

# Résoudre la crise des patients orphelins dans la région d'Ottawa et de Champlain

## Une approche collaborative des ESO et des équipes de soins primaires

### Vision

Tous les résidents de la ville d'Ottawa et des régions voisines se verront attribuer une équipe de soins primaires. Nous établirons des liens avec tous les résidents, entretiendrons et revitaliserons notre réseau de cliniques de médecine familiale, recruterons des professionnels pour nos équipes de soins primaires et répondrons aux besoins les plus pressants de la population.

Nous renouvellerons le système de santé pour en bâtir un nouveau, solide et capable de répondre aux besoins des gens, qui aura les soins primaires comme axe central.

### Préparé par :

D<sup>r</sup> Ben Robert  
D<sup>re</sup> Danielle Brown-Shreves  
D<sup>r</sup> John Brewer  
D<sup>re</sup> Alison Eyre  
D<sup>re</sup> Clare Liddy  
Kelli Tonner, directrice générale

### En concertation avec :

La Table des partenaires en soins primaires de l'**Équipe Santé Ottawa – Ottawa Health Team** (dont la D<sup>re</sup> Riva Levitan, le D<sup>r</sup> Aly Abdulla, la D<sup>re</sup> Marie-Claude Gagnon et les infirmières praticiennes Joanna Binch, Dana Sydney et Hoda Mankal);  
La table ronde des clients partenaires (coprésidents Pierrette Leonard et Tim Hutchinson);

L'**Équipe Santé Ontario Archipel** (dont le D<sup>r</sup> Elie Skaff et M<sup>me</sup> Elizabeth Tanguay);

L'**Équipe de santé de la vallée d'Ottawa** et le **réseau de soins primaires du comté de Renfrew** (dont le D<sup>r</sup> Richard Johnson et M<sup>me</sup> Karen Simpson).

**Résoudre la crise des patients orphelins dans la région d'Ottawa**  
**Une approche collaborative des ESO et des équipes de soins primaires**

Table des matières

<b>Vision</b> .....	<b>1</b>
<b>Résumé</b> .....	<b>3</b>
<b>Le problème et les causes</b> .....	<b>7</b>
<b>Stratégie proposée</b> .....	<b>14</b>
<b>RÉFORME</b> .....	<b>15</b>
<b>RESTRUCTURATION</b> .....	<b>15</b>
<b>REVITALISATION</b> .....	<b>17</b>
<b>Annexe A</b> .....	<b>19</b>
<b>Annexe B</b> .....	<b>23</b>

