans le temps, tout dépendamment du moment de la journée, de la semaine et du mois.

Une analyse plus approfondie de l'impact des modes de fonctionnement sur le délai moyen de réponse et le temps moyen de traitement par les infirmières n'est pas possible à la lumière des données disponibles. Il a été constaté lors des visites que le délai de rappel en mode différé et hybride varie entre le jour même et plusieurs semaines. Les délais de réponse et de rappel varient en fonction de l'achalandage, ainsi que de la disponibilité du personnel affecté au traitement des demandes et sont aussi tributaires du temps de traitement d'une demande par l'infirmière. Le travail fait en amont et en aval de l'appel traité par l'infirmière et l'utilisateur n'est pas capté et documenté de la même façon d'un GAP à l'autre.

Ceci dit, plusieurs facteurs peuvent influencer le temps de traitement des demandes. Les pratiques attendues du personnel infirmier ont un impact majeur sur cette variable. Certains réalisent une évaluation globale, d'autres plus ciblées en fonction du besoin ponctuel de l'utilisateur. Certains effectuent la réévaluation de la cote de priorité du GAMF, d'autres non. Il en va de même pour la dispensation des conseils d'autosoins et la disponibilité d'outils d'aide à la décision.

La préparation du dossier est aussi un élément important de la tâche de l'infirmière qui peut être facilement alourdie et par conséquent apporter des délais dans la réponse aux usagers. Comme prévu, les médecins peuvent s'attendre à une note de l'infirmière, toutefois, dans certaines régions où les médecins exigent une documentation élaborée du dossier de l'utilisateur avant un rendez-vous médical, ce qui demande beaucoup de temps au personnel des GAP. À l'inverse, dans deux régions, aucune note n'est envoyée aux médecins en vue d'une consultation

Aussi, considérant la lourdeur du processus et le temps requis pour attribuer un rendez-vous médical, certains établissements ont choisi de soustraire cette tâche au rôle de l'infirmière, et ce malgré l'ajout d'une étape dans le parcours de l'utilisateur. Par exemple, dans un des établissements, l'attribution des rendez-vous médicaux est effectuée par le GACO du RLS concerné. Aussi, au moins un établissement nous a rapporté référer les cas complexes aux infirmières du GACO.

Une organisation de travail sur des heures étendues est une condition clé de réussite selon le *Cadre de référence accès - GAP* (MSSS, 2021). Près de 68% des établissements sont ouverts sept jours sur sept. Certains GAP fonctionnent sans la présence d'une infirmière à certains moments, particulièrement la fin de semaine, tandis que d'autres opèrent avec des effectifs réduits pendant cette période. Cette variabilité des heures d'ouverture des GAP apporte de la confusion dans la population et pourrait avoir des impacts sur la gestion des demandes des usagers.

De plus, une variabilité a été constatée au niveau de la gestion de la fermeture du GAP et de l'achalandage. La majorité des établissements a mis en place des mesures qui permettent l'accueil de tous les appels à l'intérieur des heures d'ouverture annoncées. Pour ces établissements, une gestion des appels à l'approche des heures de fermeture a dû être établie. Certains guichets prévoient des horaires de travail qui vont au-delà des heures d'ouverture des GAP afin d'éviter d'interrompre les lignes téléphoniques. Toutefois, dans certains cas, l'accès est suspendu ou l'utilisateur est déconnecté, ce qui oblige l'utilisateur à rappeler le lendemain. Cela dit, il a été observé que d'autres régions cessent les transferts d'appels des AA vers le personnel infirmier quelques heures avant la fermeture afin d'éviter que ceux-ci ne soient déconnectés à la fermeture du GAP. Au niveau de la gestion de l'achalandage, pour certains établissements, une priorisation des besoins est faite en fin de journée et en période de fort achalandage, en fonction de critères préétablis. Dans ces cas, il est possible que l'utilisateur soit placé sur une liste de rappel pour le lendemain ou avisé de rappeler lui-même le lendemain. Les établissements ont été invités à prendre les dispositions nécessaires pour traiter l'ensemble des demandes à l'intérieur des heures d'ouverture annoncées. Par défaut, l'utilisateur, qui se conforme aux heures d'ouverture de son GAP et qui ne réussit pas à y accéder, cherchera, dans bien des cas, des alternatives comme consulter dans une urgence ou bien, appeler au 811 option 1 et peut aussi bien être redirigé au GAP le lendemain pour obtenir le service requis après évaluation puisque ce service ne dispose pas de l'accès aux offres de services développés pour ces usagers.

Le *Cadre de référence accès - GAP* (MSSS, 2021) positionne le GAP comme une réponse aux demandes de santé ponctuelle et une alternative à la consommation des services en urgence. Lors des visites, nous avons constaté que les raisons d'appels au GAP sont de toute nature (conditions aiguës, semi-aiguës, urgentes, semi-urgentes, non urgentes). Souvent, des lignes de conduites, peu importe la nature de la condition de santé, ne sont pas déterminées, ni uniformes, ni validées par des groupes d'experts nationaux, ce qui induit à des processus différents entre les établissements, voire même entre les différents professionnels d'une équipe pour une même condition de santé.

Dans certains établissements, pour des conditions urgentes et semi-urgentes, les AA peuvent orienter les usagers aux services d'urgences, transférer l'appel directement à une infirmière du GAP ou ajouter une tâche avec un code de priorité spécifique aux infirmières. La priorisation par les AA n'est pas nécessairement validée par la DSI de l'établissement ni la DSI nationale ou l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Les AA utilisent des outils développés localement ou leur propre expérience et jugement pour l'interprétation et l'orientation des demandes, ce qui peut amener des délais de traitement et des risques cliniques pour les usagers. Dans quelques établissements, les employés du GAP (AA et infirmières) affirment ne pas être à l'aise avec ce fonctionnement.

Pour les conditions non urgentes, il existe également plusieurs orientations non harmonisées. Ainsi, l'AA peut demander aux usagers de rappeler les jours suivants, proposer de prendre lui-même le rendez-vous via RVSQ, le transférer au GACO, aller vers d'autres ressources, surveiller l'évolution des symptômes et, au besoin, appeler Info-Santé.

Étant donné leur déploiement récent, des changements constants dans le fonctionnement des GAP ont été rapportés, notamment au niveau de l'arrimage entre le GAP et les autres services, incluant les différentes portes d'entrée en première ligne, semant une confusion chez les usagers et le personnel. L'ajustement soutenu des processus demande une grande capacité d'adaptation de la part des employés et ces derniers ont nommé un essoufflement causé par les multiples changements dans les consignes, ce qui affecte aussi la qualité des réponses offertes.

La segmentation de l'offre (GAP, populationnelle, réorientation de l'urgence, etc.) met une grande pression sur les équipes des cliniques médicales et du GAP. Elle exige de jongler entre les différents types de rendez-vous pour assurer une accessibilité aux usagers. Il a été constaté une diminution des plages disponibles dans RVSQ tandis que certaines plages GAP sont perdues dans certains cas, car elles n'ont pas été comblées. Bien qu'on n'ait pas des données disponibles à cet effet pour objectiver la situation, les cliniques utilisent ces plages non comblées pour d'autres clientèles.

Finalement, il faut souligner le fait que pour une même condition, l'utilisateur est évalué, priorisé et orienté différemment selon la porte d'entrée utilisée (Info-Santé, Info-Social, le GAP, l'urgence, le 911 ou le GAP numérique). L'orientation différera aussi selon l'offre de services disponible et les trajectoires établies dans chacune des régions.

2.1.4 Outils

L'accès intégré et harmonisé constitue une orientation clé du *Cadre de référence des services de proximité* (MSSS, 2023b). Son objectif est de garantir une expérience cohérente et fluide pour les usagers, peu importe la porte d'entrée choisie, afin de faciliter leur parcours de soins. Parmi les exemples de meilleures pratiques pour l'accès intégré et harmonisé contenus dans le cadre, il est mentionné de :

« Mettre en place une organisation transversale d'accès et de référence intégrée, harmonisée aux soins et aux services au sein des établissements du RSSS et du RTS-RLS par différents moyens, notamment : (...) Utiliser des outils cliniques communs et une démarche harmonisée d'accès et de référence : formulaire de référence, formulaire d'analyse des besoins, grille de priorisation. »

Lors de nos visites, il nous a été mentionné un besoin d'harmoniser les outils et les procédures utilisés par l'équipe du GAP, permettant ainsi d'assurer une continuité et une cohérence dans le traitement des demandes des usagers, en évitant les disparités ou les confusions potentielles entre les interprétations et décisions prises par les différents professionnels. Le *Cadre de référence accès - GAP* (MSSS, 2021) encourage l'élaboration d'algorithmes d'évaluation et d'orientation des demandes afin d'assurer un filtrage pertinent et adéquat des demandes et diriger les usagers vers la ressource la plus appropriée selon leurs conditions cliniques. Pour garantir une intégration optimale, il est recommandé que ces outils soient développés en partenariat avec les autres guichets de l'établissement.

Lors des visites, une grande disparité a été observée en lien avec les outils utilisés. Plusieurs établissements mettent à la disposition de leur personnel administratif et infirmier des outils d'évaluation, de priorisation et d'orientation des demandes. À noter que, dû au déploiement récent et rapide des GAP, la plupart des outils étaient toujours en cours de développement ou d'amélioration continue, voire dans certains cas inexistantes, au moment des visites.

Au niveau des outils utilisés par les AA, la quasi-totalité des établissements ont produit des outils comportant des raisons d'appels qui permettent à l'AA de traiter entièrement certaines demandes, sans qu'une évaluation clinique ne soit réalisée par le personnel infirmier. Il est à noter que l'utilisation des outils peut être variable par les agentes administratives dans un même établissement. Voici le portrait de ces raisons d'appel :

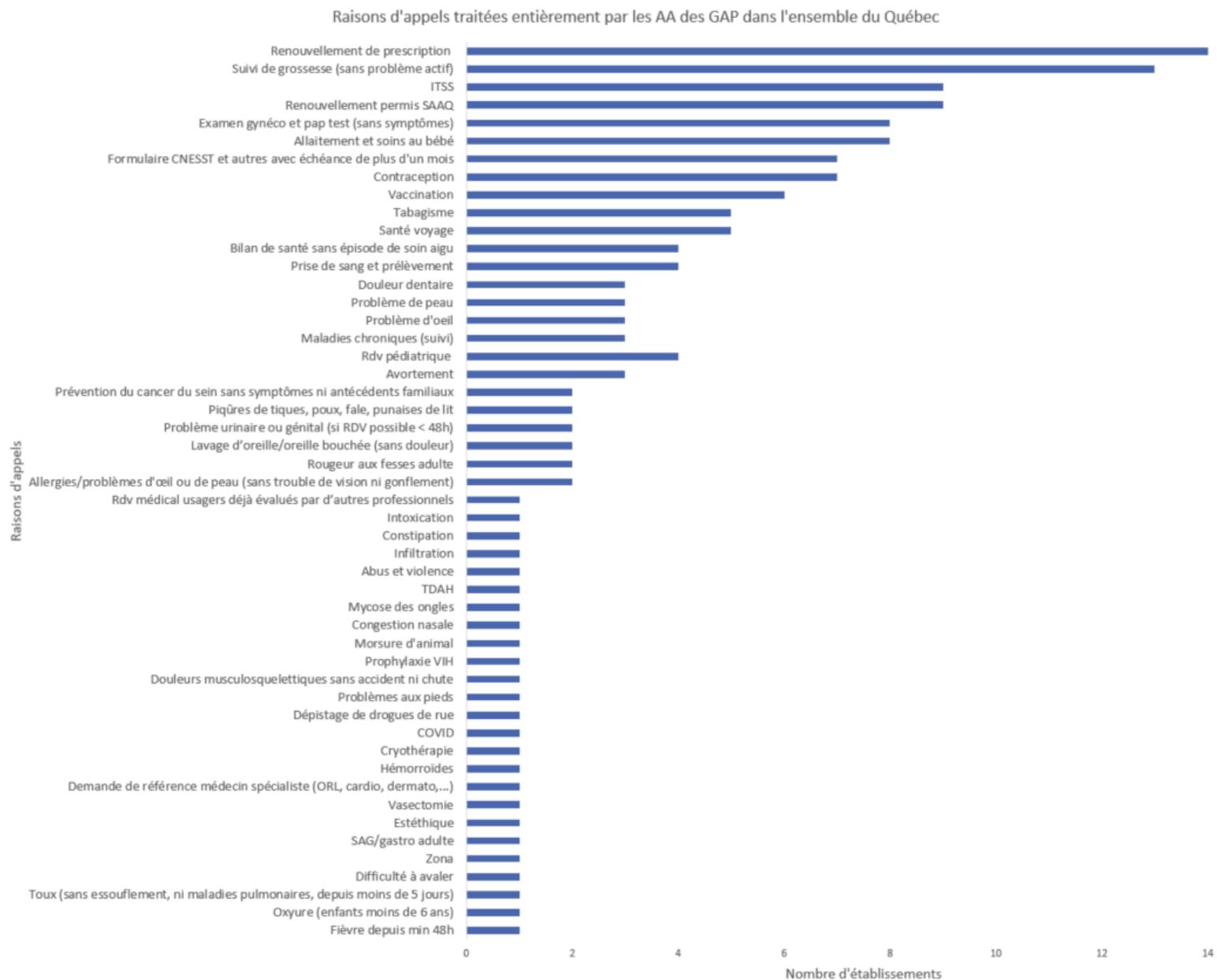


Figure 12 : Raisons d'appels traitées entièrement par les AA des GAP dans l'ensemble du Québec

Source : Équipe tactique mandat national tournée des GAP (2023), selon les informations partagées par les établissements lors des visites

Dans certains établissements, les processus en place mènent les AA à prioriser les demandes transférées aux infirmières. Dans la plupart des cas, des outils ont été développés localement pour les guider. Dans quelques établissements, des employés ont soulevé un inconfort quant aux connaissances et compétences requises de la part des AA pour l'utilisation de ce type d'outils. Notamment, pour ceux qui requièrent une évaluation de symptômes des usagers ou d'autres conditions cliniques. Malgré l'utilisation des algorithmes décisionnels par l'AA, la détermination du niveau de priorisation des cas n'était pas claire pour plusieurs des employés interrogés. L'AA se retrouve dans certains cas à dépasser son champ de pratique faute de description de son rôle et des tâches validées par les ordres professionnels.

Hormis un établissement qui utilise le GAP numérique (portail citoyen), tous les outils d'orientation pour les agents administratifs sont développés par les établissements selon les services répertoriés par l'équipe des GAP. Quelques établissements utilisent des algorithmes avec des mots-clés pour guider l'AA, notamment dans l'outil *Microsoft Forms*. L'un d'eux a développé l'outil interactif Virtual Agent, qui intègre une composante d'intelligence artificielle afin d'aider les agentes administratives à traiter les appels et à éliminer les urgences. Bien que cet outil soit convivial, il a été rapporté que les orientations proposées pour un même usager pouvaient différer d'un AA à l'autre selon l'utilisation qu'ils en font et leur niveau de formation.

Au niveau des infirmières, de façon générale, un ensemble d'outils sont utilisés pour réaliser l'évaluation des usagers selon les besoins et cas cliniques, parfois de façon non uniformisée au sein d'une même équipe. Citons principalement :

- Des outils développés par les établissements, souvent basés sur les systèmes affectés, les raisons de consultation les plus fréquentes et la méthodologie PQRSTU;
- Les protocoles d'Info-Santé;
- Les outils de l'INESSS;
- Le manuel Merck pour les professionnels;
- Les algorithmes de l'ABCPQ;
- Des questionnaires validés (exemple : PHQ-9 pour les symptômes dépressifs, GAD-7 pour l'anxiété) qui sont utilisés pour compléter l'évaluation et joints à la note de l'infirmière.

La démarche d'évaluation clinique n'est pas harmonisée au sein des GAP. Le jugement clinique ainsi que l'expérience professionnelle du personnel infirmier ont été soulevés comme étant des éléments clés de l'évaluation des besoins des usagers. Il est également rapporté que dans le but d'être rapide, efficace et d'éviter des pertes de temps lors de l'appel des usagers, les outils devraient être basés sur des gabarits de notes harmonisés qui intègrent une structure d'évaluation avec champs à compléter, du texte cliquable préformaté selon la raison d'appel, permettant d'aller à l'essentiel et d'accélérer la saisie des informations pertinentes.

Quelques établissements ont développé des outils de priorisation pour les infirmières afin de déterminer le délai de consultation requis en fonction du portrait clinique de l'utilisateur. D'autres utilisent les barèmes des protocoles d'Info-Santé. Certains n'ont pas de lignes directrices, ce qui crée de l'insécurité de la part des cliniciens. L'ensemble des établissements ont nommé le souhait que les critères de priorisation soient uniformisés pour le personnel infirmier des GAP afin d'assurer une cohérence des pratiques entre les territoires. Dans une vision plus large, pour un même souci de santé, le niveau de priorité attribué à l'utilisateur varie en fonction des différentes portes d'entrée aux services de première ligne, par exemple, Info-Santé, le triage à l'urgence ou le 911.

Pour ce qui est des protocoles d'Info-Santé, ils sont utilisés de façon divergente, dans certains cas uniquement pour la dispensation d'autosoins, dans d'autres cas pour l'évaluation et/ou la priorisation de l'urgence du besoin également. Parfois, il s'agit du document de référence principal, parfois en complément à d'autres outils. Il a été constaté que la formation dispensée pour l'utilisation de ces protocoles est aussi variable, parfois inexistante. Certains employés rapportent ne pas maîtriser leur utilisation.

Par ailleurs, l'utilisation de répertoires de ressources pour orienter les usagers est également disparate dans les établissements. Le bottin du RRSS est très peu utilisé par les équipes du GAP, celui-ci étant jugé peu convivial et contenant des informations désuètes. Quelques établissements ont développé un bottin des ressources complet pour leur territoire ou ont intégré les coordonnées des ressources dans leurs outils d'orientation. Dans tous les cas, la mise à jour des informations est un défi étant donné l'évolution constante des services disponibles.

Bien que la majorité des établissements aient été proactifs à développer et rendre disponibles des outils de travail pour les équipes du GAP, il a été rapporté que la mise à jour, la diffusion ainsi que l'appropriation des outils par les équipes restent un enjeu. Plusieurs établissements les ont regroupés dans un document informatisé de la suite Microsoft 365. Les employés expriment tout de même la difficulté d'accéder à l'information recherchée rapidement. Il s'agit d'un enjeu non négligeable qui peut allonger la durée de traitement de l'appel et nuire à l'efficacité de l'équipe. Un fort consensus se dégage à l'effet que les outils soient regroupés dans une seule plateforme permettant à la fois d'évaluer la situation, de prioriser le besoin et de fournir des conseils d'autosoins, tout en ayant la possibilité d'y effectuer des recherches par mots-clés pour accélérer la démarche.

Les outils, les pratiques, les critères de priorisation ainsi que les raisons d'appels traitées par les AA, pour ceux en ayant établi, ont été, pour peu d'établissements, validés par les personnes désignées par la DSP et la DSI. La plupart des équipes qui n'ont pas accès au support d'une conseillère en soins le demandent. La pratique infirmière et les documents de référence n'étant pas uniformisés, des orientations divergentes peuvent être données aux usagers pour une même situation clinique. Un besoin de standardisation dans le développement, la connaissance et l'utilisation des outils a été soulevé lors des visites.

2.1.5 Traçabilité, rétroaction et partage d'informations cliniques

Selon le *Cadre de référence des services de proximité* (MSSS, 2023b), afin de garantir la continuité des soins, il est important d'assurer la coordination et le partage des informations collectées entre les intervenants. Cette continuité informationnelle dépend de la capacité à collecter, de façon harmonisée, les données clinico-administratives, les évaluations cliniques et toutes les données cliniques pertinentes, de les rendre disponibles dans un format facile d'utilisation et de faciliter leur accès pour les intervenants et professionnels. Cela favorise une réponse adaptée au contexte des usagers et assure un lien de confiance avec eux.

Le partage d'informations cliniques entre l'équipe du GAP, Info-Santé, Info-Social, Services Québec, les services professionnels transitoires, les cliniques médicales, les médecins spécialistes et le milieu hospitalier a été nommé comme un enjeu majeur. L'utilisateur se voit donc contraint à répéter les mêmes informations à plusieurs intervenants, et ce, à toutes les étapes du traitement de sa demande, ce qui représente un défi, particulièrement pour la population vulnérable. Les professionnels des GAP ont manifesté une préoccupation quant à une possible duplication des tâches effectuées de la part des différents intervenants, puisqu'ils ne sont pas en mesure d'avoir accès à ces informations.

Pour pallier cette absence d'interopérabilité, la note clinique de l'infirmière du GAP est acheminée aux cliniques médicales pour chaque consultation dans la majorité des GAP. Les principaux modes de transferts de notes utilisés sont le fax téléphonique, le fax web, le fax infonuagique ou le courriel.

Les médecins relèvent le fait qu'ils n'ont pas accès aux notes médicales antérieures, si l'utilisateur est orienté vers une clinique n'ayant pas le même DMÉ, et que le transfert d'informations est un enjeu particulièrement pour les usagers inscrits en groupe qui consultent initialement dans une autre clinique que celle qui leur a été attribuée et qui nécessitent un suivi. Des initiatives régionales sont en cours pour optimiser le transfert de ces informations.

Certains intervenants des GAP et des cliniques professionnelles transitoires nous ont mentionné qu'ils ont l'impression de travailler "à l'aveugle" lors de l'évaluation clinique ou du suivi puisqu'ils n'ont pas toujours accès aux dossiers cliniques des usagers ou des notes des autres professionnels qui ont été impliqués au dossier.

Par ailleurs, peu d'établissements sont en mesure de faire le suivi des orientations des usagers par le GAP, bien que plusieurs d'entre eux affirment souhaiter cette traçabilité. Lorsque les usagers sont référés ou orientés vers d'autres services intra ou extraétablissement, il est impossible pour la majorité des GAP de s'assurer que les usagers ont eu le service requis. À l'exception de quelques établissements qui ont mis en place des mécanismes de communication pour le partage d'information entre les programmes et services cliniques dispensés à l'intérieur de l'établissement, il y en a très peu qui ont mis en place un mécanisme de rétroaction afin d'assurer la traçabilité des usagers. À notre connaissance, aucun établissement n'a mis en place de mécanismes formels permettant la traçabilité ou la rétroaction avec des partenaires externes à l'établissement.

Bien que des faux-bonds (*no show*) aux rendez-vous médicaux aient été observés, il a été également constaté qu'il est difficile de déterminer s'il s'agit réellement d'un *no show* ou d'une incapacité de l'utilisateur à annuler son rendez-vous via RVSQ ou par contact direct avec la clinique. En l'absence de politique organisationnelle pour la

gestion des faux-bonds de la part des usagers, aucun mécanisme de suivi formel n'a été mis en place dans les GAP. Des interventions individualisées sont toutefois réalisées dans certains GAP lorsqu'une clinique soulève un enjeu d'absentéisme répété pour un usager. Compte tenu de cette situation, les établissements se demandent si la politique de gestion des faux-bonds relève du GAP, des cliniques médicales, de l'établissement ou du MSSS.

2.1.6 Orientations et évaluation de la pertinence

Le *Cadre de référence accès - GAP* (MSSS, 2021) souligne l'importance cruciale de la gestion de la pertinence de la consommation des services comme étant une condition essentielle à la réussite du GAP. Dans un contexte où les ressources disponibles sont limitées, il devient primordial de s'assurer que chaque prestation de services est adéquate et adaptée aux besoins spécifiques de l'utilisateur. Durant nos visites, les participants ont nommé que la valeur ajoutée la plus significative du GAP réside dans le tri de pertinence qu'il effectue.

Parmi les éléments affectant la pertinence, les plus souvent mentionnés par les établissements figurent : l'accès limité aux différents professionnels de la santé, les services payants pour certains services offerts par les prestataires privés, l'absence de trajectoire formalisée, la méconnaissance des champs de pratique professionnelle et la nécessité de devoir recourir au médecin pour une référence vers un autre professionnel ou un médecin spécialiste, pour faire remplir un formulaire (SAAQ, CNESST, etc.), pour fournir un billet médical aux écoles et aux employeurs ou encore pour des prescriptions à des fins d'assurances (ex. massothérapie, physiothérapie, etc.), entre autres. Également, la gestion du risque en lien avec une évaluation clinique d'un usager avec des outils non validés ou sans formation spécifique, se traduit souvent par une orientation de l'utilisateur vers un rendez-vous médical. D'ailleurs, il a été fréquemment mentionné lors des visites que l'orientation vers un médecin de famille dans un délai rapide rassure l'équipe du GAP, AA et infirmière, et diminue le sentiment d'inconfort mentionné et associé à la gestion du risque d'une évaluation téléphonique d'un souci de santé.

Il a été rapporté par les participants qu'il y a une grande attente de la part des usagers d'avoir accès aux médecins directement, exacerbés par la lourdeur du processus d'accès au GAP et les délais d'attente. Certains d'entre eux croient que seul le médecin peut répondre adéquatement à leurs besoins de santé et ne veulent pas être dirigés vers d'autres professionnels. Cela amène souvent à de l'impolitesse et de l'incivilité de certains usagers.

