

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

Sommaire exécutif

Michel Delamarre

Carine Sauvé

Dre Annie Talbot

Amélie Boulet

Isabela de Resende Braga

Camélia Bounhar

20 octobre 2023

Notre équipe d'intervention tactique a été mandatée par le ministère afin d'effectuer un état de situation du déploiement des GAP au Québec et de proposer au MSSS et aux établissements des pistes d'amélioration relatives à leur fonctionnement et à leur performance, afin de soutenir les orientations et identifier des conditions de réussite pour assurer un accès équitable aux médecins de famille, aux professionnels et aux services de première ligne à tous les Québécois. Nous avons développé une démarche exhaustive qui s'est déroulée d'octobre 2022 à la fin juin 2023. Cette démarche a nécessité le développement d'axes d'évaluation de la qualité et de la performance des GAP, la mise en place d'une gouvernance et des outils structurés de gestion de projet. Nous avons visité 22 établissements à travers la province et nous y avons rencontré les parties prenantes touchées par le GAP à tous les niveaux, passant par les dirigeants des CISSS/CIUSSS, les chefs de département régional de médecine générale (DRMG), les gestionnaires, les employés, les médecins de première ligne et des usagers utilisateurs des GAP. De plus, chacun des établissements a reçu un rapport individualisé, comportant des constats et des pistes d'amélioration (celles-ci sont regroupées à l'annexe 1). Au bilan, nous avons rencontré plus de 770 intervenants et 70 usagers et tenu environ 10 rencontres par jour avec chacun des établissements, pour un total approximatif de 220 rencontres d'échanges avec les établissements et les parties prenantes.

Nous souhaitons souligner toute l'énergie mise en œuvre par les établissements et les DRMG pour déployer les GAP et l'accès aux services médicaux et professionnels pour la population sans médecin de famille, dans un contexte de déploiement rapide, de pandémie et de rareté de ressources. Le citoyen sans médecin de famille a maintenant un accès dédié pour obtenir une évaluation de ses besoins de santé et être orienté vers les services les plus appropriés disponibles.

Les GAP peuvent compter sur une offre de services médicaux de plus de 500 000 inscriptions de groupe, un développement de services professionnels transitoires, l'évaluation clinique des besoins avec un tri de pertinence et une orientation d'usagers vers le bon professionnel pour répondre à ses besoins de santé. La valeur ajoutée des GAP est indéniable. Néanmoins, les résultats obtenus et les modes de fonctionnement sont très variables d'une région à l'autre et le déploiement réalisé jusqu'à maintenant se fait au prix de beaucoup d'efforts disparates. Des gains d'efficacité et d'efficacités sont nécessaires afin d'assurer l'accès aux services médicaux et professionnels à l'ensemble de la population dans le contexte actuel de rareté des ressources. Les pistes d'amélioration déjà indiquées aux établissements dans le cadre de notre tournée et les recommandations formulées dans ce rapport visent essentiellement à améliorer et simplifier le parcours de l'utilisateur, à améliorer la performance des GAP et la qualité de l'évaluation, de la priorisation et de l'orientation des usagers ainsi qu'à assurer à ces derniers un accès aux bons services médicaux et professionnels au moment opportun. L'harmonisation des rôles et des responsabilités, des pratiques et des outils doit permettre aux établissements d'assurer l'équité d'accès aux services pour les usagers indépendamment de leur statut ou de leur lieu de résidence.

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.

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.

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.
- Amorce 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.

GOVERNANCE

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.

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. 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. 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.

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 décision 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.

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. 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 coordonnateurs médicaux locaux (CML) et aux représentants des réseaux locaux de services (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 est volontaire et que les modalités relatives à l'organisation de l'offre de service sont limitées. Toutefois, il est souligné le peu de leviers, notamment le manque d'informations sur la contribution relative des médecins, pour intervenir.

L'implication des membres du comité régional des services pharmaceutiques (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 service optimales.

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. 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.

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.). 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.

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) : !
 - 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 :
 - 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 reliés 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 reliés 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.

PROCESSUS

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, du fonctionnement et de l'offre de services d'une région à l'autre.

Le parcours de l'utilisateur implique de 3 à 4 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. 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. Plusieurs usagers-utilisateurs du GAP interrogés ont aussi mentionné qu'ils ne savent pas si le contact est administratif ou clinique ou encore à quel service ils s'adressent (GAP, Services Québec ou Info-Santé). 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. 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.

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. Lorsque les usagers sont référés ou orientés vers d'autres services intra ou extra établissement, il est impossible pour la majorité des GAP d'avoir une traçabilité du parcours des usagers et de s'assurer que les usagers ont eu le service requis dans le délai attendu.

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 guichet d'accès à un médecin de famille (GACO). 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 de la nature des demandes.

Lors de nos visites, nous avons constaté qu'il existe trois modes de fonctionnement différents pour le traitement des demandes adressées au GAP : temps réel 18 %, différé 55 % et hybride 27 %.

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. 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.