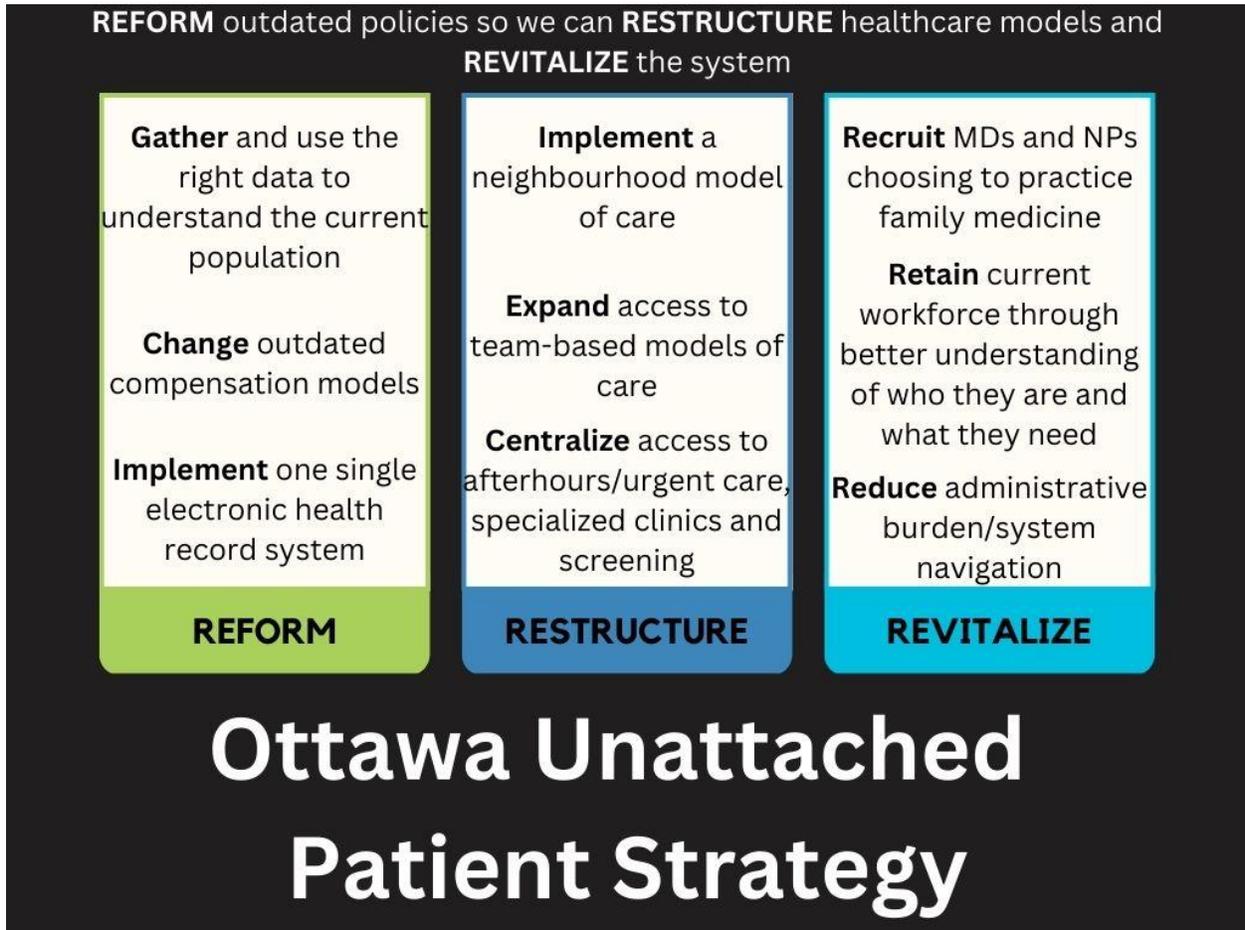
## Résumé

Le système de soins primaires d'Ottawa et des régions voisines est en crise. Il souffre d'un manque critique de ressources et d'infrastructures, à tel point qu'il est impossible d'y maintenir le statu quo, étant donné les besoins croissants des clients et la baisse de capacité. Les difficultés sont en outre exacerbées par l'augmentation non négligeable des départs à la retraite et des fermetures de cliniques, par la diminution du nombre de diplômés qui s'orientent vers les soins primaires et la médecine familiale complète, et par le fait qu'un plus petit nombre encore choisissent de s'établir à Ottawa. D'autres facteurs contribuent aussi à la crise : croissance rapide de la population (en particulier des groupes ayant des besoins de santé particuliers, comme les enfants et les réfugiés); vieillissement de la population entraînant une hausse de la prévalence des maladies chroniques et une complexification des cas; sous-financement chronique des soins primaires entraînant un accès limité et inéquitable aux modèles de soins en équipe; et grande difficulté à recruter et à maintenir en poste des fournisseurs de soins primaires. L'érosion s'est accrue depuis le début de la pandémie, quand les médecins de premier recours ont été envoyés dans les cliniques de dépistage de la COVID-19 et les centres de soins d'urgence et rémunérés à des taux supérieurs à ceux qu'ils facturent au Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO) en tant que médecins de famille. Résultat : nous observons une hausse rapide et soutenue du nombre de patients « orphelins », c'est-à-dire qui n'ont pas de fournisseur de soins primaires.

Selon les données des profils de santé de l'Ontario, au moins 56 675 personnes relevant de l'Équipe Santé Ottawa – Ottawa Health Team n'ont pas accès à un fournisseur de soins primaires en ce moment, et bon nombre d'entre elles sont susceptibles d'être âgées ou d'appartenir à un groupe en quête d'équité. Les collectivités rurales des alentours traversent le même genre de crise : patients orphelins et manque de fournisseurs de soins primaires. Dans le comté de Renfrew, environ 20 % des résidents n'ont pas de médecin de famille ou d'infirmières et infirmiers praticiens, soit bien plus que la moyenne provinciale. Dans les comtés de Stormont, Dundas et Glengarry, l'accès insuffisant à des professionnels francophones complique l'accès aux soins primaires et exacerbe le problème.