Suite aux échanges que nous avons eus avec les personnes rencontrées dans le cadre de nos visites, les points de vue diffèrent en fonction de la perspective des intervenants. Le médecin de famille, qui est très polyvalent, peut répondre à la grande majorité des besoins de santé et donc percevoir un niveau de pertinence élevé quant aux références qu'il reçoit, particulièrement dans un contexte où l'accès aux professionnels de la santé est limité. Il est souhaitable d'analyser la pertinence dans le cadre de travaux qui impliquent des médecins et autres professionnels de façon à mettre en évidence la réponse la plus adaptée au besoin de l'utilisateur.

Lors des visites, nous avons constaté dans plusieurs établissements la présence d'un mécanisme de rétroaction sur la pertinence des consultations médicales. Peu d'établissements ont mis en place un mécanisme de rétroaction formel avec les médecins, comme par exemple, un formulaire permettant de relever systématiquement les consultations jugées non pertinentes. Les enjeux de pertinence sont tout de même relevés de façon informelle, car ils constituent un point de discussion entre le GAP et les GMF. Selon les différents témoignages des représentants médicaux, mis à part quelques exceptions, la grande majorité des médecins affirme que l'évaluation clinique par l'équipe du GAP a permis une nette amélioration de la pertinence des consultations médicales. D'ailleurs, plusieurs représentants médicaux ont affirmé le souhait que ce tri de pertinence soit appliqué pour toute la population, incluant les usagers inscrits à un médecin de famille. Cela dit, dans les régions où il y a une grande disponibilité des plages de rendez-vous médicaux, une diminution de la pertinence des consultations est observée. Nous avons aussi constaté qu'aucun établissement n'a établi de mécanisme d'évaluation de la pertinence des orientations vers d'autres professionnels de la santé et vers les programmes-services de l'établissement.

Un processus d'amélioration continu, incluant une analyse de pertinence des références, permettrait d'objectiver ce constat et d'orienter la formation, le soutien et le développement d'outils pour supporter les infirmières dans leur évaluation clinique.

La paramédecine de régulation et la réorientation des usagers de l'urgence n'ont pas fait l'objet d'une évaluation détaillée dans le cadre des visites. La paramédecine de régulation était dans la majorité des établissements en phase de démarrage. Plusieurs établissements nous ont partagé leurs préoccupations relativement à la capacité de leur GAP à élargir leurs activités, notamment en raison de la faible disponibilité du personnel. L'information

recueillie est présentée en annexe 6 pour la paramédecine de régulation et en annexe 7 pour la réorientation des usagers de l'urgence.

Quelques pratiques à souligner ont été observées lors des visites au niveau de l'axe d'évaluation processus.

Processus | Pratiques à souligner observées

- ✓ L'établissement a mis en place un accès intégré harmonisé, ce qui facilite la référence vers les services de l'établissement.
- ✓ La création du formulaire de référence unique vers le GAP, disponible sur l'intranet, permettant l'envoi des références par les professionnels de la santé de l'établissement ainsi que par les partenaires et les médecins spécialistes.
- ✓ En mode différé, les AA donnent un rendez-vous à l'utilisateur pour parler avec l'infirmière, ce qui permet d'éviter les multiples tentatives de rappels.
- ✓ Les interventions directes d'une pharmacienne de l'équipe du GAP auprès des pharmacies communautaires facilitent l'accès aux services pharmaceutiques conformément au champ de pratique des pharmaciens.
- ✓ Un établissement a regroupé dans un même document informatisé de la suite Microsoft 365 les outils utilisés par l'équipe du GAP.

Processus | Recommandations

Au MSSS

10. Revoir, dans le cadre d'une vision intégrée, le mandat et les modalités d'accès des différentes options du 811 et des autres aux instances qui interagissent dans le processus d'accès aux services médicaux et professionnels de première ligne, par voie téléphonique ou numérique, considérant :
 - L'utilisation optimale des ressources.
 - Une porte d'entrée unique, disponible 24/7, sans égard au statut des usagers, pour tout besoin de santé qui ne nécessite pas un transport ambulancier intégrant l'ensemble des activités d'évaluation, de priorisation et d'orientation jusqu'à la prise de rendez-vous avec le bon professionnel.
 - Un parcours simplifié pour accéder à l'évaluation clinique réalisée par l'infirmière.
 - Assurer la continuité informationnelle entre les différents intervenants.
11. Dans la mesure où le ministère maintient une trajectoire d'accès spécifique aux usagers sans médecin de famille, s'assurer de :
 - Diriger, à l'intérieur des heures d'ouverture, les usagers sans médecin de famille vers la trajectoire du GAP (811 option 3).
 - Préciser, en dehors des heures d'ouverture des GAP, les modalités pour accéder aux différentes offres de services médicaux et professionnels.
 - Limiter le nombre de contacts pour accéder à l'évaluation du besoin de santé par l'infirmière du GAP lorsque requis
 - Éviter le dédoublement des activités de même nature entre Services Québec, Info-Santé, Info-Social, le centre de contact intégré (CCI) de Montréal, le plateau d'orientation de la Montérégie, la centrale d'appels première ligne (CAP) en Estrie et le GAP.
 - Harmoniser les pratiques et les outils d'évaluation, de priorisation et d'orientation entre les GAP et l'ensemble des activités du 811.
 - Assurer la disponibilité de l'information de l'utilisateur d'un intervenant à l'autre afin d'éviter la redondance et favoriser l'accès à l'information pertinente, au bon moment, par l'ensemble des intervenants impliqués dans la trajectoire.
 - Poursuivre les travaux de la voie numérique (GAP numérique) et assurer la cohérence avec les recommandations ci-haut.
12. Préciser les conduites à tenir par les intervenants lorsqu'à l'intérieur de l'offre de services établie, le rendez-vous n'est pas disponible au moment opportun.

13. Mandater un groupe d'experts pour élaborer et tenir à jour les outils harmonisés utilisés par l'utilisateur et les intervenants pour l'évaluation, la priorisation et l'orientation aux services médicaux et professionnels des différentes portes d'entrée qui donnent accès aux services de première ligne, visant l'harmonisation: !

- Des modes de fonctionnement des GAP appropriés considérant les multiples besoins de santé exprimés par les usagers;
- Des rôles et responsabilités qui peuvent être confiés aux différents intervenants considérant les champs de pratique professionnelle.

14. Maintenir la voie téléphonique pour les usagers qui privilégient cette voie ou qui ne peuvent pas utiliser le format électronique.

15. Soutenir le développement technologique pour favoriser l'intégration du GAP/GACO.

Aux établissements et au MSSS

16. Intégrer les activités du GAP et du GACO pour assurer une efficacité de l'utilisation des ressources, une continuité des soins et un partage d'informations.

17. Harmoniser les critères d'accès aux services médicaux et professionnels avec les différents prestataires de services de façon à éviter une réponse aux besoins inadéquate et un retour en arrière pour l'utilisateur. !

18. Assurer un mécanisme de rétroaction qui confirme l'accès au service lors d'une référence.

Au MSSS/FMOQ/Établissements

19. Optimiser et harmoniser le type et le niveau d'informations à transmettre aux médecins et aux professionnels de la santé

Aux établissements

➤ Poursuivre l'application des pistes d'amélioration soumise dans le cadre de la visite.

3. Présentation des résultats selon l'axe de l'offre de services

3.1 Constats en lien avec la situation des GAP au moment des visites

Le *Cadre de référence accès - GAP* (MSSS, 2021) indique qu'une offre de services médicaux et professionnels suffisante et accessible par l'entremise des GAP est requise pour répondre aux besoins de santé chronique ou complexe des personnes sans médecin de famille, de même qu'à leurs besoins de consultations médicales ponctuelles. L'évaluation clinique réalisée par le personnel infirmier des GAP permet de cerner la nature du besoin et d'identifier les services pertinents qui, dans plusieurs situations, sont disponibles dans le réseau local de services.

L'accès aux services de première ligne via les GMF s'est accéléré au cours des dernières années, particulièrement avec le transfert massif de professionnels des CISSS\CIUSSS vers les GMF. Cette intention tout à fait louable de développer dans les GMF une offre de services multidisciplinaires a fait en sorte de rendre disponible une partie de cette offre de services professionnels aux usagers inscrits à un médecin de famille, ayant comme effet d'accentuer l'écart en ce qui a trait de l'accès entre la population inscrite à un médecin de famille et celle non inscrite. En effet, le GAP vise à offrir des alternatives de soins et services de santé comparables à ceux auxquels ont accès les personnes ayant un médecin de famille.

Le *Cadre de référence accès - GAP* (MSSS, 2021) précise que les établissements peuvent mettre en place des services professionnels transitoires (SPT) pour répondre aux besoins de santé complexes ou chroniques des usagers qui nécessitent une prise en charge par une équipe multidisciplinaire, faute d'accès à une clinique GMF, et ce en attendant la prise en charge de l'usager par un médecin de famille et les professionnels rattachés à sa clinique GMF. En ce qui a trait aux consultations médicales, les établissements, les DRMG et les cliniques médicales par territoire sont conviés à collaborer pour développer une offre de services médicaux visant à répondre aux besoins ponctuels des personnes.

Nous aborderons dans la prochaine section les constats de nos visites dans les différents GAP, en lien avec les sept sous-axes du modèle d'évaluation que nous avons utilisés.

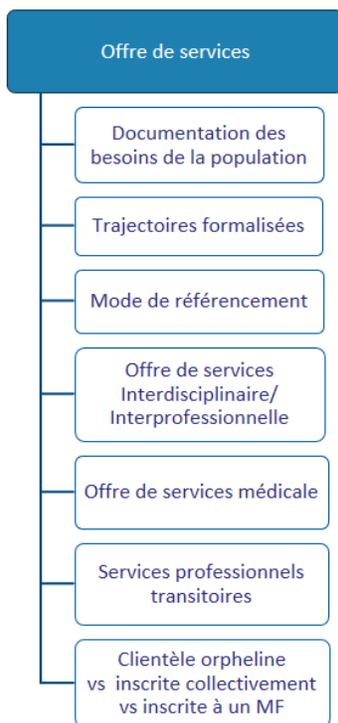


Figure 13 : Axes d'évaluation de la performance – Offre de services

3.1.1 Documentation des besoins de la population

Selon le *Cadre de référence des services de proximité* (MSSS, 2023b), si l'on souhaite adapter l'offre de services aux différentes régions du Québec et conséquemment aux besoins de la population, les profils épidémiologiques des populations régionales doivent être connus. La documentation et la connaissance des profils de la population ainsi que de ses besoins guident les prises de décisions (en fonction des échelles locales, régionales et provinciales) les plus pertinentes pour garantir l'adaptation des soins et des services aux besoins. Celles-ci sont des atouts précieux lorsqu'il est temps d'organiser l'accès adapté à une offre de services médicaux et professionnels. Dans le cas des GAP, une grande partie du profil et des besoins de santé de la population est connue puisqu'elle est enregistrée au GAMF et ceux-ci possèdent le profil de leur état de santé dans le système de la RAMQ, ce qui n'est pas le cas des usagers non enregistrés au GAMF. D'ailleurs, plusieurs participants rencontrés ont nommé le besoin d'avoir un portrait plus précis des besoins de santé des usagers GAP, du nombre de consultations, des principales raisons de consultations, ainsi que des orientations effectuées.

Peu d'établissements ont procédé à une analyse des besoins de la population orpheline, enregistrée ou non au GAMF, préalablement à la mise en place de leur GAP et au développement de trajectoires de services afin d'être en adéquation avec les besoins de la population. Soulignons que l'agilité des systèmes d'information ne facilite pas la tâche et que les établissements doivent déployer beaucoup d'efforts pour obtenir une information de qualité.

Après quelques mois d'opération, les GAP ont maintenant une source intéressante d'information sur les motifs de consultation de la population visée via leur base de données du GAP, bien que l'extraction et l'utilisation de celle-ci demeure un défi. Certains établissements analysent et exploitent ces données pour orienter leurs travaux sur les services et les trajectoires à développer. Pour d'autres, les données sont collectées, mais non analysées ou tout simplement pas disponibles. De façon générale, ces données mériteraient d'être partagées et analysées par toutes les directions cliniques de façon à créer une synergie des actions souhaitées permettant de consolider et de développer une offre de services intégrée. Finalement, l'analyse des motifs de consultation et des soucis de santé exprimés par la population fait ressortir l'envergure de certains besoins et les limites de l'accès à certains services. Ces besoins seront abordés plus loin dans ce document.

Bien qu'il fallût s'y attendre, après une certaine période de fonctionnement, les établissements ont vite constaté les conséquences dues au fait qu'une grande proportion de la clientèle GAP n'a pas consulté un médecin de famille ou un professionnel depuis longtemps. Ces usagers présentent des problèmes de santé multiples et complexes qu'ils ont accumulés au fil du temps, qui nécessitent plusieurs consultations, souvent plus longues, avec des suivis de plusieurs professionnels pour être en mesure de répondre à leurs besoins.

Par ailleurs, une partie de la population est difficile à rejoindre et nous avons peu d'information sur leur état de santé et leurs besoins. Il s'agit entre autres de la population immigrante, celle en situation d'itinérance ou ayant des problèmes de consommation, car souvent, ces personnes ne sont pas inscrites à la RAMQ. Le fonctionnement régulier des GAP ne favorise pas l'accès à ces populations vulnérables. Une connaissance approfondie de ces populations permettrait d'adapter le fonctionnement du GAP pour leur faciliter l'accès aux services. D'ailleurs, certains GAP y travaillent. Une collaboration est souhaitable avec les directions programmes-services, à l'intérieur desquels des trajectoires sont existantes, particulièrement pour les besoins particuliers de ces clientèles vulnérables.

3.1.2 Accès aux services professionnels multidisciplinaires

Il est indéniable que l'accès aux services professionnels pour la population sans médecin de famille s'est amélioré depuis la mise en place des GAP. Or, il y a encore place à l'amélioration si l'on veut réellement atteindre les objectifs poursuivis de pertinence où l'on souhaite une réduction des visites médicales, lorsqu'indiqué, afin d'orienter l'utilisateur vers un service rendu par le bon professionnel au moment opportun. L'analyse du fonctionnement des GAP a mis en évidence plusieurs facteurs qui freinent l'accès aux services professionnels. Les principaux facteurs sont l'insuffisance de l'offre de services professionnels, les mécanismes d'accès à ces services ainsi que l'utilisation sous optimale des compétences des professionnels et de l'exercice de leur champ de pratique professionnelle.

Dans chacune des régions, nous observons une variabilité du type de services professionnels de première ligne offert par les différents prestataires du réseau public, communautaire ou privé. Toutefois, il a été constaté que le manque d'offre de services professionnels de première ligne demeure le facteur contribuant le plus largement aux orientations non pertinentes vers le médecin. À travers la province, les participants mentionnent que les références et les orientations ne sont pas dirigées selon les critères de priorités vers le bon professionnel, au bon endroit, en raison des délais d'attente élevés ou des conditions d'accès. Qui plus est, l'accès adapté à un service professionnel requiert la disponibilité du service au bon moment, ce qui n'est pas possible dans bien des cas. La plupart des services professionnels sont accessibles par rendez-vous ou via une liste d'attente avec des délais qui peuvent atteindre plusieurs mois, et ce, autant dans le secteur public, communautaire, que privé. De plus, certains services professionnels ne sont pas ou sont très peu disponibles dans les établissements publics du réseau de santé et de services sociaux. Bien que certains services dispensés par les prestataires privés de services soient sans frais, puisque couverts par la RAMQ, d'autres occasionnent des frais à l'utilisation pour l'utilisateur, ce qui représente un frein important d'accès et une sous-utilisation de certains professionnels. À noter que cette situation peut être similaire à toute la population, qu'elle soit inscrite ou non à un médecin de famille.

La consultation médicale demeure l'option la plus accessible aux usagers pour répondre à la majorité des besoins de santé. Pour l'infirmière du GAP, l'offre médicale reste aussi l'option la plus accessible pour donner un rendez-vous à un usager, car peu de plages horaires sont disponibles pour orienter les usagers vers d'autres professionnels. Celle-ci peut orienter vers un autre professionnel, à travers un mécanisme de référencement interne, ou en suggérant à l'utilisateur le type de professionnel sachant que l'utilisateur devra entreprendre les démarches lui-même pour se trouver un rendez-vous. Les orientations vers des plages médicales lorsque cela n'est pas requis affectent la capacité de l'offre médicale pour répondre aux besoins qui requièrent les compétences du médecin de famille tout en privant les usagers, dans bien des cas, d'une expertise mieux adaptée à leur situation.

Plusieurs intervenants relèvent le paradoxe selon lequel les GAP ont été créés pour améliorer l'accès aux services médicaux et professionnels sans pour autant que ce ne soit accompagné d'un rehaussement de l'offre de services professionnels.

Pour atteindre les objectifs visés par la mise en place des GAP, les intervenants de ces derniers doivent disposer d'une gamme de services multidisciplinaires variés, accessibles et disponibles pour l'utilisateur, en temps opportun. Pour être performante, l'équipe du GAP doit avoir une connaissance fine et à jour des différentes offres de services de sa région ainsi que de la façon d'y accéder.

Comme le mentionne le *Cadre de référence accès - GAP* (MSSS, 2021), la fonction de guichet d'accès à la première ligne doit s'intégrer avec les autres mécanismes d'accès en place dans la région, comme l'AAOR, le guichet d'accès en santé mentale, les accueils cliniques, les services Info-Santé et Info-Social, entre autres, afin d'offrir à la clientèle une trajectoire fluide, sans interruption, sans retour en arrière et sans doublons.

Ainsi, dans leur quête d'améliorer l'accès aux services déjà existants dans l'établissement, et leur performance relative aux résultats attendus, la plupart des GAP ont rapidement interagi avec les différents prestataires de services. L'objectif visé, d'une part, est d'établir et de renforcer les mécanismes d'accès et d'autre part, de bonifier l'offre de services au regard des besoins émergents de la population sans médecin de famille, particulièrement pour assurer l'accès à des services professionnels transitoires. Dans la mesure où cette offre de services n'existait pas déjà dans l'établissement, et afin de répondre aux besoins complexes et chroniques de santé de façon provisoire, certains GAP ont développé des services professionnels transitoires. Essentiellement ces services ont été développés pour assurer à la population sans médecin de famille une offre de services professionnels similaire à celle offerte généralement dans les GMF à la population inscrite, notamment en lien avec les besoins de santé complexes et chroniques.

Ces travaux ont, jusqu'à maintenant, mis à contribution principalement les directions programmes-services des établissements et les pharmacies communautaires. Dans certains cas, les mécanismes d'accès ont fait l'objet d'entente particulière ou de trajectoires entre le GAP et le prestataire de services, ce qui simplifie le travail du personnel des GAP et de ces prestataires. Ces travaux s'effectuent progressivement et très variablement d'un établissement à l'autre. Les GAP doivent établir des liens de collaboration étroits avec les prestataires de services et poursuivre avec intensité les travaux pour améliorer l'accès aux services professionnels et faciliter le parcours de l'utilisateur. Les directions programmes-services des établissements doivent être impliquées au premier chef puisqu'en plus d'offrir une large part des services professionnels requis, ces directions sont les pierres angulaires

du développement des services avec les prestataires externes à l'établissement. Il a été constaté dans quelques établissements la mise en place de trajectoires avec des mécanismes d'accès bien ficelés avec le GAP notamment en ce qui a trait au dépistage et au suivi des maladies chroniques ainsi que le traitement et le suivi des personnes présentant, entre autres, des besoins en santé mentale ou gériatriques.

Lorsque questionnés sur les trajectoires de services, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement, les constats sont variés au sein des établissements, tant sur le plan de la compréhension et de la définition d'une trajectoire que sur le nombre de trajectoires implantées dans l'établissement. Le développement de trajectoires de services est tout indiqué dans certaines circonstances, particulièrement face à des besoins de soins complexes et chroniques.

La mise en œuvre des trajectoires génère une formalisation des parcours des usagers et permet la définition de l'ensemble des interventions requises tout comme leur séquençage. Il s'agit d'une modalité d'intégration des soins et services fondée sur le travail interdisciplinaire et l'utilisation des données probantes dont l'objectif est d'améliorer la coordination et la communication entre les professionnels et les usagers. Le degré de standardisation des trajectoires est un continuum allant d'une formalisation souple des étapes, des pratiques cliniques et des modalités de coordination, à des stratégies prescriptives formalisant de façon très détaillée le cheminement de l'utilisateur (Thiebaut et al., 2020).

Les trajectoires mises en place les plus souvent mentionnées par les établissements sont celles qui relient le GAP aux services d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence (AAOR), aux services psychosociaux et de santé mentale, au soutien à domicile (SAD) et aux programmes de jeunesse. D'autres trajectoires ont été formalisées dans quelques établissements, notamment pour des usagers vulnérables qui éprouvent plus de difficultés à consulter un médecin, les personnes ayant une déficience intellectuelle ou avec un trouble du spectre de l'autisme. Selon les responsables de ces programmes rencontrés, le GAP est une grande valeur ajoutée pour l'utilisateur.

Certaines trajectoires prioritaires ont été identifiées par les établissements afin de répondre aux besoins de la population, de favoriser l'orientation vers le bon professionnel, d'optimiser la pertinence des références vers les médecins et d'améliorer le fonctionnement des GAP:

- Gériatrie;
- Pédiatrie;
- Nutrition;
- Troubles de santé mentale et de toxicomanie;
- Troubles musculosquelettiques;
- Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH);
- Maladies chroniques, dont la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).

En plus des services offerts par les différents prestataires de services et des trajectoires établies, quinze GAP ont entrepris de développer une offre de services professionnels transitoires intégrée ou contiguë à leur structure pour des prises en charge de santé complexes et chroniques. De surcroît, certains GAP ont élargi cette offre de services pour permettre un accès adapté auprès de professionnels en réponse à des besoins ponctuels de santé. Dans ce contexte, il a été constaté une très grande variabilité des services intégrés aux activités du GAP.

Quelques établissements ont créé une offre de services de proximité particulièrement là où il y a une insuffisance d'offre médicale et un établissement a développé une trajectoire avec une équipe interdisciplinaire dédiée en santé mentale. Les participants rencontrés ont soulevé quelques enjeux reliés à la mise en place de ces équipes. D'abord, plusieurs établissements ont indiqué qu'il est préférable de consolider l'offre de services en continuité des programmes et des trajectoires qui existent avec les prestataires de services actuels plutôt que créer en parallèle une offre de services intégrée au GAP. Certains établissements ont décidé d'y aller sur les deux fronts. Aussi, dans certains cas, l'offre de services développée autour des GAP au bénéfice des usagers sans médecin de famille est parfois supérieure à celle des usagers inscrits à un médecin de famille, ce qui soulève certains enjeux d'équité. Finalement, dans plusieurs établissements, cette offre de services s'est développée en silo sans arrimage avec les directions programmes-services créant une forme de compétition sur l'accès et la disponibilité du personnel. D'ailleurs, le manque de personnel a été évoqué comme un frein à la mise en œuvre de cette structure. Il n'en

demeure pas moins que cette offre de services développée spécifiquement pour les usagers sans médecin de famille nous apparait avoir contribué favorablement à l'accès aux services professionnels.

Les GAP doivent composer avec des critères de priorisation de l'accès aux services déjà existants, développés dans le cadre d'un accès universel sans distinction du statut de l'utilisateur. En contrepartie, il est d'intérêt pour un GAP qui veut améliorer sa performance, de développer lui-même une offre de services dédiée ou de convenir avec les prestataires de services d'une trajectoire qui permette un accès rapide à la population envers qui il a une responsabilité.

Après avoir évalué le besoin de soins requis, une partie du travail des intervenants des GAP consiste à agir à titre de courtier de services. Pour être efficaces, ils doivent avoir une connaissance fine des offres de services disponibles par tous les prestataires sur le territoire et être en mesure de faciliter leur accès à l'utilisateur. Ces services se retrouvent la plupart du temps à proximité de la personne dans son réseau local d'appartenance. Toutefois, les mécanismes en place pour accéder aux différents services sont très variables et peuvent influencer l'orientation et faire la différence sur le parcours et l'expérience de l'utilisateur. Lorsque l'évaluation du besoin de santé oriente l'utilisateur vers le médecin, un rendez-vous lui est octroyé directement par le GAP dans un délai qui correspond souvent à son besoin.

Malheureusement, la situation est bien différente pour accéder à un service professionnel. C'est plutôt l'inverse qui se produit. Les intervenants du GAP n'ont pas, dans la très grande majorité des cas, accès directement à un rendez-vous, au moment opportun, pour un service professionnel. Ainsi, le plus souvent, une orientation est donnée à l'utilisateur et celui-ci est invité à communiquer lui-même avec le prestataire de services son choix ou celui identifié spécifiquement par l'intervenant pour lequel il lui transmet les coordonnées. Lors de son intervention, l'intervenant est généralement incapable d'indiquer à l'utilisateur à quel moment il pourra accéder à ce service professionnel. Il a été rapporté par plusieurs intervenants le fait que l'utilisateur n'a pas réellement accédé aux services requis, qu'il a recherché une alternative plus rapide comme aller à l'urgence ou avoir dû rappeler au GAP et refaire le parcours.