Il a été constaté lors des visites une grande variabilité des délais de réponse pouvant varier entre moins de 5 minutes jusqu'à 4 heures pour les AA et entre moins de 5 minutes jusqu'à 2 heures pour les infirmières qui fonctionnent en temps réel. En mode différé ou hybride, il a été constaté lors des visites que le délai de rappel par l'infirmière varie entre le jour même et plusieurs semaines. Par ailleurs, 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.

Près de 68% des établissements sont ouverts sept jours sur sept. Certains GAP ne peuvent compter sur 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.

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.

Pour les conditions non urgentes, il existe également plusieurs orientations non harmonisées. Ainsi, l'agente administrative (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 ou appeler Info-Santé.

Une grande disparité a été observée en lien avec les outils utilisés. Il nous a été mentionné un besoin d'harmoniser les outils et procédures utilisés par l'équipe du GAP permettant 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.

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. 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.

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 soumises dans le cadre de la visite.

OFFRE DE SERVICES

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. 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. Le fonctionnement régulier des GAP ne favorise pas l'accès à certaines 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.

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.

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. Les orientations vers des plages médicales lorsque cela n'est pas requis affectent la capacité de l'offre médicale pour répondre aux besoins qui requiert 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.

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. 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. 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 service 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. Plusieurs usagers rencontrés ont aussi mentionné l'importance d'avoir une orientation avec une date et heure d'un rendez-vous en présence d'un souci de santé au lieu d'être laissé à eux-mêmes en attente d'un retour d'appel, ou encore tenter de faire leurs propres démarches. 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.

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. La contribution des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSPL) varie d'une région à l'autre. 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.

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. 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.

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 plusieurs territoires. Cependant, 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. Ces facteurs sont l'adéquation entre l'offre des services médicaux et les besoins de la population, la configuration et les modalités de gestion des plages de rendez-vous. Bien que le nombre de rendez-vous disponible semble en adéquation dans plusieurs régions, certaines se retrouvent avec des offres excédentaires ou insuffisantes. Il faut ajouter que 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.

Finalement, 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. 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.

Offre de services | Recommandations

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

RESSOURCES HUMAINES

Malgré le contexte de rareté de personnel dans le domaine de la santé, les visites 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 titres d'emploi assignés à travailler dans les GAP, autant pour le personnel administratif que clinique, sont très variables d'un établissement à l'autre. Les intervenants ont exprimé des préoccupations en lien

avec le respect du champ de pratique entre l'agente administrative et l'infirmière, lors de la prise d'appel, l'évaluation du besoin de santé et l'orientation. Il est donc primordial de clarifier les rôles et responsabilités du personnel du GAP, de définir des lignes directrices claires et de veiller à une répartition adéquate des tâches. La présence d'une coordination des activités quotidiennes et d'un soutien pour la pratique clinique a été constatée comme un élément essentiel, un besoin visant la qualité des activités, mais aussi son amélioration continue.

Nos 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'accueil, orientation et intégration du personnel, ainsi qu'à la formation continue pour maintenir des pratiques cohérentes et efficaces au sein des établissements.

Lors des visites, nous avons aussi constaté un déséquilibre entre les ressources disponibles et les besoins nécessaires à un fonctionnement optimal dans la majorité des GAP. 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.

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.

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.

GESTION 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. De plus, 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. Nous avons constaté que les guides relatifs à la saisie et à l'extraction des données peuvent donner lieu à des interprétations divergentes. Les données présentées au Power BI sont également affectées.

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. 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.

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.

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. ! <ul style="list-style-type: none">○ 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.

OUTILS TECHNOLOGIQUES ET SANTÉ NUMÉRIQUE

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), Dossier clinique informatisé (DCI), i-CLSC, 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, met un frein à l'exploitation des données et à la génération d'indicateurs et peut même nuire au mode de fonctionnement des GAP en allongeant le temps de traitement moyen des appels ou 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 l'orchestrateur 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. D'ailleurs, plusieurs demandes d'amélioration en lien avec RVSQ ont été formulées par les établissements afin d'améliorer l'efficacité des équipes du GAP.

La connaissance de l'offre de services de chacun des réseaux locaux de services RLS, autant pour les ressources à l'interne qu'à l'externe, a été soulevée comme un défi par certains établissements. 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. Assurer l'intégralité des ressources (publiques et privées), la convivialité d'utilisation ainsi que la mise à jour en continu des répertoires de ressources afin d'orienter les usagers au bon service représente un enjeu pour les établissements. Cet enjeu a été également soulevé concernant le répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS) qui est sous-utilisé actuellement pour ces raisons.

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.

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.

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.

ANNEXE 1 : RECUEIL DES PISTES D'AMÉLIORATIONS

Gouvernance

Pistes d'amélioration

- 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.

Pistes d'amélioration

- 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.

Pistes d'amélioration

- 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

Pistes d'amélioration

- 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.
- Développer 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, 7 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.

Offre de services

- Faciliter l'accès des usagers orphelins aux rendez-vous tout en maximisant l'appariement des usagers inscrits collectivement à sa clinique d'attribution.
- 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

Pistes d'amélioration

- 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 de données

Pistes d'amélioration

- 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 des 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.).

Santé numérique

Pistes d'amélioration

- 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.