Sachant cela, nous avons formé un groupe collaboratif de soins primaires pour résoudre le problème des patients orphelins à Ottawa et dans les alentours. Avec des leaders des soins primaires de toute la région, notre stratégie globale vise à rattacher plus de patients aux soins primaires dans la région de Champlain, avec pour but de voir tous les résidents rattachés à une équipe de soins primaires. Personne ne sera laissé pour compte. La stratégie compte trois grands axes : RÉFORMER les politiques dépassées afin de recruter et de maintenir en poste des fournisseurs de soins primaires, RESTRUCTURER les modèles de soins et REVITALISER le système. Sans intervention, le nombre de patients orphelins et l'inaccessibilité des soins primaires dans la région de la capitale nationale continueront de croître à un rythme sans précédent, ce qui aggravera les problèmes en matière de soins de courte durée : hausse des visites à l'urgence et des taux de réadmission, et déclin de la santé générale de la population. Cette stratégie s'accorde avec la vision de Santé Ontario, qui considère les soins primaires comme la

fondation du système de santé, ainsi qu'au plan d'action du Collège des médecins de famille de l'Ontario<sup>1</sup>.



**Le principe : *Personne ne sera laissé pour compte***

Notre système de santé est fondé sur les soins primaires. La santé de la population est donc en jeu lorsque les services de soins de première ligne font défaut. L'impulsion derrière cette stratégie a été de reconnaître que le système de soins primaires, dans son état actuel, ne sert pas la population et ne permet pas la pratique adéquate de la médecine familiale complète. Les solutions que nous proposons visent à pallier les injustices dans le système, pour que les populations vulnérables, comme les personnes à faible revenu, les nouveaux arrivants, les enfants et les personnes âgées aient un accès équitable à des soins primaires complets et pour

<sup>1</sup> Collège des médecins de famille de l'Ontario. *Solutions for today: Ensuring every Ontarian has access to a Family Physician*, plan d'action publié en janvier 2023. Consulté le 1<sup>er</sup> février 2023.

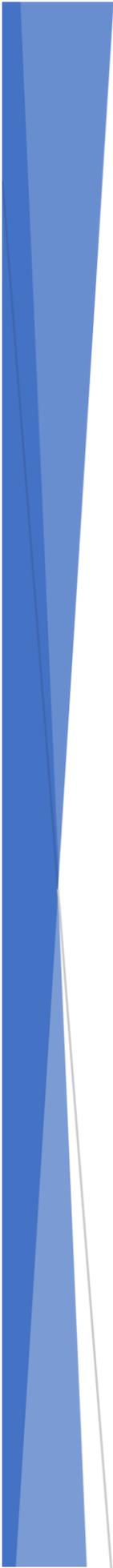
[https://www.ontariofamilyphysicians.ca/advocacy/positions-discussions-reports/access-to-physicians/ocfp\\_fp\\_access\\_pp\\_execsummary\\_01\\_24.pdf](https://www.ontariofamilyphysicians.ca/advocacy/positions-discussions-reports/access-to-physicians/ocfp_fp_access_pp_execsummary_01_24.pdf)

éliminer les obstacles empêchant ou décourageant les professionnels de travailler en soins primaires.

Personne ne sera laissé pour compte : ni les patients ni les professionnels.

**Quelles mesures devons-nous prendre?**

**Nous devons unir nos forces pour RÉFORMER les politiques dépassées afin de recruter et de maintenir en poste des fournisseurs de soins primaires, pour ensuite RESTRUCTURER les modèles de soins et REVITALISER le système.**



# Définition du problème

## Le problème et les causes

### Énoncé du problème

- Le domaine des soins primaires traverse actuellement une crise : les professionnels doivent composer avec une forte demande, des attentes élevées et des ressources de plus en plus limitées.
- Les taux élevés de départs à la retraite et de fermetures de cliniques font augmenter le nombre de patients orphelins. C'est sans compter les facteurs comme la détérioration de l'environnement de travail, la pénurie de main-d'œuvre et la surcharge de tâches administratives, qui ont poussé au moins 30 médecins de famille d'Ottawa à fermer leur clinique entre 2020 et 2022<sup>2</sup>.
- Les restrictions actuelles encadrant le passage à un mode de rémunération par patient empêchent encore les médecins de famille de la région de choisir le modèle qui leur convient. Elles ne leur donnent pas la souplesse nécessaire pour se réorganiser en groupes de leur choix, qui favorisent la durabilité de la pratique et par conséquent répondent mieux aux besoins des patients. Il n'est pas simple pour l'infrastructure de médecine familiale, les cliniques communautaires et les groupes locaux de répondre aux restrictions actuelles sur la taille des groupes, aux règles de regroupement des services et aux limites de 5 km.
- Les travailleurs de la santé choisissent de moins en moins la médecine familiale complète, et s'installent de moins en moins à Ottawa. Les collectivités rurales voisines connaissent également ces difficultés, et s'inquiètent parfois de devoir compétitionner avec les villes et les banlieues pour attirer des professionnels.
- Les personnes pratiquant la médecine familiale complète réduisent leur horaire de consultation en raison des tâches administratives et d'un épuisement généralisé<sup>3</sup>.
- En règle générale, les infirmières praticiennes et infirmiers praticiens (IP) formés à Ottawa restent dans le domaine des soins primaires et demeurent dans la région, mais l'inscription à la formation est limitée par le financement pour l'enseignement et les occasions de stage avec mentorat en milieu de soins.
- Les IP ne peuvent pas soumettre de factures au RASO et doivent donc trouver des postes salariés en soins primaires, mais le nombre de ces postes stagne.
- Selon les données des profils de santé de l'Ontario, l'Équipe Santé Ottawa – Ottawa Health Team (ESO-OHT) compte au moins 56 675 patients orphelins; dans toute la région de Champlain, ce nombre s'élève à plus de 134 000, un chiffre colossal. Santé publique Ottawa estime qu'il pourrait en fait y avoir 150 000 personnes dans cette situation, et que les groupes qui ont généralement les plus grands besoins en matière de santé (personnes à faible revenu, nouveaux arrivants, population rurale, personnes