Prenons l'exemple de l'accès à un physiothérapeute, une des situations les plus fréquemment répertoriées par les GAP. L'accès à ce professionnel dans le réseau public est limité, voire inexistant dans bien des RLS. L'intervenant du GAP dispose de peu d'options à proposer à l'utilisateur et encore moins la possibilité de lui attribuer un rendez-vous, que ce soit dans le réseau public ou privé. Dans ce cas, l'intervenant invite l'utilisateur à faire lui-même les démarches auprès d'une clinique de physiothérapie, particulièrement lorsque ce dernier a une assurance pour couvrir les frais. Autrement, l'intervenant donne un rendez-vous avec un médecin puisqu'il y a accès directement et qu'il a l'assurance que l'utilisateur aura une réponse à son besoin rapidement. Deux options sont alors possibles. Soit le médecin traite la demande et alors, l'utilisateur n'a pas accès à l'expertise la mieux adaptée à sa situation, soit le médecin fait une référence vers un physiothérapeute et donc, l'accès aux services professionnels requiert une étape supplémentaire pour l'utilisateur. À noter que nous n'avons aucune information sur l'issue réelle de consommation.

Il a été constaté dans quelques établissements que, selon des critères déterminés par les GAP, l'utilisateur n'ayant pas la capacité de faire ses propres démarches puisse être accompagné sur les différentes plateformes électroniques de prise de rendez-vous ou par téléphone, jusqu'au contact avec le prestataire de services. Parfois, l'intervenant du GAP effectue un référencement en communiquant au nom de l'utilisateur directement avec le prestataire de services soit verbalement, par courriel ou en utilisant un formulaire prévu à cet effet. Dans ce cas, c'est le prestataire de services qui rappelle l'utilisateur pour le suivi, dont l'octroi d'un rendez-vous. Il arrive que l'intervenant du GAP puisse donner à l'utilisateur un aperçu du délai de retour d'appel par le prestataire. Nous avons même observé dans certains cas une trajectoire complète avec une rétroaction à l'intervenant du GAP, confirmant la prise d'un rendez-vous et allant même jusqu'à un suivi clinique. Encore là, même si cette façon de faire s'inscrit la plupart du temps dans une entente de services ou dans une trajectoire bien définie, l'utilisateur n'a pas de garantie que le service requis sera offert dans le délai souhaité. Par ailleurs, l'utilisateur n'a pas à faire lui-même d'autres démarches, ce qui est facilitant pour un bon nombre de personnes. Aussi, bien qu'il n'ait pas de rendez-vous confirmé, l'utilisateur est rassuré à l'effet qu'une demande de services chemine.

Finalement, de façon peu fréquente, les intervenants au GAP ont accès en temps réel à des plages de rendez-vous réservées à la population sans médecin de famille pour certains professionnels. Cette option, très efficace et nécessaire à l'accès adapté au professionnel au moment opportun, est encore trop limitée. Quelques ententes avec les prestataires de service le permettent. Mais cet accès aux plages de rendez-vous a été observé

particulièrement lorsque les services sont intégrés aux GAP. D'abord parce que les services sont exclusifs aux usagers sans médecin de famille et puisque ces services sont intégrés au GAP, les outils de partage d'information et de prise de rendez-vous sont plus facilement partageable. D'ailleurs, le *Cadre de référence accès - GAP* (MSSS, 2021) mentionne que la mise sur pied d'un canal de référencement privilégié via un système de rendez-vous dédié aux partenaires du réseau telles que la plateforme RVSQ (accès réseau) est préconisée dans le cadre de ce projet.

Plusieurs usagers rencontrés ont aussi mentionné l'aspect rassurant d'avoir une orientation avec une date et une heure de rendez-vous au lieu d'être laissé à eux-mêmes en attente d'un retour d'appel. L'existence de mécanismes efficaces d'orientation, de prise de rendez-vous et de référence vers les services appropriés facilite le parcours de l'utilisateur, le sécurise sur la perspective de recevoir le service requis et évite que ce dernier ne recherche des alternatives comme aller à l'urgence ou frapper à d'autres portes d'accès du réseau et ainsi, multiplier les interventions inappropriées. La facilité créée pour accéder à un service ou à un professionnel peut faire une grande différence. Ceci est d'autant plus vrai lorsque l'utilisateur ne peut bénéficier d'un suivi longitudinal auprès de son médecin de famille en attente du service proposé par l'infirmière du GAP sachant que celui-ci s'adresse à un usager sans médecin de famille. Il a été constaté à plusieurs reprises que des usagers inscrits à un groupe de médecins de famille n'ont pas accès à leurs professionnels comme prévu, depuis avril 2023, dans l'entente n° 368. Plusieurs motifs sont évoqués pouvant expliquer cette situation, notamment le manque de personnel ou une mauvaise compréhension de l'orientation donnée. Par ailleurs, aucune des cliniques médicales n'offre un accès adapté directement à un professionnel pour la clientèle en provenance du GAP. À noter que les usagers inscrits à un groupe de médecins de famille peuvent contribuer au rehaussement des ressources humaines accordées au GMF concerné.

Actuellement, l'octroi d'un rendez-vous à un professionnel n'est pas exigé dans le cadre du traitement d'une demande qui doit être finalisée à l'intérieur d'un délai de 36 heures, et ce, contrairement à ce que l'on exige lorsqu'une consultation avec un médecin de famille fait l'objet de l'orientation par le GAP. Plusieurs participants questionnent cette distinction. Selon eux, l'accès adapté pour tout service médical ou professionnel devrait avoir le même traitement, ce qui aurait certainement un impact sur les résultats de pertinence et le parcours de l'utilisateur.

Les services professionnels pharmaceutiques occupent une part importante de l'offre de services de première ligne et l'accès à ces services présente des enjeux qui sont spécifiques à leur statut. La plupart des GAP ont amorcé des échanges de collaboration avec les pharmacies communautaires, qui ont mené à établir des mécanismes plus ou moins structurés, parfois avec un nombre limité de pharmacies. Il a été constaté dans certaines régions que le GAP a été en mesure d'établir un référencement via un formulaire prévu à cet effet, parfois bidirectionnel, avec les pharmacies participantes. Ce formulaire permet un échange d'information clinique fort précieux pour la dispensation de service. Par ailleurs, le principal enjeu relatif aux services pharmaceutiques communautaires concerne la disparité de la pratique professionnelle et de l'offre de service d'un pharmacien à l'autre. Ceci est rapporté par la très vaste majorité des intervenants de toutes les régions.

Pour une activité aussi répandue que le renouvellement d'une prescription, il est curieux de constater autant de conduites différentes quant à la capacité du pharmacien à le faire. Les pharmaciens rencontrés nous ont fait part de plusieurs variables qui expliquent cette situation. Les plus souvent mentionnées sont la disponibilité du personnel, pharmacien et technicien, la mise à jour des compétences professionnelles des pharmaciens et des techniciens conséquents à l'évolution récente du champ de pratique, la méconnaissance du champ de pratique des pharmaciens par les employés du GAP, la rémunération qui ne favorise pas la prestation de services professionnels et les contraintes liées à l'aménagement physique. Dans ce contexte, les établissements souhaitent avoir une meilleure connaissance des offres de services de chacune des pharmacies et questionnent la possibilité d'orienter l'utilisateur à une pharmacie qui affiche offrir le service requis. Toutefois, cette façon de faire, considérée comme du dirigisme par les pharmaciens, ne semble pas la voie à privilégier selon eux. On préfère que l'utilisateur soit référé à son pharmacien de famille dans tous les cas et que ce dernier réfère lui-même à un collègue lorsqu'il ne peut dispenser le service requis.

L'introduction d'un pharmacien dans l'équipe du GAP, ayant le rôle de développer une trajectoire entre le GAP et les pharmaciens communautaires et de favoriser leur implication dans les services offerts aux usagers sans médecin de famille, est retenue comme une pratique à souligner. La communication directe avec son collègue afin de l'informer, de collaborer et de le soutenir dans sa pratique permet souvent d'éviter une consultation médicale. En définitive, les pharmaciens communautaires pourraient davantage contribuer à répondre aux besoins de santé de la population autant par l'exercice optimal de leur champ de pratique que par une amélioration des mécanismes d'accès à leurs services.

Un facteur important qui a un impact majeur sur l'accès aux services médicaux et professionnels est toute la question de l'utilisation optimale des compétences des différents professionnels et l'occupation, par ces professionnels, de l'ensemble du champ de pratique qui leur est accordé par les lois, les règlements et les différents outils permettant la délégation d'actes professionnels.

Un des premiers obstacles constatés est la limite de l'exercice du champ professionnel par la sélection administrative des cas qui peuvent faire l'objet d'une orientation ou d'une référence de la part du GAP vers un professionnel. L'organisation du travail et la répartition des responsabilités entre les professionnels, dans un contexte de superposition des champs de pratique et de manque de personnel, nous sont aussi rapportées. Ceci fait en sorte que certains d'entre eux se voient restreints dans leur pratique ou confinés à certaines activités professionnelles moins complexes qui pourraient être exécutées par une autre catégorie de professionnels ou du personnel de soutien formé pour ce type d'activités.

La connaissance et la reconnaissance de l'étendue des différents champs de pratique, autant par la population que par les médecins et les professionnels sont un autre obstacle important à une orientation pertinente vers le bon professionnel. Cette situation est particulièrement due à l'évolution récente de champ de pratiques de plusieurs professionnels, notamment pour les IPSPL et les pharmaciens. En effet, plusieurs médecins et professionnels nous avouent ne pas être en mesure de bien cerner tout ce que peuvent faire les autres professionnels. Plusieurs des participants soulignent aussi la rigidité corporative qui contribue à limiter les partages des champs de pratique professionnels. Les modalités de rémunération des médecins et des professionnels sont aussi des facteurs cités à de nombreuses fois comme étant un frein important à l'utilisation pertinente des professionnels.

Plusieurs participants, autant de médecins que de professionnels, nous ont dénoncé le fait que l'utilisateur doit passer par un médecin pour avoir accès à un autre professionnel, ce qui génère des consultations inutiles et qui occasionne une étape supplémentaire dans le parcours de l'utilisateur.

Malheureusement, il arrive que les professionnels restreignent eux-mêmes leurs pratiques. C'est le cas pour un certain nombre de pharmaciens communautaire, mais c'est aussi le cas pour bien d'autres professionnels et médecins. Certains motifs évoqués par ceux-ci sont compréhensibles, notamment le manque de personnel ou la mise à jour des compétences en lien avec l'évolution rapide de leur champ de pratique. D'autres soulèvent des questionnements, lorsque l'on évoque la lourdeur clinique de certains cas ainsi que les enjeux de rémunération et de rentabilité de certains services à dispenser.

Une autre façon d'optimiser la contribution des différents professionnels est par l'utilisation d'outils qui permettent une délégation de certains actes professionnels. Il y a un large consensus que les outils sont nettement sous-utilisés, particulièrement les ordonnances collectives. L'utilisation qui en est faite est beaucoup trop restreinte. Deux raisons expliquent en partie cette situation. En plus des éléments mentionnés auparavant, on peut ajouter la lourdeur administrative et relative à l'élaboration, l'adoption et l'application de celles-ci. De plus il avait été annoncé dès la mise en place des GAP que des travaux étaient en cours avec l'INESSS afin de développer des ordonnances collectives nationales de façon à faciliter les travaux et permettre une harmonisation des pratiques. Toutefois, lors de nos visites, les établissements étaient toujours en attente de ces ordonnances collectives.

Il a été constaté une très grande disparité dans les différents milieux du nombre et de la nature des ordonnances collectives. Dans plusieurs établissements les ordonnances collectives sont peu développées. Il faut souligner les initiatives de certains établissements qui ont malgré tout mis en application quelques ordonnances collectives afin de soutenir le fonctionnement du GAP comme pour améliorer l'accès aux services aux services professionnels. 36% des établissements ont développé des ordonnances collectives localement, les plus courantes étant le dépistage des maladies chroniques, du cancer colorectal et la cytologie.

Plusieurs des participants demandent à ce que le processus menant à l'adoption des ordonnances collectives soit fluide et rapide et que les règles de suivi de l'application de ces dernières soient assouplies. Aussi il a été constaté qu'il y a de la confusion sur l'application de ces ordonnances, notamment sur leur portée et les responsabilités des médecins répondants. D'ailleurs certains établissements ont agi malgré le flou persistant sur ces éléments. En plus de l'enrichissement des champs de pratique permettant d'accomplir des actes plus complexes, l'élargissement de leurs responsabilités, comme remplir certains formulaires, autoriser des arrêts de travail ou demander certains examens diagnostics sont régulièrement rapportés.

Au-delà des outils qui permettent de déléguer des actes professionnels, plusieurs souhaitent une accélération du développement par voie législative de leurs champs de pratiques professionnelles et ainsi avoir une pleine reconnaissance de leurs compétences.

Bien que les GAP étaient vus au départ comme une instance ayant pour mandat de recevoir les demandes de consultation médicale des personnes sans médecin de famille, on s'est vite rendu compte que les besoins exprimés par les usagers sont très variés et que plusieurs de ces besoins peuvent très bien être répondus par un autre professionnel qu'un médecin.

Cependant, comme déjà mentionnée, la mise en place des GAP met en évidence les difficultés d'accès aux différents services professionnels, et ce, malgré la panoplie des services offerts à la population et les efforts déployés pour améliorer leur accès. Comme nous le réalisons à travers ces constats et les commentaires des personnes rencontrées dans le cadre de nos visites, la facilité d'accéder à un service professionnel peut faire une grande différence sur les objectifs poursuivis de pertinence où l'on souhaite une réduction des visites dans les salles d'urgence et le recours au bon professionnel au moment opportun.

3.1.3 Offre médicale

Le *Cadre de référence accès - GAP* (MSSS, 2021) donne quelques indications relativement à l'accès aux services médicaux pour la population sans médecin de famille. D'abord il est attendu que la collaboration entre le DRMG, l'établissement et les cliniques médicales permette le développement d'une offre de services médicaux pour répondre aux besoins de santé ponctuels qui requièrent une consultation médicale avec un médecin de famille ou une IPSPL. Dans le contexte où les ressources sont limitées, l'offre développée doit reposer sur une évaluation la plus juste possible de la demande. En l'absence de données de référence, une stratégie pour estimer l'offre est proposée. De plus, quelques principes sont énoncés afin de dégager la capacité estimée, notamment le respect de l'autonomie et des modes de fonctionnement interne des cliniques médicales, l'implication de la relève médicale et des IPSPL ainsi que l'harmonisation avec les pratiques en accès adapté mises en place dans les milieux. La contribution demandée aux prestataires de services médicaux doit être dégagée à même la prestation de service régulière, sans pour autant sacrifier les services en place pour la population inscrite. Finalement, les cliniques médicales d'une même région doivent collectivement évaluer leur capacité à contribuer à l'offre de services médicaux ponctuels et chacune d'elle, convenir d'une entente avec le DRMG et l'établissement afin de déterminer le nombre de plages qu'elle rend disponible annuellement à la population sans médecin de famille. S'est ajoutée l'entente n° 368 entre le MSSS et la FMOQ (RAMQ, 2022), qui a généré plus de 500 000 inscriptions à un groupe de médecins de famille, donnant ainsi accès à un nombre équivalent de plages de rendez-vous annuellement.

La participation des médecins à rendre disponibles des plages de rendez-vous aux usagers sans médecin de famille est volontaire. Le *Cadre de référence accès - GAP* (MSSS, 2021) donne une seule indication relative à l'organisation de ces plages, soit que les GMF, à titre de partenaires importants du RLS, doivent participer de manière réelle et tangible à une trajectoire de services fluide et continue, au bénéfice de la population et ce, en collaboration avec l'établissement. Par ailleurs, l'entente n° 368 (RAMQ, 2022) prévoit qu'une plage de rendez-vous par année par usager inscrit en groupe soit répartie par trimestre, soit 0,25 plage par trimestre. Ces plages de rendez-vous devraient donc être distribuées par trimestre et doivent être communiquées au GAP par l'orchestrateur. Les médecins rencontrent leurs obligations que les plages soient utilisées ou non par le GAP. Mentionnons que, découlant de cette entente, il a été convenu que les professionnels des cliniques médicales devaient être mis à contribution pour les usagers inscrits en groupe pour les suivis professionnels requis.

Il est indéniable que l'arrivée des GAP, associée à la lettre d'entente no 368 (RAMQ, 2022), et la mobilisation des médecins de famille permettent un accès aux consultations médicales d'une grande ampleur dédiée à la population sans médecin de famille, où l'offre de rendez-vous est même abondante dans quelques territoires. Plusieurs des médecins rencontrés lors des visites nous ont mentionné avoir pris conscience de l'importance des besoins de la population sans médecin de famille et constater les impacts occasionnés par les difficultés d'accès pendant une longue période pour cette population. D'ailleurs, il était envisagé au départ d'offrir une réponse à des besoins ponctuels de santé, avec un rendez-vous d'environ quinze minutes pour un problème de santé. Mais on s'est vite rendu compte que les besoins pour une grande partie des usagers sont complexes, souvent associés à une ou plusieurs conditions chroniques pour lesquelles il y a eu peu de suivi, voire aucun suivi et qui demandent maintenant plus de temps de consultation et un suivi sur plusieurs rencontres avec un médecin ou un professionnel.

Plusieurs médecins de famille interrogés ont relevé l'incompatibilité de la durée des plages de rendez-vous avec les besoins plus complexes de la clientèle sans médecin de famille, d'autant plus que le tri de pertinence effectué par les infirmières accentue cette réalité. Selon plusieurs d'entre eux, les quinze minutes allouées ne sont pas suffisantes étant donné la lourdeur et la complexité des cas reçus, tout comme le concept d'un rendez-vous pour un problème. Certains nous rappellent que c'est ce qui a été convenu et communiqué aux médecins dès le départ. Ceci dit, la plupart des médecins sont d'avis que cette approche ne convient pas dans bien des cas et ont ajusté leur offre de services et leur pratique en conséquence. Ainsi ces médecins nous disent prendre différentes dispositions, notamment ajuster le temps de rendez-vous ou prioriser un besoin pour la rencontre en cours et offrir d'autres plages pour aborder les autres besoins identifiés, et ce sans repasser par le GAP, ce qui apparaît être la bonne pratique. Malgré tout, il a été constaté que certains médecins maintenaient le concept d'un rendez-vous pour un problème dans le cadre d'une consultation brève.

Suite à nos observations et aux commentaires reçus lors de nos rencontres, plusieurs facteurs affectant le fonctionnement et la performance des GAP ainsi que la réponse aux besoins de l'utilisateur ont été constatés en rapport avec l'offre de services.

Un des premiers facteurs est l'adéquation entre l'offre de services médicaux et les besoins de la population sur chacun des territoires de RLS. En effet, nous avons constaté une grande disparité relativement à la quantité de rendez-vous disponibles en fonction de la population admissible au GAP d'une région à l'autre, voire d'un territoire à l'autre. Nous avons rencontré les trois cas de figure.

Dans un premier cas, le nombre de rendez-vous disponibles est insuffisant pour répondre adéquatement aux besoins de la population, ce qui peut occasionner une consultation tardive considérant l'orientation donnée ou bien l'utilisateur qui est insatisfait, poursuit ses démarches en parallèle pour obtenir l'accès à une consultation médicale, incluant le recours à l'urgence. Quelques établissements demandent à l'utilisateur de rappeler, souvent à de multiples reprises, et de refaire tout le parcours jusqu'à l'obtention d'un rendez-vous ou ils utilisent une liste d'attente à partir de laquelle les intervenants du GAP rappellent l'utilisateur lorsqu'un rendez-vous devient disponible, ce qui affecte aussi leur performance. Finalement, certaines situations laissent l'utilisateur sans réponse. Dans le deuxième cas, le nombre de rendez-vous est excédentaire au nombre requis. Bien que surprenant dans le contexte, ce n'est pas en soi une mauvaise nouvelle dans la mesure où l'on peut utiliser ces plages de façon pertinente, notamment grâce à la possibilité de basculer les plages de rendez-vous GAP vers d'autres besoins (CCI, réorientations provenant des urgences, etc.). Finalement, dans une grande proportion de RLS, le nombre de rendez-vous semble adéquat et permet, somme toute, à répondre aux besoins de la population sans trop d'écart.

On nous a rapporté à plusieurs reprises que, dans les régions où l'offre médicale est excédentaire, la facilité à octroyer des rendez-vous médicaux affectait le choix de l'orientation entre le médecin de famille et d'autres professionnels et certains devaient composer avec une pression visant à s'assurer de combler en priorité les plages médicales.

Malheureusement, il n'y a pas de données sur l'utilisation réelle des plages actuellement. Le bon équilibre demandera des ajustements en continu, notamment pour faire face à l'augmentation des besoins de la population liée au vieillissement, à l'utilisation des GAP, et probablement la plus importante variable, l'utilisation judicieuse des autres professionnels.

L'inclusion d'un filtre de pertinence et l'évaluation préalable par une infirmière sont parmi les variables qui ont suscité un intérêt positif de la part des médecins envers l'initiative du GAP. Néanmoins, les modalités de rémunération ont été mentionnées de manière constante par les représentants médicaux comme un important incitatif ayant augmenté la participation des médecins à cette offre de service.

En contrepartie, les participants ont indiqué comme principales causes limitantes, tout simplement la capacité réelle à contribuer à l'effort collectif attendu. Le ratio de médecins qui exerce sur le territoire par rapport à la population est une cause fondamentale. Certains territoires sont dépourvus en effectif, ce qui affecte leur capacité à contribuer davantage. Indépendamment de la situation des effectifs au niveau régional, certains nous ont mentionné que leur clinique est affectée particulièrement par le départ de plusieurs collègues à la retraite ou des absences en congé longue durée. Aussi plusieurs médecins nous ont mentionné avoir une pratique variée et déjà être en surcharge de travail, limitant leur implication. Finalement, le nombre élevé de postes vacants et d'absences chez les professionnels fournis par les CISSS/CIUSSS est un des motifs relevés dans presque toutes les régions. Par ailleurs, la nature de l'activité ne correspond pas, pour certains médecins, à leur profil de pratique.

D'autres ont soulevé l'enjeu relatif à la répartition de l'effort et l'équité entre les médecins supposant qu'une démarche, sur la base de données objectives à ce sujet, aurait donné au DRMG et aux responsables des cliniques un levier supplémentaire pour mobiliser les médecins à contribuer dans certains territoires. Il a été observé qu'il existe peu d'information disponible, mais quelques chefs de DRMG en ont recueilli et utilisé dans leur démarche de mobilisation.

Une fois le niveau de l'offre de rendez-vous médical déterminé, ce sont les facteurs reliés à la configuration et aux modalités de gestion de ces plages qui affecteront le fonctionnement et la performance du GAP. Il a été constaté qu'il n'y a pas de modalité formelle établie et applicable pour l'ensemble des cliniques à cet égard.

Dans un premier temps, il a été constaté que le délai entre la mise en disponibilité des rendez-vous et le moment effectif de ces rendez-vous diffère grandement d'une clinique à l'autre. Régulièrement, le délai est trop court, parfois allant même à moins de 24 heures pour certains, ce qui rend difficile l'affectation des rendez-vous, voire impossible dans plusieurs cas. D'autre part, l'étalement des rendez-vous dans le calendrier couvre une période plus ou moins longue selon les cliniques. Bien que l'on observe généralement un étalement sur sept à quatorze jours, l'étalement varie entre trois jours et trente jours. Le comité de suivi avec la FMOQ a recommandé la publication des plages dans un délai de quatorze jours. En plus du calendrier communiqué, il arrive fréquemment que des plages s'ajoutent, encore là, avec des délais très variables. Il est attendu, bien qu'il y ait des ajustements sporadiques possibles, qu'une planification des rendez-vous sur une plus longue période soit faite et que cette planification soit communiquée à l'avance.



Figure 14 : Mise en disponibilité des rendez-vous médicaux pour les GAP par les cliniques médicales

Source : Équipe tactique mandat national tournée des GAP (2023)

Le deuxième facteur à considérer est la répartition de l'offre de rendez-vous. Dans toutes les régions, on nous a souligné la concentration des rendez-vous au milieu de la semaine avec une proportion beaucoup moins importante des rendez-vous à compter du jeudi et la fin de semaine, ainsi qu'en soirée. Dans le même ordre d'idées, la répartition des rendez-vous exercée par un grand nombre de cliniques fait en sorte qu'on se retrouve sans rendez-vous disponibles dans une clinique pour une partie du trimestre, soit autour d'une à deux semaines par trimestre. Le moment dans le trimestre est variable, mais concentré essentiellement à la fin. Ainsi, le personnel doit composer avec des moments où l'offre est insuffisante pour répondre aux besoins alors qu'elle est en excédent à d'autres. Les offres de services sont indépendantes d'une clinique à l'autre, ce qui rend difficile une organisation de services médicaux complémentaire et globalement efficace.