---

<sup>2</sup> Communication personnelle. D<sup>re</sup> Kamila Premji, candidate au doctorat.

<sup>3</sup> Kiran, T. « Keeping the front door open: ensuring access to primary care for all in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, 12 décembre 2022. Consulté le 31 janvier 2023. <https://www.cmaj.ca/content/194/48/E1655>

racisées, personnes âgées) sont touchés de façon disproportionnée<sup>4</sup>, eux qui subissent déjà des inégalités en matière de santé.

- Le comté de Renfrew, de nature rurale, est le plus grand comté de l'Ontario sur le plan de la superficie; en effet, sa superficie atteint presque 7 500 km<sup>2</sup>, et sa population est d'environ 107 756 personnes.

Il n'y a aucune clinique sans rendez-vous ni aucun centre de soins d'urgence dans tout le comté, alors la population s'en remet trop souvent aux services d'urgence hospitaliers pour obtenir des soins de santé de tous types, ce qui vient exacerber le problème de la médecine de couloir. Plus de 23 000 résidents du comté (sur une population de 107 000 personnes) sont actuellement privés de médecin de famille. Qui plus est, trois médecins de famille prendront leur retraite ou quitteront la région d'ici la fin de 2023, et entre deux et quatre comptent prendre leur retraite dans les deux prochaines années. Ainsi, entre 7 000 et 10 000 patients supplémentaires seront touchés, pour un total de plus de 30 000 personnes sans fournisseur de soins primaires.

Voici quelques facteurs ayant contribué à la crise actuelle des soins primaires dans la région d'Ottawa :

1. La croissance de la population, et notamment du nombre d'enfants et de réfugiés.
2. Une population vieillissante présentant plus de maladies chroniques de complexité croissante.
3. Le sous-financement persistant du secteur des soins primaires, menant à un accès limité et inéquitable aux modèles de soins en équipe. Sans compter qu'il faut échanger davantage de données pour mieux comprendre la distribution des patients et des médecins. Ces enjeux nuisent à la flexibilité requise pour réorganiser les soins primaires de façon à répondre aux besoins de la population.
4. Les problèmes de recrutement et de maintien en poste des fournisseurs de soins primaires.
5. Les modèles de financement désuets et les contraintes de rémunération dépassées qui limitent le recours à des IP, malgré les données probantes à l'appui.

---

<sup>4</sup> Raza, D. « Community health hubs could provide sorely missing primary care », *Options politiques*, 13 décembre 2022. Consulté le 31 janvier 2023.

<https://policyoptions.irpp.org/magazines/december-2022/medicare-coverage-primary-care/>; note d'information de Santé publique Ottawa.