Les restrictions imposées par certaines cliniques et médecins pour l'accès aux plages de rendez-vous sont aussi rapportées comme un facteur de complexité. En effet, bien que la grande majorité des médecins acceptent tous les cas, certains ont limité l'accès à leurs plages de rendez-vous. Les restrictions les plus fréquemment soulevées sont géographiques, souvent à l'intérieur même d'une région, ou l'application d'un filtre sur la nature du besoin ou une catégorie d'usagers. Bien entendu, certaines exceptions sont reconnues et acceptées par tous, considérant le profil spécifique de pratique d'une clinique ou d'un médecin.

L'appariement des usagers inscrits en groupe à leur clinique d'attribution demande aux intervenants des GAP toute une gymnastique logistique et malgré tous les efforts, provoque beaucoup d'insatisfaction de la part des médecins et des usagers. Il faut mentionner que plusieurs des rendez-vous dégagés pour les inscriptions de groupe, au regret de bien des médecins, est utilisé pour la population orpheline. Ajoutons à cette complexité le nombre de plages de rendez-vous de plus en plus croissant pour effectuer les suivis médicaux utilisés par les cliniques. Ainsi, à certains moments, une grande proportion des usagers se retrouvent à consulter à une autre clinique que celle

prévue à leur inscription en groupe, ce qui va à l'encontre de l'objectif souhaité et qui complexifie le suivi lorsque nécessaire. Une autre insatisfaction soulevée est à l'effet de gaspiller des plages qu'on ne réussit pas à combler. Plusieurs constats peuvent expliquer cette difficulté à utiliser efficacement tous les rendez-vous. D'une part, il y a la quantité de rendez-vous disponibles à considérer. Il n'est pas surprenant qu'une offre excédentaire génère des plages non utilisées, comme une offre déficitaire restreint l'accès. D'autre part, il y a toute la logistique de planification et de gestion des plages des rendez-vous. Il a été constaté que la plupart des établissements sont en action pour améliorer les processus menant à l'octroi des rendez-vous. Cependant, il faut bien comprendre que la disparité et l'instabilité de l'offre de services, en l'absence de modalité où chacune des cliniques détermine la configuration de son offre de service à courte vue, rendent difficile la gestion efficiente et efficace des plages de rendez-vous. Tout en gardant à l'esprit l'autonomie des modes de fonctionnement interne des cliniques médicales, il est permis de croire à un meilleur équilibre entre cette autonomie et l'intérêt collectif d'une offre de services répondant davantage aux besoins. Une meilleure planification et gestion collective de l'offre, basée sur quelques modalités convenues entre les parties, permettraient certainement de meilleurs résultats au bénéfice de tous les acteurs impliqués.

Certains GAP ont à composer avec une offre de services médicaux insuffisante pour répondre aux besoins de la population de leur territoire. Nous avons observé différentes façons de faire face à cette situation, souvent au prix de beaucoup d'efforts et d'insatisfaction des usagers laissés sans réponse à leur besoin. Les acteurs locaux, dans bien des cas, ont peu de leviers pour corriger la situation. Il apparaît que les intervenants des GAP concernés peuvent tout de même avoir des alternatives qui ont été convenues et organisées de façon à permettre la réponse médicale au besoin, au bon moment, et s'il le faut avec une urgence hospitalière de leur territoire. Il faut éviter certaines situations comme nous avons observé dans quelques régions où l'utilisateur doit refaire le parcours, parfois long et fastidieux, pour finir par consulter à l'urgence de toute façon. Ironie du sort, certains ont été invités par les intervenants de l'urgence à plutôt passer par le GAP ou ont été réorientés dans une clinique médicale après toutes ces allées et venues. Plusieurs participants ont également proposé une augmentation du nombre de plages pendant les périodes les plus chargées de l'année, comme la saison grippale. Ces périodes nécessitent davantage de rendez-vous disponibles pour répondre à la demande accrue.

À plusieurs reprises, les médecins nous ont sensibilisés à la réalité de la complétion de formulaires (SAAQ, CNESST, etc.) qui d'une part, utilise des plages de rendez-vous médicaux qui pourraient être utilisées de façon plus pertinente et d'autre part, qui demande à l'utilisateur une consultation supplémentaire alors qu'il est déjà en traitement et suivi par un autre professionnel. Ainsi, on propose pour certaines conditions cliniques et à certains moments de l'épisode de traitement et de suivi que d'autres professionnels soient autorisés à disposer de la suite et à remplir le formulaire à cet effet. Aussi, il a souvent été ramené l'importance que les informations cliniques soient complétées et mises à jour avant la consultation médicale. Les demandes pour les bilans de santé sont aussi importantes et dans la plupart des cas génèrent une consultation médicale. Dans quelques régions, une offre de services multidisciplinaires, appuyée par des ordonnances collectives, a été mise en place pour répondre à ce besoin lorsque jugé pertinent et c'est souvent le cas particulièrement pour les usagers qui n'ont pas consulté depuis plusieurs années. Cette pratique a permis de réduire significativement le nombre de consultations médicales.

Plusieurs enjeux ont été soulevés relativement aux consultations médicales spécialisées et leurs suivis. D'abord, plusieurs médecins nous ont mentionné que les délais d'accès pour certaines spécialités sont excessifs, ce qui occasionne, en plus de l'impact sur l'état de santé de l'utilisateur, un suivi non optimal et une charge supplémentaire sur les médecins de famille et leur équipe professionnelle. Plusieurs de ces usagers sans médecin de famille qui n'avaient pas consulté depuis longtemps nécessitent une consultation en médecine spécialisée, ce qui augmente le nombre de références vers le Centre de répartition de demandes de services (CRDS). D'un autre côté, plusieurs nous ont signalé le souhait des médecins spécialistes de transférer leurs usagers sans médecin de famille pour une prise en charge en première ligne. Même, à certaines occasions, ces derniers disposaient d'une liste d'utilisateurs à transférer en bloc au GAP.

Comme mentionné dans le *Cadre de référence accès - GAP* (MSSS, 2021), la contribution demandée aux prestataires de services médicaux doit être dégagée à même la prestation de service régulière, sans pour autant sacrifier les services en place pour la population inscrite. À cet effet, nous avons questionné les participants tout au long de nos visites. Bien qu'il soit difficile d'objectiver la situation faute de données, nous pouvons partager certains constats. D'abord, de l'avis général, c'est essentiellement un déplacement de l'offre de services médicaux à partir de l'offre existante puisqu'il y avait peu de marge de manœuvre considérant la charge de travail présente. Plusieurs des médecins questionnés nous ont indiqué avoir revu l'organisation du travail entre eux et avec les

professionnels de leur clinique afin de limiter les impacts sur leur clientèle inscrite. Certains nous ont mentionné avoir fait des gains au niveau de l'accès adapté pour les services médicaux et les services professionnels multidisciplinaires et avoir amélioré la pertinence auprès de leur clientèle régulière. Aussi dans bien des cas, les cliniques ont ajusté légèrement à la hausse nombre de rendez-vous et dans quelques cas des médecins se sont joints à des cliniques pour offrir des disponibilités temporaires en surplus de leurs activités régulières extérieures. Aussi, il a été porté à notre attention dans quelques régions, un déplacement important de l'offre de rendez-vous populationnel des GMF-AR au profit de plages GAP. Plusieurs s'inquiètent de la fermeture ou du désistement au programme de financement du volet AR de plusieurs GMF-AR. Dans le cadre de nos échanges, on nous a mentionné voir une très grande disparité sur le fonctionnement en accès adapté d'une clinique médicale à l'autre et souhaiter obtenir plus de soutien afin d'accentuer les travaux déjà en cours. Aussi, il semble assez unanime pour les médecins consultés, que les GAP mettent en évidence les gains de pertinence réalisés sur les consultations médicales et constatent l'écart avec leur clientèle inscrite, qui bénéficie d'un accès direct dans la plupart du temps sans ce filtre exercé par les GAP. Plusieurs ont exprimé clairement souhaiter ce même filtre pour leurs usagers inscrits.

La contribution des IPSPL varie d'une région à l'autre. D'abord, lorsqu'elles sont présentes dans les GMF, elles sont sollicitées à contribuer davantage au suivi des usagers inscrits. Sinon, dans quelques régions, elles ont été déployées pour répondre aux besoins de dépistage et de suivi des maladies chroniques, souvent accompagnées d'infirmières cliniciennes, d'infirmières auxiliaires et d'autres professionnels comme les nutritionnistes. Dans quelques GAP, des IPS offrent des plages de rendez-vous en accès adapté pour répondre aux problèmes ponctuels de santé des usagers référés du GAP. Les établissements nous mentionnent attendre l'orientation relative aux cliniques d'IPS ou une autre formule qui pourrait voir le jour à la suite des projets d'expérimentation, tout en mentionnant des inquiétudes sur l'effet silo de ces cliniques qui ne sont pas souvent arrimées au reste des trajectoires de première ligne.

Il est constaté que l'inscription de groupe, véhicule qui devait favoriser l'inscription individuelle dans un deuxième temps, s'avère peu efficace. En effet, plusieurs commentaires reçus sont à l'effet que les médecins hésitent à inscrire davantage notamment en raison de la charge de travail actuelle, des défis liés aux départs à la retraite, les responsabilités liées aux activités médicales particulières, la relation travail et qualité de vie des médecins qui peut être différente en 2023. Par ailleurs, il faut mentionner que selon plusieurs participants, l'entente n° 368 favorise l'inscription de groupe au détriment de l'inscription individuelle.

Certains représentants médicaux expriment des craintes quant aux suivis ponctuels des usagers en inscription de groupe, en particulier pour les usagers vulnérables. Ces usagers ont besoin de temps de consultation plus longs et d'un suivi fréquent, ce que ne favorise pas l'inscription de groupe. Il est donc important de prendre en compte ces préoccupations et de trouver des solutions adaptées pour assurer un accès équitable aux soins de santé. De plus, il est important de bien évaluer les bénéfices des inscriptions de groupe, car selon certains participants, cela apporte une complexité sans pour autant apporter les avantages escomptés pour les usagers liés à ce statut. La population est confuse et les équipes ont des difficultés à respecter l'octroi d'un rendez-vous dans le GMF désigné pour l'utilisateur.

Plusieurs médecins qui ont participé à nos rencontres nous ont fait part de leurs préoccupations quant à la participation des médecins et la pérennisation de l'offre de services médicaux rendus disponibles dans le cadre de l'entente n° 368. Les responsables médicaux (chefs DRMG, chefs de table RLS, coordonnateurs médicaux) nous ont signifié avoir été informés par plusieurs médecins de leur intention de délaisser cet engagement au cours des prochains mois. Plusieurs motifs sont énoncés pour expliquer cette orientation, notamment les impacts sur les usagers inscrits, la surcharge de travail occasionnée par cette nouvelle clientèle, le manque de professionnels multidisciplinaires (difficulté d'appliquer le filtre de pertinence en amont de la visite médicale et le partage des responsabilités pour le suivi après la visite médicale), l'ambiguïté relative à l'inscription en groupe et la rémunération associée. En même temps, nous assistons à une remise en question des GMF-AR à poursuivre cette mission. Certains ont déjà abandonné leur volet GMF-AR au profit des inscriptions de groupe moins contraignantes.

Ceci dit, la contribution des médecins à l'offre de services médicaux repose en grande partie sur la lettre d'entente n° 368 visant à accroître l'accès à l'offre de services en première ligne et l'interdisciplinarité (RAMQ, 2022) qui est transitoire jusqu'à la mise en place d'une nouvelle forme de prise en charge de la population globale soutenue par de nouvelles modalités de rémunération. Ces changements à venir ont fait l'objet de nos échanges avec plusieurs responsables médicaux.

La segmentation de la population et les mécanismes d'accès actuels apportent une complexité et une compétition à la fois entre les usagers selon leur affiliation à un médecin de famille ou non, et entre les différentes portes d'entrée où l'évaluation et l'orientation ne sont pas harmonisées.

3.1.4 Clientèle orpheline vs inscrite à un médecin de famille

De façon constante, les participants aux rencontres ont soulevé l'enjeu d'équité entre les usagers inscrits à un médecin de famille et ceux inscrits à un groupe de médecins de famille ainsi que les orphelins (sans médecin de famille et non-inscrits en groupe), c'est-à-dire les personnes qui ne peuvent bénéficier de ces inscriptions. Généralement, l'avantage d'être inscrit à un médecin de famille est reconnu pour les différents bénéfices reliés à ce type d'inscription et la faciliter d'y avoir accès. Toutefois, il est connu aussi que l'accès est variable d'une clinique à l'autre et une partie de la population se plaint de la difficulté à avoir accès à leur clinique, à leur médecin et aux professionnels de leur clinique, ce qui est malheureusement le cas.

Un commentaire qui émerge constamment des visites d'établissements est que les usagers inscrits en groupe et orphelins ont désormais, dans bien des cas, un accès plus facile à une consultation médicale et aux services professionnels que les usagers inscrits. La plupart du temps, les usagers du GAP peuvent obtenir une consultation médicale soit un délai de moins de 48 à 72 heures, tandis que ce délai peut être d'une à trois semaines auprès de leur médecin de famille, et parfois plus. Il a été rapporté que les inscrits à un médecin de famille vont même jusqu'à vouloir se désinscrire pour accéder plus rapidement aux rendez-vous médicaux via le GAP. De plus, certains représentants médicaux soulignent que les usagers orphelins ont accès à des services qui ne sont pas toujours accessibles aux usagers inscrits, notamment en raison du manque de personnel en GMF, alors que ce service est offert au GAP.

Ces constats mettent en évidence les enjeux d'accès aux services médicaux et professionnels au bon moment pour tous les usagers indépendamment de leur statut. Il faut être vigilant et s'assurer que l'accès aux services médicaux et professionnels pour toute la population se développe harmonieusement et équitablement. L'organisation de l'accès aux services selon le statut (segmentation de population) soulève beaucoup de questionnements de la part des participants rencontrés. Pour plusieurs, l'organisation de l'accès actuelle est complexe et ne permet pas une réponse aux besoins optimale considérant l'état de santé des personnes.

Quelques pratiques à souligner ont été observées lors des visites au niveau de l'axe d'évaluation offre de services.

Offre de services | Pratiques à souligner observées

- ✓ L'établissement a créé des pôles en santé mentale et maladies chroniques pour répondre aux besoins plus chroniques de la clientèle visée par le GAP.
- ✓ L'établissement a développé une trajectoire post-hospitalisation entre une infirmière de liaison et le GAP lorsque les usagers ont leur congé de l'hôpital.
- ✓ Le GMF a revu l'organisation du travail et a développé un accès multidisciplinaire visant une plus grande pertinence des consultations médicales et leur permettant de contribuer à l'offre de services à la population sans médecin de famille.
- ✓ Le GAP a développé une offre de services professionnels multidisciplinaires, où la pratique professionnelle est appuyée par plusieurs ordonnances collectives avec des rendez-vous disponibles en accès adapté.
- ✓ Le GAP a développé, en collaboration avec les programmes-services, des trajectoires formalisées comme par exemple pour la clientèle DI-TSA-DP.

Au MSSS

20. Développer l'accès à une offre de services médicaux et professionnels de première ligne équitable dans une approche populationnelle globale axée sur le niveau de besoin de santé de la personne, quel que soit son statut (inscrit à un médecin de famille, inscrit collectivement, orphelins enregistrés au GAMF, orphelins). !
21. Assurer l'accès harmonisé et équitable de l'offre de services professionnels de première ligne de façon à permettre une réponse adaptée par le bon professionnel au moment opportun et éviter le recours à un médecin et aux urgences hospitalières par défaut d'une telle offre. Ainsi le MSSS doit : !
- Recenser les besoins de santé émergents de la population.
 - Déterminer l'offre de services de référence et applicable à tous les établissements du réseau et soutenir son développement.
 - Bonifier l'apport des prestataires de services privés à l'offre globale de services professionnels par la :
 - Consolidation du panier des services professionnels admissible au financement public (RAMQ).
 - Normalisation contractuelle permettant aux CISSS/CIUSSS de développer une offre additionnelle dans le contexte d'un accès intégré et harmonisé des services.
 - Consolider l'offre de services professionnels dans le cadre de la révision du programme GMF.
22. Accentuer, par l'entremise du programme GMF et des ententes de rémunération, le développement du modèle d'accès adapté aux services médicaux et professionnels. !
23. Préciser les orientations relatives au développement des services professionnels transitoires.

Aux établissements

24. Développer, à même son offre de services et en collaboration avec les GMF ainsi que les prestataires de services privés, une offre de services disponibles en accès adapté aux différents professionnels de façon à répondre aux principaux besoins de santé de la population au moment opportun, notamment par: !
- L'accès à des rendez-vous par les intervenants du GAP au moment opportun.
- Poursuivre l'application des pistes d'amélioration soumises dans le cadre de la visite.

Au MSSS - ordres professionnels – instances syndicales – associations professionnelles

25. Accentuer, dans le cadre des pourparlers et des actions concertées au niveau national, le développement des compétences professionnelles et l'évolution des champs d'exercice permettant aux professionnels multidisciplinaires de contribuer pleinement à une réponse adaptée aux besoins de la population.

Au MSSS – ordres professionnels – établissements – DRMG - instances professionnelles

26. Augmenter l'utilisation des ordonnances collectives par:
- L'élaboration d'ordonnances collectives à portée nationale par les organismes ou des experts;
 - La simplification du processus d'adoption et de mise en œuvre;
 - La simplification des modalités d'application et de suivi

4. Présentation des résultats selon l'axe des ressources humaines

4.1 Constats en lien avec la situation des GAP au moment des visites

Comme mentionné par le *Cadre de référence accès - GAP* (MSSS, 2021), l'évaluation des usagers par l'équipe du GAP a comme objectif de déterminer les besoins des usagers et d'identifier les services pertinents pour répondre à leurs demandes. Dans le but d'offrir un service optimal à la population dépourvue de médecin de famille, il est primordial d'optimiser les ressources existantes et de mettre en place des ressources ayant une connaissance approfondie de l'offre de services en première ligne du territoire. De plus, afin d'assurer une continuité de service et une meilleure prise en charge des usagers, ce cadre de référence invoque la nécessité d'avoir des ressources dédiées, suffisantes et un personnel stable.

Bien qu'il y ait une variabilité dans leurs structures, les GAP sont composés d'une équipe dédiée à la réception et au traitement des appels et à l'orientation des usagers, à laquelle peuvent être rattachés, dans le cas de certains établissements, des services professionnels transitoires (SPT). Il est prévu, selon le *Cadre de référence accès - GAP* (MSSS, 2021), que ces derniers soient composés d'une équipe multidisciplinaire dont l'objectif est de fournir aux usagers sans médecin de famille nécessitant le suivi d'une condition chronique, des services préventifs et de dépistage de façon temporaire, « en attendant une prise en charge par un médecin de famille et son équipe multidisciplinaire ».

Malgré le contexte de rareté de personnel dans le domaine de la santé, la tournée des GAP a révélé une très grande mobilisation du personnel qui a fait face à de nombreux défis pour assurer un service de qualité à la population. Les résultats des observations effectuées au cours des visites des GAP seront analysés à l'aide des sous-axes suivants :

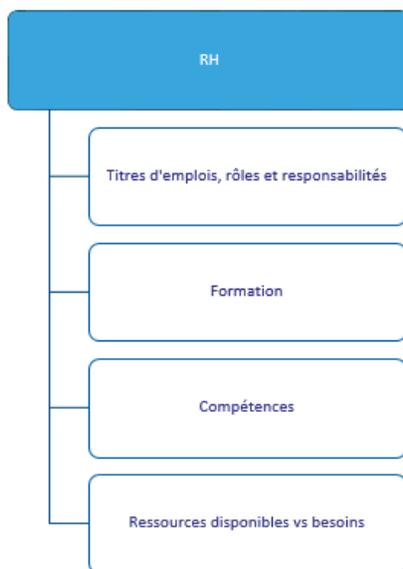


Figure 15 : Axes d'évaluation de la performance – Ressources humaines

Sources : *Équipe tactique mandat national tournée des GAP (2023)*

4.1.1 Titres d'emploi, rôles et responsabilités

Le personnel administratif des GAP se compose majoritairement d'agentes administratives classe 2. Dans la structure de postes de certains établissements, on retrouve plus d'une classe d'agents administratifs, dont certains ont des rôles plus spécifiques. Par exemple, un établissement embauche des agents administratifs classe 3 pour répondre aux appels des usagers et un agent administratif classe 2 comme chef d'équipe. D'autres utilisent la classe 1 pour des tâches administratives plus spécifiques ou complexes.

Quant au personnel clinique, il s'agit principalement d'infirmières cliniciennes. Étant donné le contexte de pénurie de personnel, près du tiers des établissements embauchent également des infirmières techniciennes, sans différenciation de tâches entre ces deux titres d'emploi. Dans un établissement, des infirmières auxiliaires ainsi que des paramédics réalisent des évaluations cliniques conditionnelles à l'approbation de l'orientation par une infirmière clinicienne. Il y a un consensus fort et c'est aussi notre avis, que l'infirmière clinicienne est le professionnel à privilégier pour cette activité.

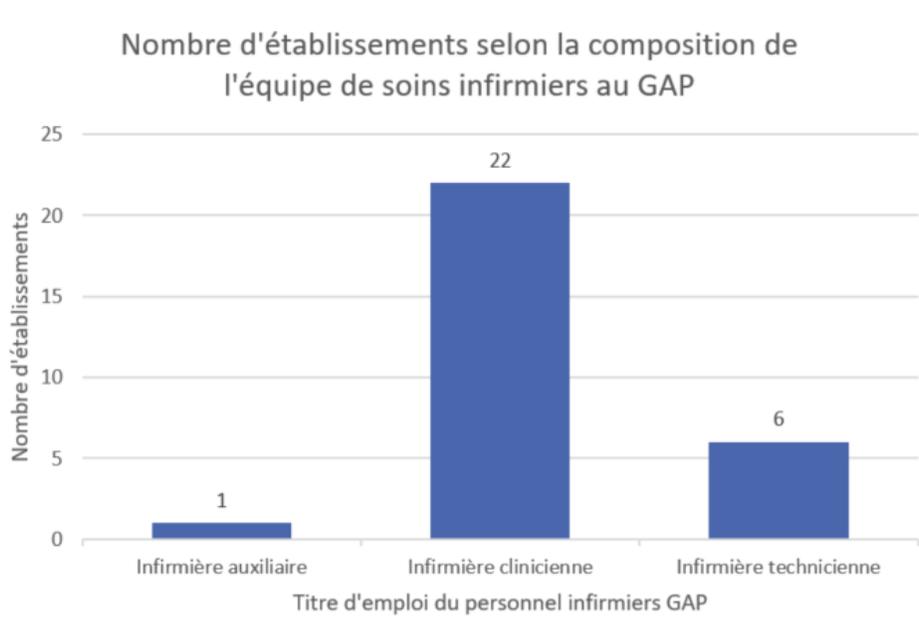


Figure 16 : Nombre d'établissements selon la composition de l'équipe de soins infirmiers au GAP

Source : Tableau comparatif des données recueillies lors de la tournée des GAP (2023)

Quatre établissements ont choisi d'intégrer des travailleurs sociaux à l'équipe du GAP dédiée à la réception et au traitement des appels, ainsi qu'à l'orientation des usagers. Ils réalisent alors l'évaluation clinique pour les cas de santé mentale et besoins psychosociaux, orientent vers les ressources internes et externes appropriées, puis assurent l'arrimage avec les autres partenaires et intervenants sociaux. La présence de ces professionnels est appréciée par les autres membres de l'équipe du GAP, ainsi que les usagers. Or, nous avons constaté un rôle semblable aux travailleurs sociaux de d'autres instances de l'établissement, notamment l'accueil psychosocial, mais au GAP, accessible seulement aux usagers sans médecin de famille. Une réflexion est requise pour une offre de services cohérente et équitable.

Concernant les rôles et responsabilités, nous avons constaté, suite à l'analyse des documents partagés au moment des visites, que ce ne sont pas tous les établissements qui ont rédigé des descriptions de fonction ou partagé cette information à leurs employés. Le personnel administratif et clinique de quelques établissements ayant mis en place des processus prévoyant une priorisation des demandes ou l'utilisation d'algorithmes d'aide à la décision par les AA ont exprimé des préoccupations concernant le dépassement du champ de compétences de leur personnel. En effet, les outils utilisés peuvent amener les AA à poser des questions d'ordre clinique pour prioriser et orienter adéquatement les usagers, ce qui peut représenter un risque pour les usagers.

Une assistante au supérieur immédiat (ASI) ou une infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat (ICASI) est présente dans 59% des établissements. Le rôle de celle-ci est généralement de fournir un soutien clinique et technologique aux employés, de gérer les horaires et les présences quotidiennes ainsi que d'assurer le lien avec les partenaires pour les cas particuliers ou complexes. Celui-ci nous semble essentiel, à moins que le gestionnaire du GAP ne soit en mesure d'assurer une gestion de proximité avec son équipe. Parfois, un agent de planification, programmation et de recherche (APPR) s'ajoute à l'équipe pour contribuer au développement d'outils, de procédures et de trajectoires de soins, afin d'améliorer la qualité des services offerts. Des spécialistes en procédé administratifs (SPA) et des techniciens en administration font aussi partie de l'équipe du GAP dans quelques établissements.