# So, Why Does It Matter?

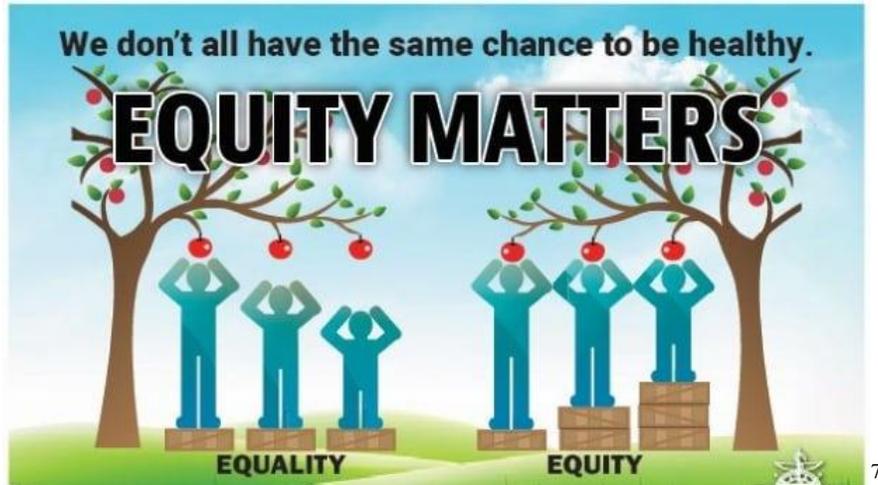
Les soins primaires sont associés à de nombreux bienfaits pour la santé individuelle et collective, notamment pour ce qui est des soins préventifs, du dépistage et du traitement précoce, des soins personnalisés et basés sur les relations ainsi que de la gestion améliorée des maladies chroniques<sup>5</sup>. Nous savons que sans accès constant et facile à des soins primaires, le coût sera exponentiel pour le système de soins de courte durée.

<b>Corrélations avec l'absence de fournisseur de soins primaires attiré</b>	Utilisation accrue de ressources de soins de courte durée pour des problèmes de santé mentale ou physique
	Mauvaise coordination des soins
	Accès réduit aux soins préventifs (p. ex. vaccination ou dépistage du cancer)
	Accès réduit à du soutien pour la gestion des maladies chroniques (p. ex. diabète)
	Augmentation de l'incidence et de la gravité des maladies dans la communauté

Mais nous avons aussi des données claires concernant l'incidence sur les groupes en quête d'équité et sur l'importance de baser notre stratégie sur les principes d'équité en matière de santé. Déjà avant la pandémie, les nouveaux arrivants au Canada et les habitants des quartiers marginalisés ou défavorisés étaient moins susceptibles d'avoir un médecin de famille attiré<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> Collège des médecins de famille de l'Ontario, *Pratique de médecine familiale – Le centre de médecine de famille 2019*, p.16.

<sup>6</sup> <https://www.cmaj.ca/content/194/48/E1655>



À partir des données des trois ESO qui se partagent le territoire de la ville d’Ottawa, on observe aussi que les groupes en quête d’équité – personnes vivant dans des secteurs défavorisés, à forte précarité ou comptant une grande proportion de minorités visibles (concentration ethnique) et nouveaux arrivants dans la province – sont plus susceptibles de ne pas avoir de médecin de famille attiré que la population générale (figure 1).

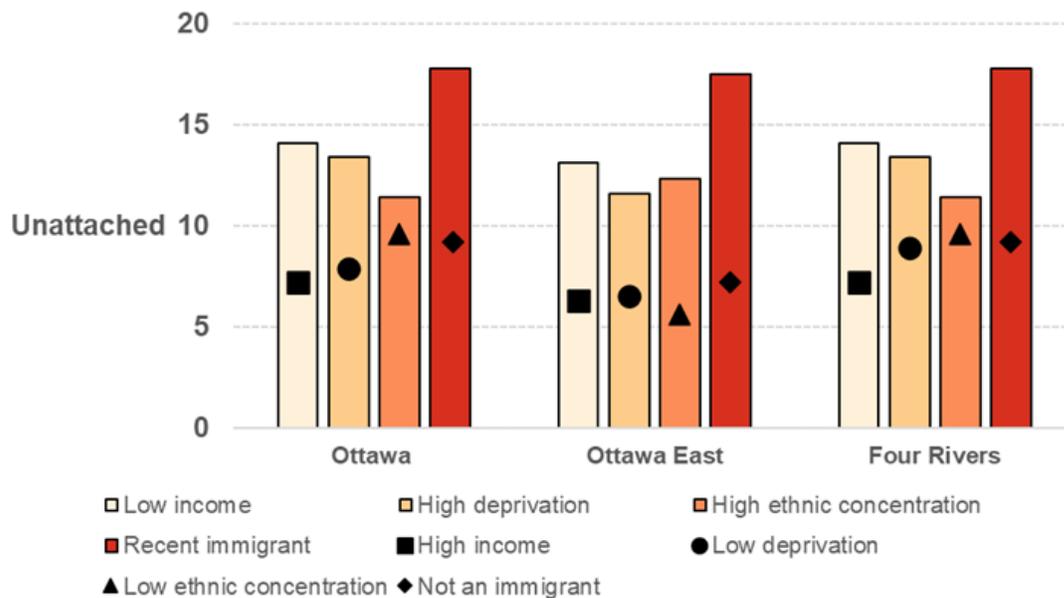


Figure 1 : Pourcentage de la population attribuable n’étant pas rattachée avec certitude à un fournisseur, selon le niveau de privilège, pour les trois ESO d’Ottawa

<sup>7</sup> [Northwestern Health Unit, Health Equity Matters](#)

- Au sein de l'ESO de la vallée d'Ottawa, qui couvre le comté de Renfrew, les inégalités en matière de santé jouent aussi un rôle non négligeable dans la complexification des maladies déjà présentes. Certains résidents sont systématiquement et injustement désavantagés, ce qui aggrave leur état de santé. Raison convaincante s'il en est pour réduire les inégalités en santé dans toute la région de Champlain<sup>8</sup>.
- Le problème des patients orphelins est particulièrement aigu chez les nouveaux arrivants (ayant immigré au Canada au cours des dix dernières années). D'abord, ils sont beaucoup moins susceptibles d'avoir un médecin de famille attiré, mais en plus, des signes portent à croire que la méthode utilisée à Ottawa pour leur en attribuer un ne fonctionne pas en ce moment. Le Centre de santé pour nouveaux arrivants d'Ottawa, qui s'occupe des premières consultations de beaucoup de nouveaux arrivants dans la ville (surtout des réfugiés), indique qu'avant 2020, il parvenait à trouver un médecin de famille à 75 % de ses clients. Mais depuis 2020, au début de la pandémie, ce pourcentage a chuté, et aujourd'hui, aucun médecin n'accepte de nouveaux patients du Centre. Il est encore plus difficile de trouver des professionnels de la santé francophones pour les réfugiés et les immigrants qui ont le français comme langue seconde.
- Il est en outre possible que les données sur les nouveaux arrivants, en particulier les réfugiés, soient faussées dans certaines analyses (comme celle d'INSPIRE-PHC) parce qu'on ne peut pas distinguer les immigrants des Canadiens d'autres provinces venus s'installer en Ontario ou parce que les nouveaux arrivants ne figurent pas dans les données provinciales tant qu'ils n'ont pas de numéro de carte provinciale d'assurance-maladie (lorsqu'ils sont couverts par le Programme fédéral de santé intérimaire).
- Les personnes nouvellement arrivées au Canada doivent être soigneusement prises en compte dans l'analyse des enjeux des patients orphelins et de l'accès aux fournisseurs de soins primaires, car elles représentent la plus grande source d'augmentation annuelle de la population, elles sont marginalisées, elles ont des besoins uniques en matière de soins de santé, et ne sont pas toujours bien représentées dans les analyses traditionnelles des systèmes de santé. Il faut aussi s'intéresser plus particulièrement aux mesures à prendre pour aider les nouveaux arrivants à trouver un fournisseur de soins primaires attiré, car à leur arrivée, ils sont susceptibles de ne pas connaître le système de santé ou de soins primaires du Canada, et la complexité du processus peut s'avérer un obstacle majeur.
- Il y a aussi plusieurs segments de la population qui n'ont pas de carte d'assurance-maladie, comme les réfugiés sans papiers, les personnes itinérantes et les personnes qui se butent à des difficultés lorsqu'elles tentent d'obtenir des pièces d'identité.
- « Les groupes qui rencontrent le plus d'obstacles en matière d'accès aux soins primaires sont généralement aussi ceux qui ont les plus grands besoins (personnes à faible revenu, nouveaux arrivants, résidents de régions rurales, personnes racisées, personnes âgées, personnes ayant des difficultés familiales ou une situation de logement particulièrement instable)<sup>9</sup>. »

---

<sup>8</sup> Renfrew County District Health Unity. *Health Inequities in Renfrew County and District*, 2018.

<sup>9</sup> <https://policyoptions.irpp.org/magazines/december-2022/medicare-coverage-primary-care/>

- Nous traversons une véritable crise, car il y a une grande population en quête d'équité et un nombre croissant de patients vieillissants aux besoins complexes, mais le nombre de fournisseurs de soins primaires pratiquant la médecine familiale suit une courbe inverse<sup>10</sup>.

### **Effets persistants de la pandémie**

- Différents rôles imposés aux fournisseurs de soins primaires dans le contexte de la pandémie.
- Gestion des cas de COVID-19 en clinique et à distance.
- Soutien à la santé publique.
- Ressources supplémentaires pour les soins de courte durée en cas de forte demande.
- Soutien aux services de proximité pour les groupes en quête d'équité.
- Contribution aux services d'urgence hospitaliers.
- Ressources pour le système de soins tertiaires (milieu hospitalier) plutôt que pour les soins primaires.
- Selon le PCC, triplement du taux d'épuisement professionnel en 2021; 51 % des professionnels disaient travailler au-delà de leurs capacités.