Le soutien d'une conseillère-cadre ou d'une conseillère en soins infirmiers est réclamé par plusieurs établissements, afin de contribuer significativement à renforcer la qualité des soins offerts aux usagers. En effet, peu d'établissements peuvent compter sur la présence de ces professionnels de soutien pour l'équipe du GAP. Lorsque présente, celle-ci peut relever de l'équipe du GAP directement ou de la DSI et son implication est à hauteur variable, passant du temps complet à des interventions ponctuelles. Son rôle est de soutenir la pratique clinique et de favoriser l'amélioration continue au sein de l'équipe du GAP.

Ces constats soulignent l'importance de clarifier les rôles et les responsabilités du personnel du GAP, de définir des lignes directrices claires et de veiller à une répartition adéquate des tâches. Il est essentiel d'établir une compréhension commune des rôles, de favoriser une collaboration harmonieuse entre les différents membres de l'équipe et d'apporter un soutien administratif et clinique au personnel afin que ces derniers puissent offrir des services de qualité et cohérents aux usagers.

Comme discuté précédemment dans ce rapport, une certaine proportion des GAP a développé des services professionnels transitoires (SPT) de façon variable au niveau de leurs offres de service ainsi que des ressources humaines assignées. Le type de ressources humaines déployées aux SPT est dépendant de l'offre de services souhaitée par les établissements. Voici le portrait de la composition des équipes SPT relevé lors des visites :



Figure 17 : Titres d'emploi dans l'équipe des services professionnels transitoires
Sources : Tableau comparatif des données recueillies lors de la tournée des GAP (2023)

4.1.2 Formation et compétences

La nature du travail des AA au sein du GAP exige un certain niveau de littératie médicale et la maîtrise de plusieurs outils de travail qui encadrent les limites de leur rôle, particulièrement quand celui-ci implique la priorisation des demandes des usagers. En effet, l'AA peut être amenée à traiter des demandes cliniques complexes ou urgentes (ex. : crise suicidaire), ce qui amène un défi de formation et d'apprentissages, surtout qu'aucune expérience ou formation particulière n'est exigée pour ce titre d'emploi.

Il a également été soulevé à plusieurs reprises, que la nature du travail des infirmières du GAP représente un défi, car elle demande des compétences particulières afin d'effectuer l'évaluation clinique à distance, sans les données normalement recueillies par l'observation visuelle et l'examen physique. De plus, la maîtrise de toutes les clientèles

0-100 ans est un défi. Le rôle du personnel infirmier au GAP nécessite une expertise et par le fait même, des exigences d'entrée en poste, ainsi qu'une orientation conséquente.

Suite à l'analyse des exigences d'entrée en poste des infirmières partagées avec notre équipe, nous avons constaté une grande variabilité de celles-ci, que c'est soit au niveau de leur expérience antérieure, de leur expérience en première ligne ou du niveau de formation qu'elles détiennent. Des participants ont mentionné que le fait d'avoir des infirmières avec une expérience en première ligne est facilitant compte tenu de la portée des interventions. D'autres ont mentionné que le fait d'avoir une expérience avec des clientèles diversifiées (par exemple, urgence, pédiatrie, gériatrie, santé mentale, etc.) apporte une expertise et une complémentarité au sein de l'équipe.

Étant donné cette variabilité, nous croyons qu'il est essentiel d'avoir un programme d'accueil, d'orientation et d'intégration (AOI) qui permet une mise à niveau des connaissances essentielles pour les infirmières des GAP. L'AOI varie considérablement d'un GAP à un autre et la durée prévue s'étend de trois à quatorze jours pour le personnel infirmier et de trois à dix jours pour les agents administratifs. À noter que dans quelques établissements, le processus d'AOI n'est pas encore formalisé en ce qui a trait au contenu ainsi qu'à la durée et varie en fonction de la préceptrice. De façon générale, l'AOI est adapté en fonction de l'expérience du nouvel employé et de son niveau d'aisance. Pour tous les plans d'AOI partagés, une orientation fonctionnelle (visite des lieux, présentation de l'équipe, accès et matériel informatique, etc.), une orientation théorique sur l'utilisation des outils, ainsi que des sessions de jumelage incluant de l'observation et de la pratique supervisée sont prévues. Des formations théoriques cliniques sont également offertes au personnel infirmier dans quelques établissements et demandées dans les autres.

Aux termes de l'AOI, une faible proportion des établissements réalise des audits ainsi qu'une rétroaction individualisée, dont certains de façon périodique par la suite. Dans la plupart des cas, ils sont réalisés sous forme d'écoute téléphonique et de lecture de notes au dossier. Un établissement effectue l'analyse de l'évaluation clinique réalisée par le personnel infirmier sur une base mensuelle en collaboration avec un médecin qui offre des plages de rendez-vous au GAP. Au moment de la visite, la plupart des établissements n'ayant pas de processus de suivi étaient en élaboration d'une grille d'audit et planifiaient le mettre en place prochainement.

De la formation continue est offerte ou prévue pour certaines équipes. Parmi les pratiques observées à ce sujet, soulignons le développement de capsules de formation par une IPS et les discussions d'histoires de cas en équipe, favorisant la mise à niveau des connaissances, le partage d'expérience et l'uniformisation des pratiques. Dans un établissement, des rencontres hebdomadaires sont organisées sur l'heure du midi pour le développement des compétences du personnel infirmier, et des partenaires y sont invités pour expliquer leurs services.

Lors des visites, les infirmières rencontrées ont identifié les principaux sujets de formations désirés :

- Signaux d'alarme et priorisation de l'urgence du besoin (orientation vers quelle ressource et délai de consultation).
- Évaluation téléphonique.
- Évaluation physique et mentale de l'adulte et de l'enfant.
- Loi *sur la pharmacie*.
- Santé mentale, incluant prévention du suicide et intervention en situation de crise.
- Recadrer l'entrevue téléphonique/usagers difficiles.
- Utilisation des protocoles d'Info-Santé.
- Utilisation des différents outils et logiciels.

Un besoin de formation théorique a également été mentionné par les agents administratifs :

- L'organisation et le fonctionnement du réseau de la santé (GAP/GAMF, GMF-A/GMF-R, Info-Santé/Info-Social, inscriptions de groupe, etc.).
- Compréhension des termes médicaux.
- Santé mentale, incluant prévention du suicide et intervention en situation de crise.
- Approche avec des usagers agressifs.
- Utilisation des différents outils et logiciels.

Ces constats mettent en évidence la nécessité d'une formation et d'un développement des compétences plus uniforme et ciblé pour le personnel des GAP. Une attention particulière doit être accordée à la durée et à la formalisation du programme d'AOI, ainsi qu'à la formation continue pour maintenir des pratiques cohérentes et efficaces au sein des établissements.

4.1.3 Ressources disponibles vs besoin

Parmi les conditions de réussite identifiées au *Cadre de référence accès - GAP* (MSSS, 2021), la mise en place de ressources dédiées et suffisantes ainsi que la stabilité du personnel, autant administratif qu'infirmier facilite l'application des algorithmes et des trajectoires de services et contribue à la qualité de l'orientation des demandes. Lors des visites, nous avons constaté un déséquilibre entre les ressources disponibles dans les GAP et les besoins nécessaires à un fonctionnement optimal dans un grand nombre d'établissements.

Le manque de ressources humaines est identifié comme un défi majeur par les établissements. D'une part, le financement alloué aux ressources humaines dans le réseau n'a pas été majoré suivant l'augmentation rapide et exponentielle des demandes au GAP. N'ayant pas de structure de poste bonifiée et n'ayant pas la possibilité d'afficher les postes permanents nécessaires, les établissements misent sur la main-d'œuvre temporaire (personnel réaffecté, retraités, étudiants, etc.), ce qui engendre un roulement important de personnel.

Afin de déterminer l'adéquation entre les besoins en ressources humaines et la performance attendue des GAP, plusieurs facteurs sont à considérer. Il est à noter que, lors des visites, les établissements avaient déterminé des méthodologies de calculs variables pour définir leurs besoins en ressources humaines.

Il faut souligner que nous avons observé un écart considérable d'un établissement à l'autre concernant le volume d'activité, soit la quantité d'appels reçus au GAP. Cette situation demande à certains d'entre eux un niveau d'investissement de ressources significativement plus important que d'autres. Aussi, bien que compréhensible considérant la mise en place récente des GAP, il existe peu de cibles relatives aux résultats attendus sur la performance de ces derniers.

Au-delà du niveau d'activités, plusieurs variables ont influencé la prise de décision concernant les ressources humaines à affecter. Ainsi, l'importance relative accordée par l'établissement à la performance de ce service, la connaissance des résultats de performance du GAP, les impacts sur l'accès aux services, le niveau de financement autorisé par le MSSS et la situation de la main-d'œuvre globale de l'établissement sont des variables qui ont influencé les décisions des hauts dirigeants.

La rareté du personnel complique le processus de recrutement. De façon générale, les postes au GAP sont attractifs pour les employés et leurs dotations doivent être coordonnées de façon prudente avec le reste de l'établissement afin d'éviter un mouvement massif du personnel et conséquemment, des ruptures de services dans d'autres programmes. Cette coordination est essentielle pour assurer une répartition équilibrée des ressources humaines et optimiser l'efficacité des différentes unités. Cette approche vise à attirer du personnel tout en préservant l'équilibre des effectifs dans les établissements de santé, ce qui se fait souvent au détriment des affectations requises au GAP. La stabilité, via l'affichage de postes et la rétention du personnel, est un élément clé de la qualité des services et du tri de pertinence qui permet d'assurer une continuité de service, une meilleure prise en charge des usagers et le maintien des connaissances et du développement de l'expertise acquise dans l'équipe.

Le manque de ressources humaines dans les services professionnels transitoires est également identifié comme un enjeu important, principalement en ce qui concerne les IPSPL. Cela affecte la pertinence des références, car

certain usagers qui auraient pu consulter une IPS se retrouvent finalement dirigés vers un médecin. Par ailleurs, cela affecte aussi le soutien offert par les IPS aux infirmières.

Ces enjeux liés aux ressources humaines soulignent la nécessité d'une gestion proactive et stratégique du personnel pour assurer un fonctionnement optimal des GAP.

Quelques pratiques à souligner ont été observées lors des visites au niveau de l'axe d'évaluation ressources humaines.

Ressources humaines | Pratiques à souligner observées

- ✓ Un programme d'accueil, orientation et intégration du personnel complet et bien structuré. Il est d'une durée prévue de deux semaines, selon le niveau d'expérience de l'employé. Il prévoit une orientation fonctionnelle, théorique et pratique, se conclut par une évaluation formelle et se poursuit par de l'accompagnement individualisé.
- ✓ Des audits sont réalisés par écoute téléphonique et la lecture des notes au dossier dans le cadre de l'AOI et un retour individualisé est effectué avec chaque employé.
- ✓ Des "midis savants" hebdomadaires sont mis en place, offrant des occasions de développement des compétences pour le personnel. Le travail d'équipe, l'échange d'expertise et la culture de partage des connaissances sont encouragés, permettant ainsi une meilleure prise en charge des usagers.
- ✓ Des capsules d'informations sont développées par les IPSPL pour affiner les orientations et accroître la confiance des infirmières dans leur rôle. Cette collaboration favorise également la mise à niveau des connaissances sur différentes situations cliniques.
- ✓ L'animation de stations visuelles impliquant à la fois les équipes du GAP, du GAMF et du programme GMF, favorisant la mobilisation du personnel et la collaboration interservices.

Ressources humaines | Recommandations

Au MSSS

27. Mandater un groupe de travail afin de soutenir les établissements en ce qui a trait à la dotation et la formation du personnel par : !
- L'élaboration d'un programme d'AOI et de formation continue national disponible sur l'ENA, en soutien aux établissements.
 - L'élaboration des descriptions de fonctions types des différents titres d'emploi qui exercent dans les GAP, qui incluent les exigences de formation et d'expérience.
28. Déterminer les critères de financement des GAP et assurer un financement récurrent aux établissements afin de stabiliser les ressources humaines. !

Aux établissements

29. Assurer une structure de gestion de proximité en soutien aux équipes, pour la coordination des activités quotidiennes, notamment par la présence d'une ASI ou d'une ICASI.
- Poursuivre l'application des pistes d'amélioration soumises dans le cadre de la visite.

5. Présentation des résultats selon l'Axe de la gestion de données

5.1 Constats en lien avec la situation des GAP au moment des visites

Selon le *Cadre de référence des services de proximité* (MSSS, 2023b), les outils de gestion, les indicateurs et les mécanismes de reddition de comptes doivent être cohérents avec l'évolution des structures de gouvernance et des modalités de gestion. Ainsi, ces outils devraient permettre d'évaluer le rendement des services et constituer le système de suivi de la performance des indicateurs regroupés en tableaux de bord. Les mesures utilisées doivent être centrées sur les résultats populationnels et sur ce qui est véritablement représentatif pour les usagers, ainsi que pour les intervenants impliqués.

Dans la prochaine section, nous aborderons les constats de nos visites dans les différents GAP, en lien avec les trois sous-axes du modèle d'évaluation que nous avons utilisé pour la gestion de données.



Figure 18 : Axes d'évaluation de la performance – Gestion de données

Source : Équipe tactique mandat national tournée des GAP (2023)

5.1.1 Base de données

Très peu d'établissements utilisent une base de données où l'ensemble des informations recueillies en lien avec les demandes adressées au GAP sont saisies et enregistrées de façon structurée, rendant possible la réalisation des analyses nécessaires à l'adaptation de l'offre de services aux besoins des usagers sans médecin de famille. Faute d'accès à une base de données automatisée, la saisie s'effectue manuellement par la majorité des équipes, ce qui augmente le risque d'erreurs. Plusieurs établissements ont d'ailleurs souligné la lourdeur du processus actuel de collecte de données nécessaires aux redditions de compte.

Par ailleurs, nous avons soulevé un enjeu de disponibilité de certaines données qui peuvent affecter la capacité d'obtenir un portrait précis de l'évolution et de la performance des GAP. Plus spécifiquement, en lien avec les délais moyens de réponse et le temps moyen de traitement des demandes par les infirmières travaillant en mode différé. Pour les appels sortants, les données relatives au rappel des infirmières aux usagers ne sont pas comptabilisées dans le logiciel de téléphonie national. Par conséquent, il devient impossible d'analyser le temps écoulé entre la demande de l'utilisateur au GAP et le retour d'appel des infirmières, de même que la durée de ces appels.

La gestion des données est considérée comme un maillon faible par la plupart des participants, qui expriment le besoin d'un soutien technique plus important pour améliorer l'efficacité et la fiabilité de ce processus crucial au GAP.

5.1.2 Détermination des indicateurs de performance

Les processus cliniques, les sources de données et les méthodologies de collecte, d'extraction et de traitement varient d'un établissement à l'autre, ce qui nuit à l'analyse de la performance, ainsi qu'à une interprétation fiable des données. En effet, elles sont difficilement comparables pour plusieurs indicateurs tels que le volume des appels

reçus, la durée d'appels, le pourcentage des orientations vers les différentes ressources, ainsi que le délai de traitement inférieur à 36 heures.

Peu d'établissements suivent des indicateurs autres que ceux présentés au Power BI ministériel et ceux demandés dans le cadre de la reddition de compte GESTRED. Certains établissements ont mis en place des processus d'extraction de données à partir de la plateforme de téléphonie nationale et du DMÉ, tandis que d'autres effectuent la compilation de ces données manuellement (Excel, FORMS, formulaire web, etc.). Par ailleurs, il a été mentionné par quelques établissements que les données présentées au Power BI ministériel ne correspondaient pas à la réalité sur le terrain. De plus, les guides relatifs à la saisie et à l'extraction des données peuvent donner lieu à des interprétations divergentes. L'exemple qui ressort le plus est celui de l'indicateur "nombre de demandes traitées dans un délai inférieur à 36h" qui est comptabilisé différemment d'un territoire l'autre. Pour certains établissements, il est compté au moment où la demande de l'utilisateur est inscrite dans la liste de tâches de l'infirmière jusqu'au retour d'appel de l'infirmière à l'utilisateur pour l'évaluation et la fermeture du dossier. Pour d'autres, il est compté à partir de la prise en charge initiale (contact avec l'utilisateur par l'AA) jusqu'à l'orientation au bon service, incluant le rendez-vous médical.

Enfin, il est souligné le besoin d'avoir des cibles ministérielles associées aux indicateurs de performance des GAP, notamment en ce qui concerne le taux d'orientation des demandes vers le médecin. Ces cibles aideraient à mesurer et à améliorer la performance des GAP de manière plus précise et spécifique. Certains établissements ont établi eux-mêmes des cibles pour le traitement des demandes par les intervenants, tel que le délai de réponse et le taux d'abandon, mais pour la plupart, les résultats attendus sont à définir.

5.1.3 Production et diffusion des tableaux de bord

D'après le *Cadre de référence accès - GAP* (MSSS, 2021), des indicateurs de performance doivent être suivis en collaboration avec les partenaires de la première ligne afin de mieux répondre aux besoins de la population et dans une optique d'amélioration continue.

Le degré d'exploitation des données présentées dans les tableaux de bord, lorsque présents, varie d'un établissement à l'autre. Certains ont développé des tableaux de bord actualisés manuellement pour suivre des besoins spécifiques tels que les plages de rendez-vous médicaux offertes, les raisons de consultation, la courbe de consommation, etc. Un établissement en particulier suit l'état du GAMF (enregistrements au GAMF, attributions à un médecin de famille, répartition des usagers par priorité, attributions de groupe) et procède également à un croisement des données du GAMF avec celles de l'urgence afin de documenter les usagers qui sont de grands consommateurs de services d'urgence. D'autres établissements utilisent des rapports hebdomadaires de statistiques élaborés par une équipe régionale en lien avec le portrait de la population selon leur statut, les données téléphoniques, les problèmes de santé adressés au GAP, l'orientation des demandes ainsi que le suivi des plages de rendez-vous médicaux offertes et comblées par territoire.

Les données des tableaux de bord et les statistiques liées au GAP ne sont pas systématiquement partagées avec toutes les directions concernées au sein des établissements. Quelques établissements ont mis en place une diffusion formelle et périodique des données au niveau stratégique lors de l'animation des salles de pilotage, des comités de direction, des rencontres avec le chef du DRMG, des tables locales, des rencontres avec le CRSP et les pharmacies communautaires. D'autres présentent des états de situation de manière informelle, ou alors, dans certains cas, les indicateurs ne sont pas diffusés ou discutés, ce qui limite leur utilisation dans les prises de décision et l'amélioration de la performance des mécanismes d'accès aux services médicaux pour les usagers sans médecin de famille.

De manière générale, il existe un besoin prononcé d'outils technologiques fonctionnels et conviviaux pour la compilation des statistiques. Ces outils permettraient d'améliorer l'efficacité et la précision des analyses de données, ainsi que la gestion des rendez-vous médicaux permettant d'ajuster l'équilibre entre l'offre et la demande. D'ailleurs, des participants ont mentionné avoir peu de soutien de la part de leur établissement pour le développement des indicateurs de performance et la production de tableaux de bord. Certains ont adressé une demande de support au MSSS à cet effet.

Quelques pratiques à souligner ont été observées lors des visites au niveau de l'axe d'évaluation gestion de données.

Gestion de données | Pratiques à souligner observées

- ✓ L'établissement a mis en place un lac de données ainsi que des tableaux de bord automatisés de façon simultanée avec le développement et la mise en œuvre du GAP.
- ✓ Les statistiques du GAP sur la volumétrie des demandes bidirectionnelles entre le GAP et les pharmacies communautaires sont diffusées aux pharmaciens communautaires par le CRSP.

Gestion de données | Recommandations

Au MSSS

30. Développer un cadre normatif pour supporter la saisie des informations et l'utilisation des données à des fins informationnelles. !
 - Revoir le guide de saisie en fonction de l'évolution des activités des GAP, harmoniser la compréhension par les établissements et s'assurer de son application.
31. S'assurer que les systèmes d'information permettent une extraction automatisée par les établissements des données requises pour l'amélioration continue et au suivi de la performance.
32. Poursuivre le développement des indicateurs dans le Power BI afin de soutenir le suivi de la performance par le MSSS et les établissements et revoir les indicateurs existants. !

Aux établissements

- Poursuivre l'application des pistes d'amélioration soumises dans le cadre de la visite.

6. Présentation des résultats selon l’Axe des outils technologiques et de la santé numérique

6.1 Constats en lien avec la situation des GAP au moment des visites

Selon le *Cadre de référence accès - GAP* (MSSS, 2021), la promotion de la mise en place et de l’utilisation des outils numériques pour la référence et l’orientation des usagers au sein du réseau s’inscrivent en continuité avec la vision ministérielle. Il est donc essentiel que les outils en place soutiennent les processus du GAP, permettant ainsi la documentation numérique des notes cliniques et l’interopérabilité entre les divers systèmes informatiques afin de favoriser la continuité informationnelle entre les intervenants. Également, l’ajout d’outils technologiques, tels que ceux utilisés pour la télésanté et l’intelligence artificielle, ont été explorés lors des visites.

Dans la prochaine section, nous aborderons les constats de nos visites dans les différents GAP, en lien avec les sept sous-axes du modèle d’évaluation que nous avons utilisé pour l’axe des outils technologiques et de la santé numérique.



Figure 19 : Axes d’évaluation de la performance – Outils technologiques et santé numérique

Source : *Équipe tactique mandat national tournée des GAP (2023)*

6.1.1 DMÉ et interopérabilité

La documentation électronique des notes et leur archivage, la traçabilité et le suivi des interventions rencontrant les exigences déontologiques ainsi que l’envoi des notes lors des demandes de service ou de prise en charge (sous réserve des lois et règlements applicables) sont des pratiques préconisées dans le *Cadre de référence accès - GAP* (MSSS, 2021).

Nous avons constaté que trois différents systèmes de gestion des dossiers médicaux électroniques (DMÉ) sont utilisés par les GAP. Un établissement utilise plutôt un logiciel développé localement, le SIRGACO.

DMÉ utilisé par les établissements pour les activités du GAP

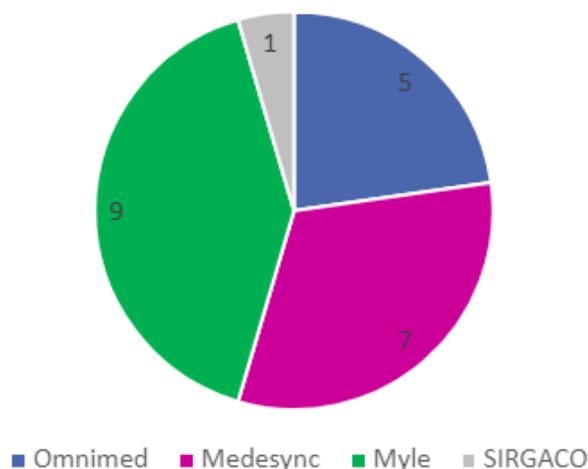


Figure 20 : DMÉ utilisé par les établissements pour les activités du GAP

Source : Tableau comparatif des données recueillies lors de la tournée des GAP (2023)

Le logiciel SIRGACO est utilisé pour répertorier l'ensemble des informations des usagers orphelins en attente sur le GAMF. Il permet également la communication entre les équipes du GAP et du GACO. Les agentes administratives et les infirmières du GAP l'utilisent pour colliger leurs notes, qui peuvent ensuite être enregistrées au format PDF et transmises aux médecins. De plus, ce logiciel permet de collecter des données sur l'orientation des demandes, notamment en identifiant les situations où l'infirmière est incapable de donner un rendez-vous médical. L'équipe de ce GAP apprécie son utilisation, car il facilite la communication et la collecte de données pertinentes pour la gestion des rendez-vous médicaux, ainsi que l'évaluation et la mise à jour de la priorité attribuée à l'enregistrement des usagers.

Cette diversité de DMÉ peut poser des défis en termes d'interopérabilité et d'accès aux informations cliniques ainsi qu'en termes d'extraction de données et de leur niveau de granulométrie. Il a été observé que lorsque les cliniques médicales, les services professionnels transitoires ainsi que les équipes du GAP utilisent le même DMÉ, cela facilite grandement l'accès sécuritaire aux informations cliniques et la communication entre les services, augmentant ainsi la synergie entre les équipes. Cela permet aux professionnels de la santé, non seulement d'accéder aux informations pertinentes plus facilement, mais facilite également la coordination des rendez-vous en permettant à l'équipe du GAP de les ajouter directement dans les horaires des professionnels. Cependant, dans la majorité des établissements, l'utilisation de plusieurs systèmes sans interopérabilité a été observée, occasionnant, selon ce qui a été rapporté, des enjeux de continuité de services, de communication et de dédoublements de tâches. Pour y pallier, des étapes supplémentaires sont ajoutées au processus comme, par exemple, l'envoi des notes du personnel infirmier par fax et parfois même, leur retranscription dans le DMÉ de la clinique médicale.

En ce sens, l'harmonisation des DMÉ à l'ensemble des cliniques a été identifiée comme une priorité de travail par plusieurs établissements, afin de favoriser une meilleure collaboration et une plus grande efficacité dans la gestion des informations cliniques et administratives.

La majorité des établissements ont identifié le manque d'interopérabilité entre les différents systèmes informatiques comme un enjeu autant pour le GAP que pour ses partenaires en première ligne qui doivent composer avec plusieurs systèmes tels que le Dossier santé Québec (DSQ), le Dossier clinique informatisé (DCI), i-CLSC, les logiciels du GAMF, etc. Ce manque d'interopérabilité nuit à l'accessibilité des informations cliniques de l'utilisateur et à la continuité de soins et services, souvent pour un même épisode de soins. Il met aussi un frein à l'exploitation des données ainsi qu'à la génération d'indicateurs et peut même nuire au mode de fonctionnement des GAP en allongeant le temps de traitement moyen des appels à cause d'une plus grande charge de travail aux employés qui doivent naviguer entre les différents systèmes informatiques pour colliger les informations nécessaires. Les établissements souhaitent également une interopérabilité entre le DMÉ et le HUB pour la prise de rendez-vous, ainsi qu'une certaine automatisation de la recherche en fonction du délai prescrit par l'infirmière et de la clinique

d'attribution, le cas échéant. De plus, la gestion des rendez-vous qui s'effectue dans plusieurs plateformes représente un enjeu pouvant affecter l'implication et la mobilisation des cliniques médicales.

Une meilleure intégration des systèmes faciliterait la gestion des rendez-vous et contribuerait à une expérience plus fluide pour les usagers.

6.1.2 Systèmes de prise de rendez-vous et orchestrateur

De nombreuses équipes expriment leur mécontentement quant au fonctionnement peu optimal de RVSQ et de l'orchestrateur. Plusieurs problématiques connues sont associées à l'utilisation de ces solutions informatiques, notamment des messages d'erreur lors de l'attribution des rendez-vous, l'absence de visibilité de certaines plages horaires disponibles ainsi que de la durée des rendez-vous, des enjeux de filtre par RLS/RTS, des lenteurs et des pannes fréquentes. Ces problèmes occasionnent une charge de travail supplémentaire pour le personnel et entraînent des plages horaires de rendez-vous médicaux dédiés aux GAP non comblées ou même des doublons.

Plusieurs établissements rapportent un manque de fiabilité des données statistiques extraites de l'orchestrateur et ce, malgré le fait que chaque GMF doit disposer d'un DMÉ certifié qui implique son intégration à l'orchestrateur. Cette problématique nécessite des corrections par les membres de l'équipe du GAP ou même, une collecte de données manuelles en parallèle. De plus, tous les systèmes de gestion des DMÉ des cliniques médicales ne sont pas intégrés à l'orchestrateur, ce qui ajoute une complexité supplémentaire dans l'échange d'informations.

Plusieurs demandes d'amélioration en lien avec RVSQ ont été formulées par les établissements, principalement :

- L'octroi de rendez-vous à d'autres professionnels, tels que des infirmières ayant le droit de prescrire, IPSPL, IPSSM et autres professionnels en première ligne des GMF
- La gestion automatisée des restrictions des rendez-vous imposées par les cliniques médicales (ex : âge des usagers, certaines conditions médicales, etc.)
- La géolocalisation
- La paramétrisation des heures de bascule des rendez-vous
- L'élargissement de la visibilité sur les plages de rendez-vous de la semaine entière et non seulement le lendemain
- La prise en compte de la durée et du type de rendez-vous en fonction des besoins
- La possibilité d'envoyer des notes aux cliniques médicales via RVSQ

À noter qu'au moment des visites, des travaux sont déjà en cours pour améliorer les fonctionnalités de RVSQ et ainsi, améliorer l'efficacité des équipes du GAP.

Les inscriptions de groupe compliquent le processus d'attribution des rendez-vous, car le personnel des GAP doit effectuer une recherche supplémentaire dans RVSQ, étant donné qu'aucun critère de recherche ou de hiérarchisation des plages horaires ne permet de prioriser la clinique d'attribution collective. Également, certains participants craignent que l'utilisation de RVSQ ne permette pas de bénéficier du niveau de sécurité offert par les algorithmes du logiciel RÉOR, généralement utilisé pour la réorientation sécuritaire des usagers aux urgences. Il est souligné que la difficulté d'annulation des rendez-vous par les usagers dans RVSQ a un impact sur les faux-bonds (no show), notamment en raison des doublons de rendez-vous ou des rendez-vous dans les cinq minutes suivant l'évaluation par l'infirmière du GAP.

Selon les participants, les longs délais de traitement des inscriptions de groupe par la RAMQ occasionnent des enjeux de mise à jour du statut d'inscription de groupe des usagers et de la confusion, autant pour les intervenants que pour les usagers. De plus, le processus de gestion de ces inscriptions de groupe avec des listes échangées avec la RAMQ et le fait que certains usagers sont encore inscrits à un médecin de famille qui ne pratique plus représente un enjeu d'efficacité pour l'équipe du GAP et une lourdeur administrative rapportée non seulement par l'équipe du GAP, mais également par des partenaires externes, ainsi que des usagers qui veulent avoir accès au GAP.

D'ailleurs, en février 2023, le MSSS a suggéré l'utilisation de Clic Santé comme plateforme de prise de rendez-vous pour les services professionnels assurés dans le contexte de la mise en place des GAP (pharmacies communautaires et CLSC).

6.1.3 Téléphonie

Lors des visites, certains établissements avaient déjà migré vers la solution téléphonique nationale et d'autres non. Des établissements rapportent que depuis la migration vers la solution téléphonique nationale, il y a de coupures fréquentes et également des pertes d'efficacité, de données et de fonctionnalités telles que la réduction de la flexibilité des heures d'ouverture et de la permutation des lignes GAP/GAMF afin d'adapter les ressources au volume de demandes. À noter que pour tous les appels provenant de Services Québec, comme il n'y a pas d'affichage des coordonnées de l'utilisateur, il est impossible de le rappeler lors d'une coupure de ligne téléphonique. Dans un des établissements, il a été mentionné que l'ancien système téléphonique permettait l'extraction automatisée de données grâce à des codes de conclusion d'appels. Cependant, depuis la migration des systèmes, une méthode de compilation manuelle des données a dû être mise en place.

Pour les établissements qui ont maintenu l'utilisation de la ligne téléphonique locale préexistante au déploiement de la solution nationale, la priorisation des appels en provenance du 811 option 3 occasionne des délais excessifs aux usagers qui appellent directement au GAP, exigeant dans certains cas la gestion manuelle de la file d'attente.

La mise en œuvre de l'attente virtuelle est grandement appréciée, cependant, seulement un nombre limité d'utilisateurs peut en bénéficier. Pour les usagers qui attendent en ligne, il a été proposé par des participants d'ajouter des messages automatisés pour mentionner, entre autres, sa position dans la liste d'attente téléphonique, le temps d'attente moyen, ainsi que des informations sur les demandes qui pourront être orientées vers d'autres professionnels.

6.1.4 Intelligence artificielle

Selon des participants, dans un contexte de pénurie de personnel, l'intelligence artificielle est une avenue à explorer pour le tri de pertinence des demandes.

Dans un établissement, l'intelligence artificielle a été intégrée à l'outil Virtual Agent utilisé par les AA pour l'orientation des usagers. Il repose sur des algorithmes élaborés pour aider à aiguiller les appels et éliminer les urgences. Notons qu'au moment de la rédaction de ce rapport, le projet "Vitr.Ai", un logiciel d'intelligence artificielle permettant l'appariement des usagers avec les services qui lui sont pertinents est en projet pilote dans trois établissements.

6.1.5 Bottin des ressources

Dans une démarche qui vise à faciliter le parcours des usagers, il est important d'avoir une bonne connaissance des diverses ressources disponibles sur le territoire afin de répondre à leurs besoins, selon leurs valeurs et préférences, améliorant ainsi leur satisfaction globale (MSSS, 2023b).

Parmi les établissements visités, plusieurs ont développé ou ont entamé des travaux pour créer un répertoire de ressources spécifique à leur territoire sous des formats variables tels qu'Excel et Word. Il contient, entre autres, des informations descriptives sur les guichets d'accès, les organismes sociocommunautaires et les services offerts par différents professionnels autant publics que privés sur leurs territoires. D'autres ont intégré ces informations dans les outils d'orientation développés pour l'équipe du GAP et peuvent être regroupées selon les trajectoires ou par RLS. Peu d'établissements utilisent le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS).

Assurer l'intégralité des ressources (publiques et privées), la convivialité d'utilisation ainsi que la mise à jour en continu de ces répertoires afin d'orienter les usagers au bon service représente un enjeu pour les établissements. Cet enjeu a été également soulevé concernant le RRSS qui est sous-utilisé actuellement pour ces raisons.

La connaissance de l'offre de services de chacun des RLS, autant pour les ressources à l'interne qu'à l'externe, a été soulevée comme un défi par certains établissements et les participants de deux établissements ont mentionné un manque de connaissances de l'équipe du GAP sur l'offre de services dans le territoire. Cela met en évidence également la nécessité d'une collaboration avec les programmes et services ainsi qu'un effort concerté pour diffuser l'information concernant leurs offres de services.

6.1.6 Portail usager / professionnel

Quelques usagers ont manifesté une certaine résistance à utiliser une plateforme numérique pour adresser une demande au GAP, notamment pour les personnes ayant moins d'aisance avec l'informatique ou n'ayant pas accès à des outils informatisés, un niveau de littéracie faible ou des besoins de santé nécessitant une réassurance ou une évaluation rapide. De plus, des inquiétudes des usagers rencontrés sur la confidentialité, la propriété des données et son utilisation ont été mentionnées.

6.1.7 Télésanté

De façon générale, il a été constaté une ouverture des employés et des usagers à la téléconsultation lorsque le contexte s'y prête. Selon les usagers, la possibilité d'être évalué par une infirmière du GAP en téléconsultation visuelle peut, dans certaines circonstances, permettre de mieux évaluer la situation, rassurer les usagers et aider à la dispensation des autosoins. Toujours selon les usagers, une consultation médicale en téléconsultation peut être justifiée pour des besoins en santé mentale, des problèmes dermatologiques, un suivi de résultats de radiologie ou de laboratoires ou encore, lorsque le rendez-vous proposé est géographiquement éloigné de leur domicile.

La téléconsultation est déjà utilisée par les professionnels des SPT dans un établissement. Dans un autre, l'équipe souligne la fiabilité du réseau internet et la disponibilité du matériel informatique (ordinateurs, écrans, etc.) comme des enjeux à la mise en place de la téléconsultation.

Les usagers rencontrés sont intéressés à partager des photos de façon sécuritaire selon les situations cliniques. Dans certains établissements, les usagers peuvent envoyer des photos au cellulaire de travail de l'infirmière du GAP, au courriel générique du GAP ou encore via le DMÉ. Toutefois, il n'est pas assuré que ces envois soient sécuritaires et que les photos soient dûment enregistrées au dossier des usagers.

Quelques pratiques à souligner ont été observées lors des visites au niveau de l'axe d'évaluation outils technologiques et santé numérique.

Outils technologiques et santé numérique | Pratiques à souligner observées

- ✓ L'utilisation d'un DMÉ commun par l'équipe du GAP, l'équipe des SPT et les cliniques médicales facilite le partage d'informations entre les professionnels, favorise une meilleure coordination entre les interventions et permet une prise en charge plus fluide des patients.
- ✓ La téléconsultation est utilisée par les professionnels des SPT.

Outils technologiques et santé numérique | Recommandations

Au MSSS

- 33. Assurer l'interopérabilité des systèmes informatiques pour assurer la fluidité de l'information. !
- 34. Poursuivre les travaux d'amélioration continue de l'orchestrateur et de RVSQ : !
 - S'assurer que les données collectées et enregistrées à l'orchestrateur soient fiables et accessibles aux établissements à des fins d'analyse et planification.
 - Inclure tous les professionnels de la santé (CSLC, pharmacies communautaires, professionnels, cliniques médicales, etc.) dans une plateforme de prise de rendez-vous unique.
- 35. Optimiser le processus de gestion des inscriptions de groupe par la RAMQ afin de diminuer les délais de traitement.
- 36. Déployer un plan de contingence lié au logiciel de téléphonie provincial lors des déconnexions et coupures de lignes téléphoniques sporadiques lorsque les usagers sont en attente.
- 37. Assurer la possibilité de transférer l'appel à un autre intervenant de façon directe, sans passer par la cascade téléphonique préétablie, notamment entre l'infirmière d'Info-Santé et celle du GAP, ainsi qu'entre le GAP et le GACO. !
- 38. Optimiser le répertoire des ressources en santé et services sociaux et le rendre plus convivial, permettant une recherche intuitive en fonction des services à proximité de l'utilisateur. !
- 39. Soutenir le déploiement de solutions de téléconsultation, d'objets connectés et de partage d'images pour bonifier l'évaluation de l'utilisateur au GAP.

Aux établissements

- 40. Assurer le respect des normes d'archivage, de sauvegarde de données et de sécurité informatique.
 - Poursuivre l'application des pistes d'amélioration soumises dans le cadre de la visite.

Conclusion

La mise en œuvre des GAP et le développement des offres de services dans le cadre de ce déploiement sont une avancée à grande valeur ajoutée pour la population sans médecin de famille. Nous avons été en mesure d'observer que les GAP répondent à un besoin réel de la population et que les mécanismes développés en peu de temps sont pertinents et permettent déjà à une grande partie de la population visée de bénéficier d'une porte d'entrée dédiée, d'une évaluation de leurs besoins et d'une orientation de plus en plus pertinente vers les différents professionnels. Ces nouveaux mécanismes d'accès sont bien orientés sur les objectifs visés.

L'équipe ministérielle de la direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux (DGAASPEM), les établissements, les médecins et les différents partenaires se sont mobilisés rapidement pour amorcer le déploiement des GAP à la sortie des multiples vagues de la COVID-19. Le contexte de déploiement, la rapidité d'exécution exigée, les particularités régionales et les initiatives prises d'une région à l'autre ont occasionné une grande disparité sur le fonctionnement et la performance des GAP, ainsi que la réponse aux besoins de la population. Cette disparité est marquante et les actions à venir devront favoriser une plus grande homogénéité, notamment en ce qui a trait à l'utilisation des meilleures pratiques professionnelles, à l'organisation du travail et à un accès équitable aux services médicaux et professionnels pour tous les citoyens au Québec. D'ailleurs, la tournée nous a permis de mettre en évidence plusieurs initiatives des acteurs impliqués et d'identifier plusieurs bonnes pratiques.

Le fonctionnement ainsi que la performance des GAP et, ultimement la qualité de la réponse à l'utilisateur, dépendent d'une multitude de facteurs. Certains de ceux-ci sont spécifiques au fonctionnement du GAP, soit l'organisation du travail, les outils utilisés, ainsi que la disponibilité et la compétence du personnel. Toutefois, l'amélioration de la performance des mécanismes d'accès et la réponse optimale aux besoins de santé ne se limitent pas à une simple optimisation du fonctionnement des GAP, mais s'étend à une réflexion plus globale, incluant l'ensemble du parcours de soins. L'objectif est d'assurer que chaque usager puisse recevoir des soins de qualité, de façon équitable, adaptés à sa condition de santé et dans le respect de l'individualité de son parcours de soins. Cela nécessite une collaboration active, l'utilisation d'une technologie de façon judicieuse et une vision globale des soins de santé applicable à toute la population, dans laquelle les GAP sont des portes ouvertes vers une santé optimale pour tous.

La tournée que nous avons réalisée dans le cadre de notre mandat nous a permis de confirmer la grande valeur ajoutée des GAP et des trajectoires de services déployés pour améliorer la réponse aux besoins de santé des personnes sans médecin de famille. Mais cette tournée nous a aussi permis de prendre conscience des limites de notre système.

Ce rapport met en lumière les éléments essentiels qui permettront de poursuivre la mise en œuvre des GAP et le développement d'une offre de services interdisciplinaires adaptée aux besoins des usagers. Il est aussi essentiel d'assurer un accès équitable et de qualité non seulement à la population sans médecin de famille, mais aussi pour l'ensemble des citoyens québécois.

Bien que le GAP soit un guichet d'accès, son bon fonctionnement et sa performance sont tributaires de la disponibilité de l'offre de services professionnels et médicaux ainsi que de la facilité des usagers à obtenir un rendez-vous. Les établissements doivent considérer la trajectoire de soins d'un usager dans son ensemble en y intégrant le GAP et non en le considérant comme entité isolée. Il est donc impossible d'analyser la qualité et la performance du GAP sans prendre en considération l'écosystème dans lequel il évolue et la mouvance de cet écosystème.

Le GAP, entre sa version initiale, le GAP d'aujourd'hui et le GAP de demain, devra continuer de s'adapter aux besoins des usagers: un GAP équitable, flexible, intégrant, facilitant et innovant face aux différentes initiatives qui sont et seront déployées pour les usagers.

Références bibliographiques

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux - INESSS (2015). Cadre d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux. Document rédigé par Sylvie Beauchamp, Martin Drapeau, Carmen Dionne, Jean-Pierre Duplantie, 2015 : 1-81.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2021). Cadre de référence - Mécanismes régionaux d'accès aux services de première ligne pour la population sans médecin de famille, octobre 2021.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2021/11/15). Bonification de l'accès aux services d'un médecin de famille - Déploiement du guichet d'accès à la première ligne pour la population sans médecin de famille [Communiqué de presse]. Saisie le 23 juin 2023, de <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqu-3279/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2022a). Inscription auprès d'un médecin de famille. Saisie le 22 août 2023, de Inscription auprès d'un médecin de famille | Gouvernement du Québec (quebec.ca)

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2022b). Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF). Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2022c). Programme de désignation accès-réseau pour les groupes de médecine de famille (GMF) Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2023a). Accès aux services médicaux de première ligne - Mesures mises en place pour améliorer l'accès aux soins et aux services de première ligne. Saisie le 22 août 2023, de Accès aux services médicaux de première ligne - Professionnels de la santé - MSSS (gouv.qc.ca)

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2023b). Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité - Cadre de référence. Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2023.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2023c). Notes méthodologiques PREM 2024. Québec, juin 2023

Organisation de normes en santé (HSO) en collaboration avec l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) (2020). Le cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients pour les services de santé. ISBN : 978-1-926541-89-1.

Organisation mondiale de la santé (2022). Services de santé de qualité. Saisie le 19 octobre 2022, de <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>.

Régie de l'assurance maladie du Québec (2022). Lettre d'entente no 368 visant à accroître l'accès à l'offre de services en première ligne et l'interdisciplinarité. Infolettre RAMQ. Juin 2022. Saisie le 01 août juin 2023, de Nouvelles lettres d'entente concernant l'accès à l'offre de services en première ligne et l'interdisciplinarité (gouv.qc.ca)

Régie de l'assurance maladie du Québec (2023). Inscription d'un groupe de patients auprès d'un groupe de médecins. Saisie le 22 août 2023, de Inscription d'un groupe de patients auprès d'un groupe de médecins | RAMQ (gouv.qc.ca)

Thiebaut, G-C; Lavoie, C; Labrecque-Pégoraro, S; Maillet, L (2020). Pour de trajectoires de soins et services performantes : Un outillage pour l'analyse et la mesure. Institut Universitaire de Première Ligne en Santé et Services Sociaux du CIUSSS de l'Estrie - CHUS. Bibliothèque et archives nationales du Québec Bibliothèque et archives Canada, Septembre 2020

Annexe 1 : Facteurs de succès pour la mise en œuvre et la pérennité des GAP

Gouvernance

- Positionner la gouvernance des GAP au cœur d'une gestion collaborative entre la haute direction de l'établissement, la DSP et le DRMG.
- Impliquer l'ensemble des directions cliniques (en particulier DSI et DSM), de soutien (DRI et DQEPE), ainsi que toutes les parties prenantes (notamment les GMF, les organismes communautaires, les pharmacies communautaires et tous les prestataires privés de services de santé et de services sociaux) à l'intérieur de lieux d'échange formels.
- Mobiliser la communauté médicale à contribuer à l'offre de services médicaux disponibles pour le GAP, par l'entremise des rôles et des responsabilités confiées au DRMG.
- Inscire le GAP dans le portefeuille de projets prioritaires de l'établissement.
- Instaurer des mécanismes de pilotage à tous les niveaux de l'organisation (stratégique, tactique et opérationnel) avec la présence de tableaux de bord et des principaux indicateurs qui témoignent de l'avancement des résultats atteints, tout en s'assurant que les préoccupations, les obstacles et les pistes d'amélioration sont escaladés au bon niveau décisionnel.
- Assurer la vigie et l'amélioration continue des GAP, notamment en mettant en place des discussions de cas systématiques et des audits d'appels.
- Impliquer des patients partenaires à tous les niveaux de gouvernance du GAP, ainsi que dans les activités d'amélioration continue.
- Communiquer efficacement et sur une base régulière à la population, ainsi qu'aux intervenants toute information relative à la mission du GAP, à son fonctionnement et aux différents champs de pratique professionnelle qui sont mis à contribution.

Processus

- Intégrer le GAP aux structures d'accès existantes, telles que le GACO et autres guichets d'accès, afin d'optimiser l'utilisation des ressources et d'améliorer la continuité des soins.
- Offrir un accès "continu, fluide, sans interruption, sans retour en arrière, sans doublon" (MSSS, 2021), avec le moins d'intermédiaires possibles et ce, peu importe la porte d'entrée choisie par l'utilisateur.
- Assurer un accès dédié aux professionnels pour le référencement d'utilisateurs, particulièrement pour les personnes en perte d'autonomie ou ayant une situation clinique complexe.
- Utiliser des pratiques, des procédures et des outils de travail harmonisés, afin d'offrir une expérience cohérente aux usagers et éviter le phénomène de porte tournante.
- Assurer la coordination et le partage des informations collectées entre les intervenants afin de favoriser une continuité des soins et services et de permettre une traçabilité du parcours de l'utilisateur.
- Mettre en place un mécanisme formel de rétroaction et d'analyse interdisciplinaire de la pertinence des références vers une consultation médicale.
- Assurer un accompagnement aux usagers vulnérables n'ayant pas la capacité de faire leurs propres démarches.

Offre de services

- Documenter et connaître les profils de la population orpheline ainsi que ses besoins.
- Développer une offre de services médicaux et professionnels multidisciplinaires accessibles, en accès adapté et en adéquation avec les besoins de santé chroniques ou ponctuels des usagers sans médecin de famille et en continuité des programmes et des trajectoires qui existent avec les prestataires de services actuels.
- Développer et reconnaître les champs de pratiques des professionnels, notamment par l'utilisation d'ordonnances collectives et le décloisonnement des professions.
- Mettre en place un mode de référencement harmonisé afin de permettre une communication bidirectionnelle entre les professionnels et un échange d'informations cliniques facilitant la continuité de soins pour l'utilisateur.
- Assurer un équilibre entre l'offre de rendez-vous médicaux et la demande des usagers sans médecin de famille, ainsi que des modalités permettant de contribuer positivement au fonctionnement des GAP et de répondre aux besoins des usagers orphelins, notamment en ce qui a trait au délai de disponibilité, à la répartition tout au long de l'année et à la durée des plages de consultation.
- Dégager de la capacité médicale grâce à l'implication de la relève médicale et des IPSPL, l'application des principes d'accès adapté et la délégation d'actes professionnels, tout en respectant l'autonomie et les modes de fonctionnement interne des cliniques médicales.
- Formaliser le parcours des usagers par la mise en place de trajectoires permettant une meilleure coordination des soins et de la communication entre les intervenants.
- Recenser les ressources disponibles sur le territoire et en posséder une connaissance fine afin de faciliter leur accès à l'utilisateur.

Ressources humaines

- Développer une méthodologie de calcul afin de déterminer l'adéquation entre les besoins en ressources humaines et la performance attendue des GAP.
- Assurer la mise en place de ressources dédiées et suffisantes ainsi que la stabilité du personnel, autant administratif qu'infirmier, afin de contribuer à la qualité de l'orientation des demandes et au maintien de l'expertise acquise dans l'équipe.
- Clarifier les rôles et les responsabilités du personnel du GAP, définir des lignes directrices claires et veiller à une répartition adéquate des tâches.
- Assurer une gestion de proximité et apporter un soutien administratif et clinique au personnel afin d'offrir des services de qualité et de favoriser l'amélioration continue au sein de l'équipe du GAP.
- Mettre en place un programme d'accueil, d'orientation et d'intégration (AOI) et fournir de la formation continue qui permet une mise à niveau des connaissances et des compétences spécifiques pour le personnel du GAP.
- Réaliser des audits ainsi qu'une rétroaction individualisée, notamment au niveau de l'évaluation téléphonique et des notes au dossier.