### **Urgence d'agir**

Les histoires difficiles de clients ne manquent pas, ni les grands titres mettant en lumière le désespoir de patients sans fournisseur de soins primaires. En parallèle, on note un grand intérêt et une volonté forte pour une action concertée entre les fournisseurs de la région.

---

<sup>10</sup> Mangin, D., Premji, K., Bayoumi, I., et coll. « Brief on Primary Care Part 2: Factors affecting primary care capacity in Ontario for pandemic response and recovery », *Science Briefs of the Ontario COVID-19 Science Advisory Table*. 2022;3(68). <https://doi.org/10.47326/ocsat.2022.03.68.1.0>

**Ontario family details the frustrating struggle to find a family doctor**

By **Sawyer Bogdan** • Global News  
Posted November 3, 2022 11:42 am • Updated November 4, 2022 7:31 am

**6M Canadians don't have a family doctor, a third of them have been looking for over a year: report**

**Only a handful of family doctors in Ottawa accepting new patients**

Ottawa • CBC Investigates

CBC was only able to find 3 family doctors accepting patients

Michelle Allan • CBC News • Posted: Nov 15, 2022 4:00 AM ET | Last Updated: November 15

**'It's unending:' Ottawa doctor says shortages are creating burnout**

OTTAWA | News

Colton Proill CTV News Ottawa Multi-Skilled Journalist  
@ColtonProill | Contact

Published Tuesday, June 21, 2022 6:30PM EDT  
Last Updated Tuesday, June 21, 2022 6:30PM EDT

**1 in 5 Ontarians could be without a family doctor by 2025**

Ontario's family doctors stand ready to work with the Government of Ontario

September 13, 2022

[Busing and Rourke: Canada must rapidly shift to team-based health care | Ottawa Citizen](#)

[Only a handful of family doctors in Ottawa accepting new patients | CBC News](#)

[LE CENTRE DE MÉDECINE DE FAMILLE 2019 \(patientsmedicalhome.ca/fr\)](#)

[Patient's Medical Home – CMFO \(ontariofamilyphysicians.ca\)](#)

<https://www.cbc.ca/news/canada/ottawa/ottawa-family-doctors-new-patients-shortage-1.6643412>

# La solution

## **STRATÉGIE COLLABORATIVE POUR LES SOINS PRIMAIRES**

**RÉFORMER** les politiques dépassées pour *recruter et maintenir en poste* des fournisseurs de soins primaires, **RESTRUCTURER** les modèles de soins de santé et **REVITALISER** le système

## Réforme

Nous devons réformer notre système de santé en modifiant les politiques actuelles pour nous donner la latitude requise en vue de la restructuration et de la revitalisation à effectuer. Pour ce faire, nous devons utiliser des données pertinentes sur la population et l'effectif, lesquelles nous permettront d'évaluer et de satisfaire les besoins actuels et futurs de la collectivité, de transformer le modèle de rémunération et de tracer la voie pour l'utilisation d'un seul et unique système de santé électronique qui permettrait l'intégration des dossiers et la prise en compte des déterminants sociaux de la santé.

### **Collecte et utilisation de données pertinentes pour brosser le portrait actuel de la population**

- Les ESO ont accès à des données qui leur permettent de suivre la croissance et l'état de santé de la population et de connaître le portrait des soins primaires, le tout pour maintenir un ratio fournisseur-patient adéquat.
- Les cliniques spécialisées sont exclues des données sur les soins primaires complets.

### **Modification des modes de rémunération dépassés**

- Levée des restrictions liées à l'entente sur les services de médecin pour que les professionnels puissent choisir la rémunération par patient.
- Facturation au RASO par les IP et financement des professions paramédicales directement dans des modèles en équipe plutôt que par des salaires horaires déterminés par les médecins. Retrait de la limite applicable aux régimes de financement non conventionnels pour permettre à chaque médecin d'adopter plusieurs régimes et d'augmenter son financement destiné aux soins spécialisés.
- Possibilité pour les IP de facturer des soins et d'obtenir du financement pour les cliniques dirigées par les IP.
- Refonte du modèle de rémunération pour délaissier la rémunération à l'acte et se baser plutôt sur l'âge des patients, la complexité des cas et l'accès aux soins.
- Prévision de la charge de travail des médecins en fonction de critères de temps, et attribution du financement en fonction des données de facturation brute.