Gestion des données

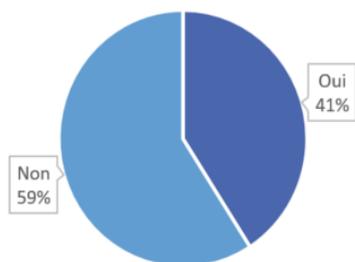
- Mettre en place une base de données où l'ensemble des informations recueillies en lien avec les demandes adressées au GAP sont saisies et enregistrées de façon structurée, rendant possible la réalisation des analyses nécessaires.
- Utiliser des outils technologiques fonctionnels et conviviaux pour la compilation des statistiques, permettant d'évaluer le rendement des services et constituer le système de suivi de la performance des indicateurs regroupés en tableaux de bord.
- Effectuer un suivi formel et périodique des indicateurs de performance aux niveaux stratégique, tactique et opérationnel, en collaboration avec les partenaires de la première ligne afin de mieux répondre aux besoins de la population et dans une optique d'amélioration continue.

Outils technologiques et santé numérique

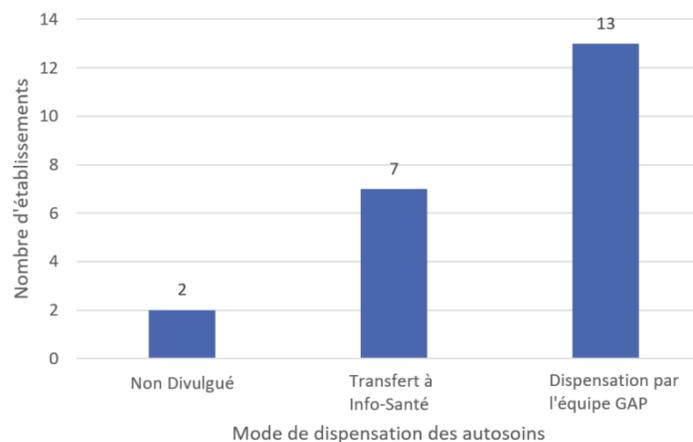
- Mettre en place des outils technologiques et numériques assurant le soutien des processus du GAP et permettant ainsi la documentation numérique des notes cliniques, ainsi que pour la référence et l'orientation des usagers au sein du réseau.
- Assurer l'interopérabilité entre les divers systèmes informatiques afin de favoriser le partage d'informations et la continuité informationnelle entre les intervenants.
- Mettre à la disposition de l'équipe du GAP un répertoire de ressources contenant des informations descriptives sur les guichets d'accès, les organismes sociocommunautaires et les services offerts par différents professionnels autant publics que privés sur leurs territoires et permettant une recherche conviviale.

Annexe 2 : Représentation graphique des données comparatives

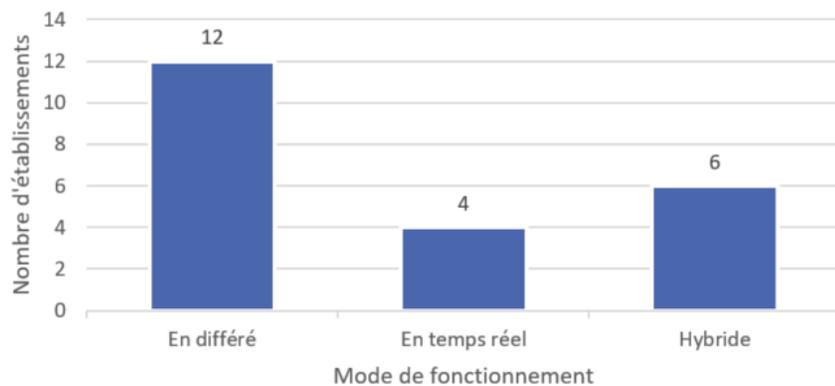
Pourcentage des établissements pour lesquels une priorisation des demandes des usagers est effectuée par les AA



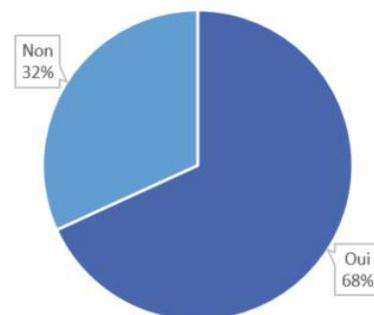
Nombre d'établissements selon le mode de dispensation des autosoins



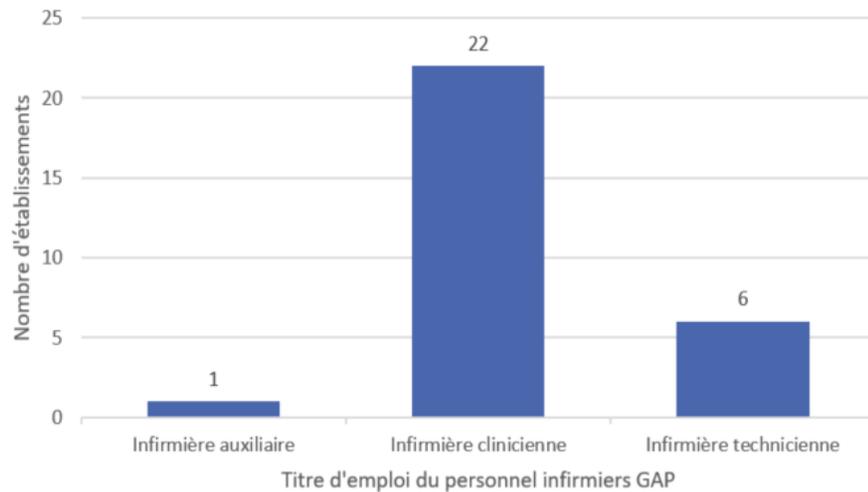
Nombre d'établissements selon le mode de fonctionnement (au moment de la visite)



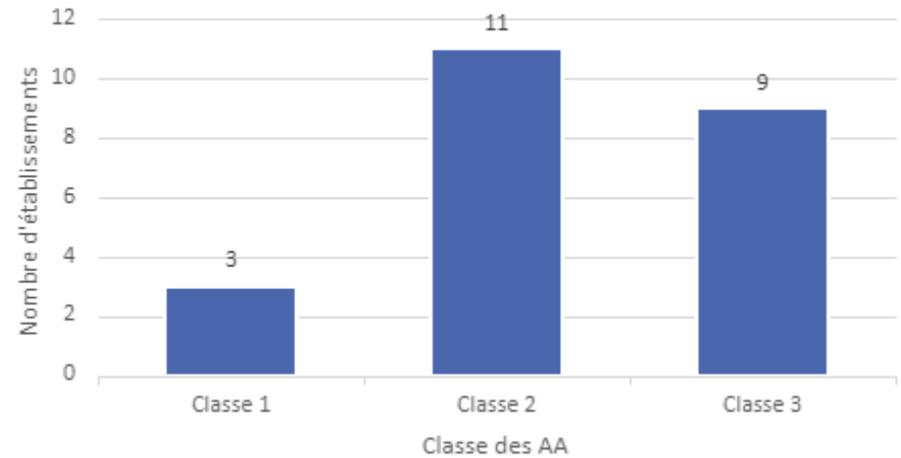
Pourcentage des établissements ayant des services professionnels transitoires



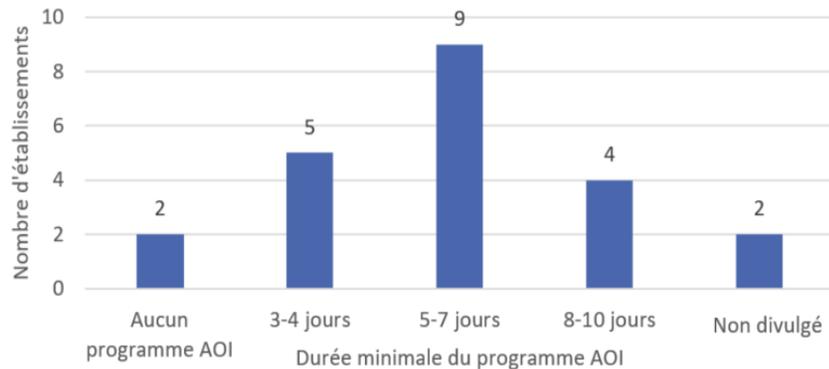
Nombre d'établissements selon la composition de l'équipe de soins infirmiers au GAP



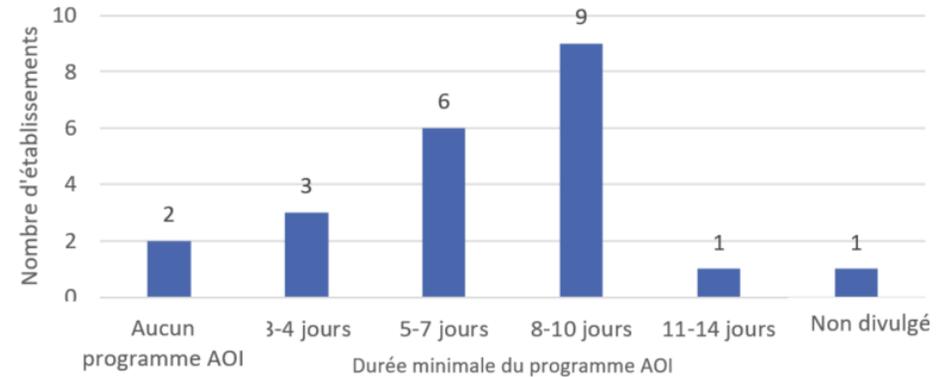
Nombre d'établissements selon la classe des AA



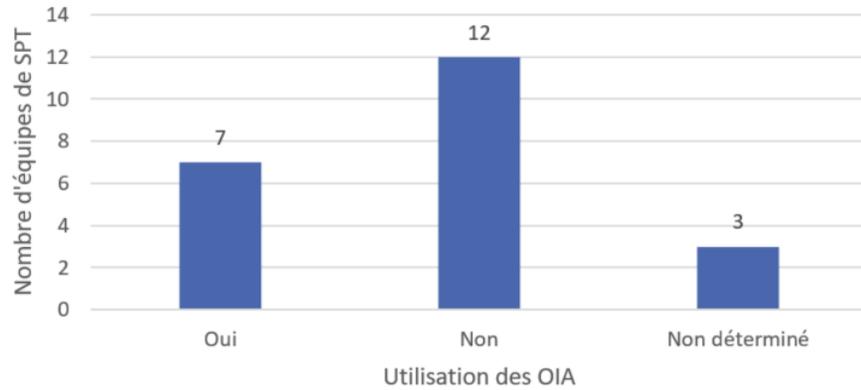
Nombre d'établissements en fonction de la durée minimale du programme AOI (AA)



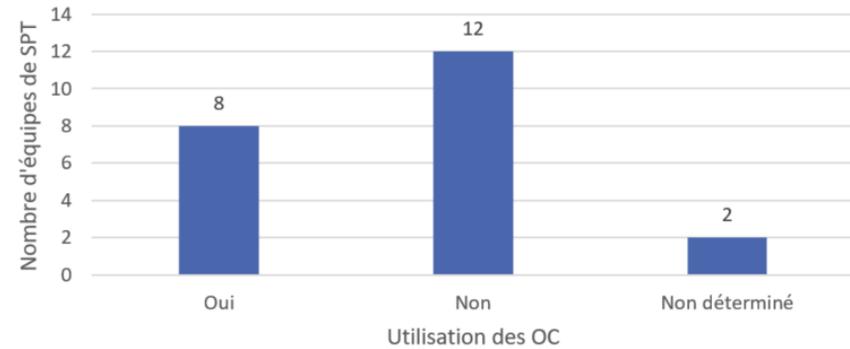
Nombre d'établissements en fonction de la durée minimale du programme AOI (infirmière)



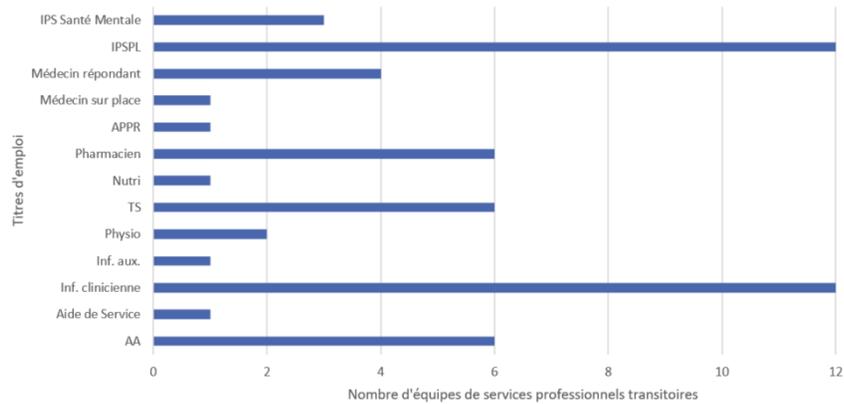
Nombre d'équipes de services professionnels transitoires (SPT) utilisant des ordonnances individuelles d'ajustement (OIA)



Nombre d'équipes de services professionnels transitoires (SPT) utilisant des ordonnances collectives (OC)



Titres d'emploi dans l'équipe des services professionnels transitoires



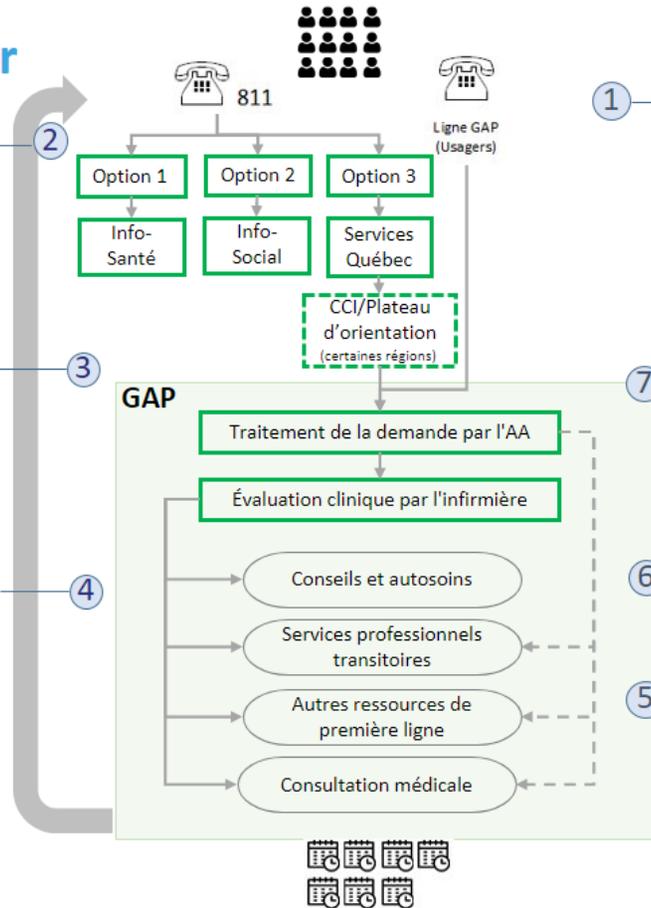
Annexe 3 : Principaux enjeux en lien avec le parcours de l'utilisateur et l'offre de services et trajectoires

ENJEUX Parcours de l'utilisateur

- 3 à 4 transferts de lignes pour parler à l'infirmière GAP
 - Partage de l'information entre les intervenants
- Arrimage entre Services Québec \Info-Santé\ Info-Social et les GAP
 - Gestion de l'achalandage
 - Délai d'attente pour parler à AA*
- Durée de traitement des appels par l'AA
- Niveau de responsabilités confié à l'AA
- Application variable du tri de pertinence
- 3 modes de fonctionnements différents (temps réel, différé, hybride)
- Délai d'attente ou de retour de l'appel par l'infirmière
 - Durée de traitement des appels par l'infirmière
 - Évaluation, priorisation et orientation variables pour les usagers pour un même problème de santé (outils non harmonisés)

*Agente administrative

Besoins de santé de la population admissible au GAP



Réponse aux besoins de santé de la population admissible au GAP

- 1 • Connaissance du GAP, de son fonctionnement et de sa portée par la population
- Horaires d'ouverture
- Compétition et confusion entre les portes d'entrée
- Implication des usagers partenaires utilisateurs
- 3 • Adéquation entre le volume des appels à traiter et la quantité de personnel affectée
- Stabilité du personnel
- Orientation et formation du personnel
- Support d'experts-conseils et soutien clinique
- 4 • Arrimage GAP - Réorientation urgence
- Arrimage GAP - Paramédecine de régulation
- 5 • Fonctionnalités orchestrateur/RVSO
- Accès aux données pertinentes
- Qualité de la donnée
- Interopérabilité des systèmes
- Traçabilité du cheminement de l'utilisateur
- Utilisation de la télésanté
- 6 • Arrimage GAP - Réorientation urgence
- Arrimage GAP - Paramédecine de régulation
- 7 • Adéquation entre le volume des appels à traiter et la quantité de personnel affectée
- Stabilité du personnel
- Orientation et formation du personnel
- Support d'experts-conseils et soutien clinique

Source : Équipe tactique mandat national tournée des GAP (Septembre, 2023)

ENJEUX

Trajectoires et offres de services

Trajectoires

- Connaissance des besoins de la population visée
 - Mécanismes de référencement
 - Compétition des trajectoires
- Trajectoires de soins formalisées, incluant avec les médecins spécialistes
- Dualité des conditions aiguës, semi-aiguës, urgentes, semi-urgentes, non urgentes

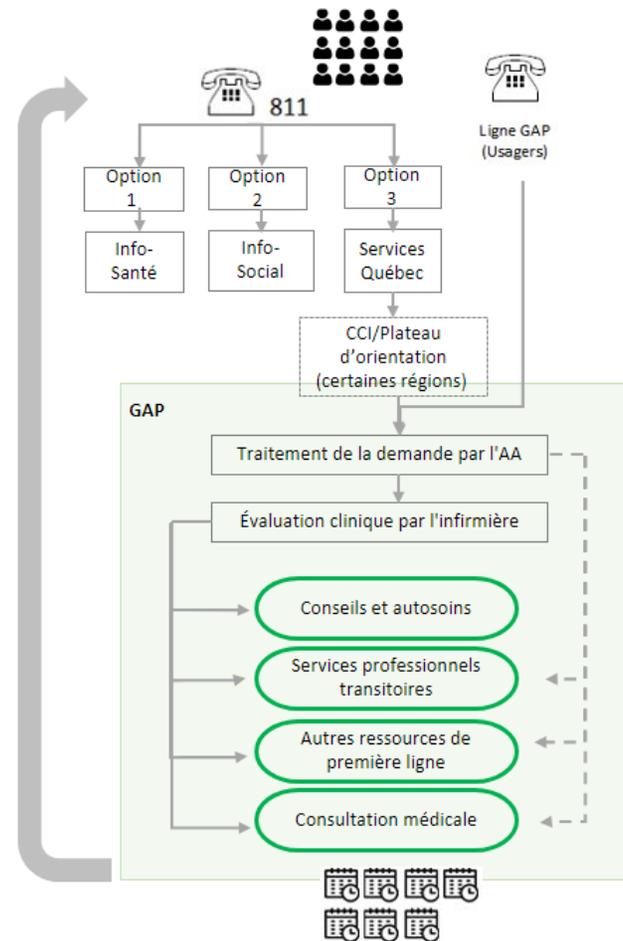
Offre interdisciplinaire

- Disponibilité en temps opportun et sans frais des services professionnels de première ligne, publics et privés
- Connaissance par les intervenants de l'offre des services de première ligne
- Accès aux professionnels interdisciplinaires des cliniques médicales pour les usagers en inscription de groupe
- Accès à une offre de services comparable à un GMF pour la population sans médecin de famille
 - Services professionnels en pharmacie communautaire
 - Utilisation des ordonnances collectives
- Connaissance et reconnaissance de l'étendue des différents champs de pratique

Offre médicale

- Adéquation entre l'offre médicale et les besoins de la population visée
 - Accessibilité en temps opportun au médecin
 - Message véhiculé : 1 rendez-vous médical pour 1 besoin de santé
 - Délai de disponibilité des plages de rendez-vous convenu avec le GAP
- Répartition des plages de rendez-vous tout au long du trimestre, 7 jours/7
 - Pairage au GMF attribué pour les usagers en inscription de groupe
 - Restrictions sur l'utilisation des rendez-vous

Besoins de santé de la population admissible au GAP



Réponse aux besoins de santé de la population admissible au GAP

Source : Équipe tactique mandat national tournée des GAP (Septembre, 2023)

Annexe 4 : Recueil des pistes d'amélioration

Gouvernance

- Positionner le GAP comme une activité prioritaire de l'établissement afin de soutenir les actions et l'affectation des ressources requises à son développement et sa performance.
- Consolider la gouvernance et piloter à tous les niveaux de l'organisation (stratégique, tactique et opérationnel) le déploiement et l'amélioration continue de la performance du GAP et de l'accès adapté à une offre pertinente de services professionnels et médicaux de façon à ce que toutes les directions cliniques et de soutien soient mises à contribution au moment opportun.
- Assurer la mise en place d'un leadership en cogestion entre la direction responsable hiérarchique du GAP, de la DSP et du chef du DRMG où les rôles et les responsabilités sont bien établis et appropriés par les membres de ces directions.
- Impliquer la DSI, la DSM et la DSP, ainsi que leurs instances professionnelles pour soutenir et encadrer l'utilisation optimale des compétences professionnelles et le développement des outils, des protocoles et des ordonnances collectives pour améliorer le fonctionnement et la performance du GAP.
- Impliquer les directions programmes-services afin d'établir les trajectoires de services et leurs modalités d'accès pour les personnes en provenance du GAP.
- Impliquer, au moment opportun, des directions administratives et de soutien.
- Adopter un plan d'amélioration continue d'amélioration de qualité et de la performance et en assurer le suivi par un pilotage à tous les niveaux de l'organisation.
- Mettre en place un mécanisme d'assurance qualité permettant une révision du traitement des appels et la réalisation de mesures d'amélioration.
- Rendre disponible les données, par l'intermédiaire de tableaux de bord, qui contribuent à l'analyse des besoins de santé de la population, de la performance des activités réalisées et l'accès adaptés aux services médicaux et professionnels requis.
- Impliquer aux différents niveaux de la gouvernance des usagers partenaires utilisateurs du GAP.
- S'assurer d'impliquer les usagers utilisateurs du GAP dans la démarche d'amélioration continue par exemple :
 - Réaliser un sondage auprès des usagers pour connaître leurs besoins d'informations en lien avec le GAP.
 - Développer un questionnaire d'expérience usager.
- Compte tenu que le DRMG, en collaboration avec la direction générale et la direction des services professionnels de l'établissement, est l'instance privilégiée pour assurer la régulation de l'offre et de l'organisation des services médicaux du réseau des cliniques privées, nous leur avons soumis quelques pistes d'actions à réaliser de façon à contribuer davantage à la performance des GAP. Dans plusieurs milieux certaines de ces actions sont à poursuivre puisqu'elles sont déjà présentes ou en cours de réalisation, alors que pour d'autres elles doivent être initiées. Ainsi il a été demandé aux DRMG de :
 - S'assurer que le rôle et les responsabilités du chef du DRMG, des CML et des responsables des tables médicales locales sont définis, exécutés par leurs titulaires et connus des médecins du territoire et de l'établissement.
 - Exercer leur rôle et leurs responsabilités permettant la régulation de l'offre de services médicaux et son organisation auprès des cliniques médicales
 - Tenir des rencontres formelles et régulières avec les responsables des cliniques médicales pour partager l'information, maintenir et susciter la mobilisation des médecins ainsi qu'identifier les pistes d'amélioration au fonctionnement et à la performance des GAP.
 - Participer à l'identification de mesures de contingence lorsque l'offre de services médicaux est insuffisante sur un territoire.

Gouvernance

- Suivre l'évolution du fonctionnement et de la performance du GAP, documenter les écarts entre l'offre et la demande de rendez-vous médicaux par RLS et prendre les actions requises avec les cliniques médicales pour améliorer l'accès à ces services.
- Travailler en étroite collaboration avec les gestionnaires associés au GAP visant l'amélioration des processus administratifs et des trajectoires cliniques.
- Impliquer davantage les parties prenantes externes qui peuvent contribuer à enrichir l'offre de services multidisciplinaires de façon à permettre de :
 - Répertorier les offres de service existantes sur le territoire de desserte
 - Convenir, à partir des besoins de services documentés par le GAP, de trajectoires de service et les modalités d'orientation et de référencement visant une réponse adaptée aux besoins de l'utilisateur.
- Inclure les médecins spécialistes en tant que partie prenante, communiquer avec eux pour les informer du fonctionnement des GAP et impliquer les médecins spécialistes responsables afin d'établir les trajectoires bidirectionnelles via le GAP.
- Impliquer davantage le comité régional des services pharmaceutiques (CRSP) au sein de la gouvernance relative au GAP et prendre les moyens pour communiquer et interagir efficacement avec les pharmaciens communautaires visant l'exercice du champ de pratique et la mise en place de trajectoires ainsi que leurs modalités d'accès.
- Mettre en place des moyens sécuritaires et efficaces pour communiquer et interagir efficacement entre les établissements et le réseau privé des pharmacies.
- Mettre en œuvre un plan de communication régional qui vise à développer une meilleure compréhension de la mission et du fonctionnement du GAP ainsi que l'accès aux services médicaux et multidisciplinaires. Ce plan doit :
 - Rejoindre, en complément à la campagne nationale et en se basant sur la trousse d'outils mise à la disposition des établissements par la Direction des communications nationale, la population en adaptant le message aux besoins régionaux.
 - Rejoindre directement les personnes inscrites au GACO pour les informer du GAP et de son offre de service et fonctionnement.
 - Rejoindre les médecins, le personnel de l'établissement et les contributeurs externes, avec des messages adaptés qui permettent une meilleure compréhension de la mission, du fonctionnement du GAP et de l'accès aux services médicaux et multidisciplinaires.

Processus

- Effectuer les autosoins par l'infirmière du GAP pour éviter un transfert et une coupure dans la réponse au besoin de l'utilisateur.
- Tout intervenant en contact avec l'utilisateur doit s'identifier par son nom et son titre d'emploi.
- Mettre en place un accès au GAP dédié (ligne professionnelle, courriel, etc.) aux intervenants de l'établissement et aux partenaires externes qui accompagnent un utilisateur pour lequel son intervention est requise afin de faciliter le parcours de cet utilisateur.
- Assurer que tous les appels entrants à l'intérieur des heures d'ouverture soient répondus et que la raison d'appel soit saisie et documentée le jour même. L'organisation des horaires de travail doit être adaptée en conséquence.
 - Aucune limite du nombre d'appels ne doit être appliquée et les utilisateurs ne doivent pas être invités à rappeler le lendemain.
- Toutes les demandes doivent avoir été traitées dans un délai maximal de 36 heures, c'est-à-dire que l'utilisateur doit avoir reçu des conseils cliniques appropriés pour appliquer lui-même les soins appropriés, avoir été orienté ou référé au service requis ou lorsque possible, avoir obtenu un rendez-vous au regard de ses besoins.
- Mettre en place un accès au GAP adapté aux clientèles vulnérables ainsi qu'un accès dédié aux intervenants de l'établissement qui accompagnent un utilisateur pour lequel son intervention est requise afin de faciliter le parcours de cet utilisateur.
- Définir une cible d'amélioration et prendre les actions nécessaires visant à réduire le temps d'attente pour parler avec l'AA et l'infirmière.
- Les intervenants du GAP ne peuvent demander à un utilisateur orienté vers une consultation médicale de rappeler, par faute de la disponibilité d'un rendez-vous.
- Lorsqu'un utilisateur reçoit un service et qu'un suivi est requis, les médecins ou professionnels lui octroient un rendez-vous directement sans demander à l'utilisateur de reprendre le processus du GAP.
- Mettre à la disposition du personnel infirmier les protocoles d'Info-Santé pour la dispensation des conseils autosoins.
- S'assurer que les pratiques et les outils utilisés par l'AA pour orienter l'utilisateur, en toutes circonstances, sont sécuritaires, respectent le niveau de responsabilités et le champ de compétences des professionnels. La DSI doit valider ces outils plus spécifiquement, lorsque l'on demande à l'AA de prioriser l'intervention de l'infirmière.
- Revoir le processus d'évaluation, d'orientation et d'orientation par les infirmières au regard des pratiques professionnelles attendues, de la durée de traitement d'appel et de la documentation du dossier requise. La DSI doit être partie prenante de la démarche.
- S'assurer que les outils de travail répondent aux besoins des employés, qu'ils soient conviviaux et utilisés par l'ensemble des employés.
- Poursuivre le développement des outils pour soutenir l'évaluation clinique par le personnel infirmier.
 - Assurer une utilisation uniformisée des outils d'évaluation et de l'orientation des utilisateurs.
- Cartographier les ressources de première ligne disponibles afin d'orienter l'utilisateur le plus près de son domicile.
- S'assurer que le transfert de l'information entre les intervenants soit efficace aux différentes étapes du parcours de l'utilisateur.
- Mettre en place un mécanisme de rétroaction formel sur la pertinence clinique médicale et professionnelle, et sur les processus de référence en provenance du GAP avec les médecins et les partenaires impliqués dans la trajectoire de soins.
- S'assurer de l'analyse interdisciplinaire de la pertinence de la référence vers les médecins dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.
- Mettre en place un mécanisme d'amélioration continue, incluant une analyse de pertinence des références.

Offre de services

- Documenter, analyser et diffuser aux directions partenaires les problèmes de santé de la population inscrite au GACO et les demandes de services adressées au GAP afin de développer une offre de services en adéquation avec les besoins de la population et ainsi permettre un accès au bon professionnel, au moment opportun.
- Assurer que le fonctionnement du GAP est adapté à l'accès de certaines populations vulnérables.
- Consolider et développer une offre de service interdisciplinaire adaptée aux besoins de la population considérant les dispensateurs de services actuels et potentiels :
 - Professionnels et services dans les programmes-services du CISSS;
 - Professionnels et services des organismes communautaires;
 - Les services professionnels transitoires (*Cadre de référence accès - GAP*);
 - Prestataires de services professionnels privés.
- Assurer une offre de services pour la clientèle orpheline telle que l'on retrouve généralement dans les GMF pour la clientèle inscrite.
 - Les besoins les plus souvent identifiés sont pour les services suivants, couverts ou non par la RAMQ :
 - Bilan de santé;
 - Suivi de maladies chroniques;
 - Physiothérapie;
 - Psychologie;
 - Optométrie;
 - Dentisterie;
 - Podiatrie.
- S'assurer que les trajectoires et les mécanismes d'accès et de références aux services internes et externes sont structurés, efficaces, bidirectionnels et connus des intervenants.
 - De façon plus spécifique, des trajectoires doivent être développées avec les pharmacies communautaires pour permettre d'établir l'offre de services de chaque pharmacie, conséquente au développement de leur champ de compétences.
- Les équipes du GAP doivent être outillées pour connaître l'offre de services interne et externe de l'établissement et du territoire.
- L'établissement s'assure que les professionnels exercent pleinement leur champ de compétences professionnelles lors des interventions auprès des usagers dans une logique de hiérarchisation des soins et services et de collaboration interprofessionnelle.
 - Les champs de pratique professionnelle sont bien définis et communiqués dans l'établissement, auprès des partenaires et de la population.
 - L'organisation du travail permet à tous les professionnels d'exercer leur champ de compétences.
 - Favoriser l'utilisation des ordonnances collectives en se référant à celles développées par l'INESSS et en développer selon les besoins de l'établissement.
 - Les instances professionnelles, régionales et locales sont mobilisées et contribuent au développement de l'exercice de la pratique professionnelle.
- Documenter les écarts entre l'offre et la demande de rendez-vous médicaux par RLS, sous le leadership du DRMG et de ses officiers locaux. Poursuivre les démarches de collaboration avec les cliniques médicales afin de :
 - Augmenter l'offre de rendez-vous dans les territoires visés.
 - Permettre l'utilisation des plages de rendez-vous excédentaires d'un territoire à l'autre.
 - Étendre la disponibilité des rendez-vous, selon les besoins des usagers, sept jours par semaine, à certaines heures défavorables et pendant les longs congés, notamment les semaines de relâche.
 - Répartir les rendez-vous de façon à permettre une stabilité de l'offre tout au long d'un trimestre.
 - Rendre disponible une offre de rendez-vous dans un délai raisonnable et convenu avec le GAP.
 - Faciliter l'accès des usagers orphelins aux rendez-vous tout en maximisant l'appariement des usagers inscrits collectivement à sa clinique d'attribution.

Offre de services

- Considérer les besoins multiples de l'utilisateur et assurer d'une réponse à l'ensemble de ses besoins médicaux sur un ou plusieurs rendez-vous si nécessaire dans la même clinique, sans passer par le GAP à nouveau.
- Limiter au minimum les restrictions d'utilisation des rendez-vous médicaux.
- Lorsque l'offre de rendez-vous médicaux est insuffisante, malgré une offre professionnelle et des trajectoires de soins complémentaires, et ce, après une évaluation de pertinence, l'établissement et le DRMG doivent identifier les mesures de contingence appropriées de façon à permettre au GAP de compléter la référence lors du traitement de la demande.
- Assurer un accès aux professionnels des GMF pour la clientèle inscrite en groupe.
- En présence de GMF avec des expertises particulières, bien documenter et maintenir à jour l'offre de services des GMF du territoire, puis établir des corridors de services arrimés avec le GAP.

Ressources humaines

- Déterminer, rédiger et diffuser les rôles et responsabilités pour chaque titre d'emploi œuvrant au GAP.
- Assurer le soutien d'un conseiller en soins infirmiers dédié au GAP qui jouera spécifiquement le rôle de soutien clinique et le développement des compétences du personnel.
- S'assurer qu'un programme d'AOI permet au personnel l'appropriation des différents outils de travail et développer une aisance, lui permettant de répondre aux besoins de toutes les clientèles de la région et par RLS.
 - S'assurer que le personnel détient les compétences pour répondre aux besoins de la clientèle en termes d'évaluation téléphonique, de priorisation, d'enseignement clinique et qu'il connaît les ressources de son territoire pour orienter l'utilisateur au bon endroit au bon moment.
 - Mettre en place une évaluation formelle des compétences aux termes de l'orientation.
 - Offrir aux employés une rétroaction individualisée ainsi qu'un accompagnement personnalisé à la fin du programme d'orientation et sur une base régulière par la suite.
- Mettre en place un mécanisme d'assurance qualité permettant une révision du traitement des appels et la réalisation de mesures d'amélioration.
- À partir des besoins identifiés, déterminer la structure des postes qui est requise au fonctionnement optimal du GAP et doter ces postes pour assurer la stabilité du personnel.

Gestion des données

- Identifier et collecter les données requises pour la prise de décisions notamment qui permettent la consolidation de l'offre de service médical et interdisciplinaire ainsi que l'amélioration des processus.
- L'établissement doit assurer l'accompagnement de l'équipe GAP par des équipes de soutien possédant une expertise en gestion de données, évaluation et gestion de la performance et de la qualité afin de :
 - Déterminer le processus d'analyse, de collecte et d'extraction de données.
 - Déterminer le processus de valorisation des données.
 - Favoriser le développement des outils automatisés et de la méthodologie de collecte, de traitement et d'analyse de données limitant des erreurs liées aux facteurs humains tels que la saisie erronée ou incomplète.
 - Veiller à la qualité et à la fiabilité répétitive et répliquable des données colligées, tout au long du processus.
 - Élaborer des tableaux de bord adaptés à la réalité de la région regroupant les informations nécessaires à l'appréciation de la performance et à la prise de décisions partagées.
- Diffuser les données périodiquement et en continu aux différentes parties prenantes, incluant le DRMG et les médecins du territoire.
- Favoriser une culture réflexive basée sur les données en partageant les constats, en proposant des solutions basées sur la lecture des données, et ce, avec l'ensemble des parties prenantes (établissement, équipes cliniques, partenaires externes, etc.).

Outils technologiques et santé numérique

- Assurer le transfert de la note infirmière au médecin via solution électronique ou web plutôt que par fax téléphonique.
- Assurer une mise à jour du bottin des ressources régionales et permettre de façon conviviale la recherche de l'information organisée et structurée, facilitant l'utilisation par le personnel notamment par l'informatisation.
- S'assurer que la transmission de photos de la part des usagers s'effectue de façon sécurisée et que celles-ci soient ajoutées au dossier de l'utilisateur.

Annexe 5 : Recueil des pratiques à souligner observées

Gouvernance

- ✓ Le déploiement du GAP est un projet prioritaire du PDG de l'établissement et des gestionnaires.
- ✓ Le déploiement et le développement du GAP sont pilotés systématiquement au comité de direction de l'établissement, ce qui a permis de prendre des décisions en continu favorisant la performance de ce dernier.
- ✓ La haute direction de l'établissement s'est assuré que le déploiement et le développement des GAP soit piloté systématiquement à tous les niveaux de l'organisation, impliquant les directions concernées et les principales parties prenantes.
- ✓ L'établissement a intégré sous une même direction l'accès aux services de première ligne.
- ✓ Une cartographie complète de l'offre médicale et des activités médicales sur le territoire a été réalisée afin de bien connaître les enjeux sur le terrain et d'avancer les réflexions sur les données.
- ✓ Le chef du DRMG, appuyé par des données objectives, est intervenu auprès de certaines cliniques médicales de son territoire afin d'obtenir une contribution supplémentaire à l'offre de services.
- ✓ Le chef de DRMG, appuyé par des données objectives, est intervenu auprès d'une clinique afin d'assurer l'adéquation entre l'offre et la demande des inscriptions collectives et de rendez-vous sur son territoire.
- ✓ Un médecin-conseil soutient la gestion des activités du GAP. Il participe au comité de gestion du GAP et il interpelle les cliniques médicales pour obtenir des ajustements à l'offre de services médicaux, lorsque requis. Il participe également à la validation d'outils cliniques, des orientations, des tâches infirmières et des critères d'admissibilité aux SPT.
- ✓ L'implication du chef médical de l'urgence au niveau du comité de déploiement du GAP apporte un regard supplémentaire sur les enjeux d'accès aux services de première ligne et contribue à la recherche de solutions innovantes.
- ✓ Un chef de table locale s'implique pour assurer la promotion et une meilleure compréhension du GAP auprès des cliniques médicales de sa région.
- ✓ Le CRSP, par l'entremise du vice-président, a développé une communication interactive avec les pharmacies communautaires permettant les échanges sur les principaux enjeux, notamment ceux reliés aux mécanismes d'accès et de suivi des usagers du GAP et à l'exercice du champ de pratique des pharmaciens.
- ✓ L'établissement a élaboré un plan de communication qui a permis la circulation de l'information aux partenaires internes, aux partenaires externes et à la population, facilitant ainsi la compréhension sur la mission du GAP et de son mode de fonctionnement.
- ✓ Un patient partenaire est impliqué dans une vision de co-construction avec l'établissement.
- ✓ Les commentaires des usagers sont pris en considération dans le processus d'amélioration continue du GAP.

Processus

- ✓ L'établissement a mis en place un accès intégré harmonisé, ce qui facilite la référence vers les services de l'établissement
- ✓ Les infirmières du GACO traitent les demandes plus complexes adressées au GAP, telles que le troubles cognitifs et mandat d'inaptitude.
- ✓ La création du formulaire de référence unique vers le GAP, disponible sur l'intranet, permettant l'envoi des références par les professionnels de la santé de l'établissement ainsi que par les partenaires et les médecins spécialistes.
- ✓ Les notes cliniques d'évaluation de l'infirmière du GAP suivent toutes les références des usagers vers d'autres services, en incluant l'orientation vers l'urgence et l'orientation en pharmacie communautaire.
- ✓ Les usagers peuvent adresser une demande au GAP en remplissant un formulaire numérique développé localement, qui est acheminé à l'équipe du GAP.
- ✓ En mode différé, les AA donnent un rendez-vous à l'utilisateur pour parler avec l'infirmière, ce qui permet d'éviter les multiples tentatives de rappels.
- ✓ Les interventions directes d'une pharmacienne de l'équipe GAP auprès des pharmacies communautaires facilitent l'accès aux services pharmaceutiques conformément au champ de pratique des pharmaciens.
- ✓ Un guichet d'accès a révisé le contenu des notes infirmières à envoyer aux cliniques médicales avec des représentants médicaux désignés à cet effet.
- ✓ Un établissement a regroupé dans un même document informatisé de la suite Microsoft 365 les outils utilisés par l'équipe du GAP.

Offre de services

- ✓ La documentation des raisons d'appels dans une base de données permet à l'établissement d'avoir des informations précises sur les besoins des usagers et d'arrimer l'offre de services du GAP aux besoins de la population.
- ✓ L'établissement a créé des pôles en santé mentale et maladies chroniques pour répondre aux besoins plus chroniques de la clientèle visée par le GAP.
- ✓ Un projet pilote de développement de la physiothérapie au GAP a récemment été mis en place dans un établissement en collaboration avec une équipe de recherche de l'Université de Montréal.
- ✓ Des travaux en collaboration avec un dentiste sont en cours afin de proposer une offre de services en dentisterie au GAP.
- ✓ Le SPT mis en place permet d'assurer une offre de service minimale aux usagers nécessitant le suivi d'une condition chronique ou des services préventifs et de dépistage en attendant une prise en charge par un médecin de famille et son équipe interdisciplinaire. L'équipe des SPT est composée d'une IPSPL, d'une infirmière clinicienne qui utilise des OIA et des OC, d'un pharmacien communautaire et d'une travailleuse sociale.
- ✓ Un référencement est organisé entre le GAP et d'autres services du CISSS, incluant une rétroaction à l'infirmière du GAP.
- ✓ L'établissement a développé une trajectoire post-hospitalisation entre une infirmière de liaison et le GAP lorsque les usagers ont leur congé de l'hôpital.
- ✓ L'ouverture d'une clinique multidisciplinaire de proximité avec une IPSPL, où la pratique professionnelle est appuyée par plusieurs ordonnances collectives a permis d'offrir des services médicaux et professionnels dans un RLS dépourvus d'effectifs.
- ✓ Les plages horaires médicales peuvent être modulées pour des rendez-vous de 15, 30 et 40 minutes. De façon générale, les plages sont offertes aux deux semaines à tour de rôle par les médecins, permettant de répondre à la demande des usagers qui ont des besoins de santé plus complexes.
- ✓ Le GMF a revu l'organisation du travail et a développé un accès multidisciplinaire visant une plus grande pertinence des consultations médicales et leur permettant de contribuer à l'offre de services à la population sans médecin de famille.
- ✓ Le GAP a développé une offre de services professionnels multidisciplinaires, où la pratique professionnelle est appuyée par plusieurs ordonnances collectives avec des rendez-vous disponibles en accès adapté.
- ✓ Le GAP a développé, en collaboration avec les programmes-services, des trajectoires formalisées comme par exemple pour la clientèle DI-TSA-DP.

Ressources humaines

- ✓ Un programme d'accueil, orientation et intégration du personnel complet et bien structuré. Il est d'une durée prévue de deux semaines, selon le niveau d'expérience de l'employé. Il prévoit une orientation fonctionnelle, théorique et pratique, se conclut par une évaluation formelle et se poursuit par de l'accompagnement individualisé.
- ✓ Des audits sont réalisés par écoute téléphonique et la lecture des notes au dossier dans le cadre de l'AOI et un retour individualisé est effectué avec chaque employé.
- ✓ Des "midis savants" hebdomadaires sont mis en place, offrant des occasions de développement des compétences pour le personnel. Le travail d'équipe, l'échange d'expertise et la culture de partage des connaissances sont encouragés, permettant ainsi une meilleure prise en charge des usagers.
- ✓ Des capsules d'informations sont développées par les IPSPL pour affiner les orientations et accroître la confiance des infirmières dans leur rôle. Cette collaboration favorise également la mise à niveau des connaissances sur différentes situations cliniques.
- ✓ L'animation de stations visuelles impliquant à la fois les équipes du GAP, du GAMF et du programme GMF, favorisant la mobilisation du personnel et la collaboration interservices.
- ✓ Des descriptions de fonction sont élaborées, incluant les compétences et exigences du personnel.

Gestion des données

- ✓ L'établissement a mis en place un lac de données ainsi que des tableaux de bord automatisés de façon simultanée avec le développement et l'implantation du GAP.
- ✓ Les statistiques du GAP sur la volumétrie des demandes bidirectionnelles entre le GAP et les pharmacies communautaires sont diffusées aux pharmaciens communautaires par le CRSP.

Outils technologiques et santé numérique

- ✓ L'utilisation d'un DMÉ commun par l'équipe du GAP, l'équipe des SPT et les cliniques médicales facilite le partage d'informations entre les professionnels, favorise une meilleure coordination entre les interventions et permet une prise en charge plus fluide des patients.
- ✓ La téléconsultation est utilisée par les professionnels des SPT.

Annexe 6 : Paramédecine de régulation

Le ministère soutient le déploiement de la paramédecine de régulation dans l'ensemble des régions, visant l'intégration de ces services au GAP. La mise en place de la paramédecine de régulation au Québec a pour objectif de :

- Éviter des transports non requis vers les salles d'urgence en orientant l'utilisateur vers une autre destination de soins;
- Optimiser l'utilisation des ressources;
- Éviter le dédoublement de structure;
- Profiter de l'expertise développée au niveau des trajectoires de soins en première ligne;
- Donner une réponse plus adaptée aux besoins de santé des usagers en les orientant vers le bon service;
- Diminuer l'utilisation des ressources ambulancières pour des appels non urgents;
- Diminuer l'engagement des urgences avec des usagers qui n'ont pas besoin du plateau technique.

L'intégration de la paramédecine de régulation au GAP est en phase de démarrage et au moment des visites, a été mise en œuvre par une faible proportion des établissements de la province. Ceux qui l'ont déployé l'ont fait selon différents modèles d'arrimage en ce qui a trait au triage secondaire et à la co-évaluation entre les centres de triage des services ambulanciers et les services du GAP.

Parmi les modèles rapportés lors des visites :

- Le personnel de la paramédecine de régulation, après avoir fait l'évaluation de l'utilisateur, demande à ce dernier de prendre rendez-vous lui-même auprès d'un médecin via RVSQ.
- Le personnel de la paramédecine de régulation, après avoir fait l'évaluation de l'utilisateur, transfère la demande (soit via une tâche au DMÉ ou via la ligne professionnelle téléphonique) à l'équipe du GAP pour que celle-ci donne le rendez-vous médical.
- Le personnel de la paramédecine de régulation travaille en collaboration avec l'équipe du GAP pour que celle-ci complète l'évaluation de l'utilisateur et l'orientation vers le bon professionnel.

Il est à noter que dans certaines régions, la paramédecine de régulation ne cible qu'une clientèle spécifique, soit les usagers en résidences pour personnes âgées autonomes.

La paramédecine de régulation s'amorce au Québec avec la contribution des GAP, considérant l'expertise des intervenants et les outils d'accès aux services médicaux et professionnels qu'ils ont développé. Cette voie semble prometteuse. Or, quelques enjeux ont été soulevés, notamment l'impact sur les besoins de main-d'œuvre dans un contexte de rareté ainsi que le partage de l'information sécurisé entre les intervenants. Les processus actuellement en place dans les GAP représentent également un défi pour assurer un délai de réponse rapide.

Annexe 7 : Réorientation des usagers de l'urgence

Différents modèles ont été déployés pour l'arrimage entre les services d'urgence et le GAP afin de réorienter les usagers ambulatoires sans médecin de famille qui se présentent à l'urgence avec un besoin de santé non urgent.

Les services d'urgence de certains établissements peuvent :

- Être autonomes et donner des rendez-vous médicaux directement via RVSQ;
- Utiliser des plages de rendez-vous non utilisées par le GAP (bascule quatre heures avant les rendez-vous disponibles);
- Envoyer une demande au GAP pour une orientation appropriée de l'utilisateur. Deux scénarios sont alors possibles :
 - L'infirmière du GAP rappelle l'utilisateur dans le délai déterminé par l'établissement pour faire une réévaluation complète de l'utilisateur et lui octroyer un rendez-vous médical lorsque requis ou l'orienter vers une ressource qui répondra à son besoin.
 - L'AA du GAP octroi le rendez-vous médical, selon l'évaluation de l'infirmière du triage de l'urgence. À noter que l'infirmière du GAP peut être amenée à rappeler l'utilisateur pour une réévaluation lorsqu'aucun rendez-vous n'est disponible;
- Inviter l'utilisateur à faire ses propres démarches pour contacter le GAP, et lui donner congé de l'urgence.

Deux établissements ont mis en place un projet pilote soutenu par le MSSS pour l'implication du GAP dans les efforts de réorientation. Dans un établissement, les usagers orphelins identifiés comme réorientables par l'infirmière du triage sont alors dirigés vers une infirmière du GAP présente à l'urgence, qui réalisera une évaluation complète et orientera l'utilisateur vers le bon professionnel. L'autre établissement a plutôt convenu en collaboration avec l'OIIQ que l'infirmière du GAP évalue en amont du triage de l'urgence, à l'aide de critères spécifiques au GAP à l'urgence. Elle peut organiser un rendez-vous médical, ce qui diminue la pression sur les infirmières de triage de l'urgence, dans un contexte de pénurie importante. Des enjeux ont été identifiés en lien avec ces projets pilotes. Certains établissements mentionnent que l'ajout du GAP dans la trajectoire de l'urgence représente un dédoublement des activités, une utilisation non optimale des ressources et une certaine compétition avec les usagers réorientables de l'urgence, particulièrement lorsque l'évaluation de l'infirmière du GAP se fait après une évaluation de l'infirmière du triage. Des participants ont aussi rapporté une réticence de la part des urgentologues à déployer une trajectoire GAP, préférant continuer de répondre à cette clientèle ou craignant que ce passage à l'urgence pour obtenir un accès avec un médecin encourage les usagers à considérer l'urgence comme la porte d'entrée à privilégier pour un accès à des soins et services de première ligne plutôt que d'appeler le GAP en amont.

Il est souhaité par les participants rencontrés d'avoir un meilleur arrimage entre le GAP et les services d'urgence afin d'assurer un travail en complémentarité, éviter un dédoublement de tâches et garantir l'utilisation optimale des plages de rendez-vous médicaux.