### **Instauration d'un système de dossiers médicaux électroniques unique**

- Mise en place d'un système de dossiers médicaux électroniques unique qui intègre tous les dossiers médicaux et tient compte des déterminants sociaux de la santé, pour que chaque personne ait un seul dossier complet et facile à consulter pour les professionnels des soins primaires, tertiaires et paramédicaux.

## Restructuration

Nous devons restructurer le mode de financement, d'utilisation et de pratique des soins primaires, en délaissant la rémunération à l'acte pour passer à des modèles de soins de proximité ayant pour axe central un accès équitable à des équipes de soins. De cette façon, tous les résidents auront accès à des soins primaires, et les conditions de travail des médecins et des

autres professionnels de la santé se trouveront améliorées. Dans les régions rurales, la définition de « proximité » est plus large, mais le modèle s'appliquera tout de même, puisqu'il garantit soins et inclusion à toutes les personnes vivant dans une région donnée.

### **Mise en place du modèle de soins de proximité**

- Mise en œuvre d'un modèle de soins de proximité fondé sur l'équité d'accès, orienté par les patients et les fournisseurs de soins primaires, en collaboration avec le secteur des soins de courte durée.
- Soutien de proximité et régional en dehors des heures d'ouverture et pour les soins d'urgence, avec des systèmes de triage virtuels et un groupe de professionnels comprenant des IP et des paramédicaux.
- Centralisation des services dans les secteurs faciles d'accès en train léger et propices aux déplacements piétonniers pour les personnes âgées et fragiles.
- Dans les régions rurales sans transport en commun, c'est le système de triage virtuel qui recevra et analysera les besoins de soins primaires pour déterminer quel professionnel de la santé est le mieux placé selon le cas.
- Collaboration avec les municipalités pour voir à la disponibilité de locaux supplémentaires pour les cliniques au moyen de partenariats avec les promoteurs immobiliers, les services de logement social et les responsables du développement urbain et rural à mesure que la population augmentera.

### **Expansion des modèles de soins en équipe**

- Hausse des investissements dans les centres de santé communautaire (CSC), les équipes Santé familiale, les cliniques dirigées par les IP et d'autres modèles de soins innovants qui accordent la priorité aux groupes en quête d'équité.
- Analyse des besoins de santé de la population pour veiller à ce que les soins soient prodigués par le professionnel le mieux placé, et constitution d'équipes de soins primaires pour ajouter de nouveaux fournisseurs capables de répondre aux besoins.
- Bonification de l'accès aux équipes de soins pour les services rémunérés à l'acte et les organismes de santé familiale. Possibilité de subventionner les soins en équipe et les partenariats public-privé (p. ex. avec les universités et les collèges).
- Levée de la limite de distance pour les nouveaux organismes de santé familiale et réduction du nombre minimal de médecins par organisme à trois.

### **Centralisation de l'accès en dehors des heures d'ouverture et aux soins d'urgence, aux cliniques spécialisées et au dépistage**

- Bonification des services communautaires en personne et virtuels ainsi que de leur accessibilité au public (p. ex. gestion des maladies chroniques, services de santé mentale et cliniques de tests Pap).
- Simplification des procédures de dépistage pour les patients, pour les rendre plus intuitives et pratiques (p. ex. point de service unique pour tous les rendez-vous de dépistage).

- Uniformisation des programmes de dépistage (mammographies, tests immunochimiques fécaux [TIF], tomodensitométries à faible dose, dépistage d'anévrismes de l'aorte abdominale, ostéodensitométries, etc.), de sorte qu'une ordonnance d'un fournisseur de soins primaires ne soit pas requise.

## **Revitalisation**

Nous devons revitaliser notre système de soins de santé et veiller à bien outiller l'effectif de soins primaires pour répondre aux besoins de la population en faisant de la médecine familiale un choix de carrière attrayant. Pour ce faire, nous devons recruter et maintenir en poste des médecins de famille, des infirmières praticiennes et des infirmiers praticiens et leur donner le champ libre – en réduisant le lourd fardeau administratif et en facilitant l'orientation dans le système – pour qu'ils puissent se concentrer sur les soins aux patients.

### **Recrutement pour augmenter le nombre de médecins et d'IP choisissant la médecine familiale**

- Financement de postes chargés du recrutement et du maintien en poste d'IP et de médecins et proposition de primes ponctuelles aux médecins qui acceptent de venir s'installer à Ottawa pour fournir des soins primaires.
- Offre de remboursement aux cliniques qui recrutent des médecins à l'étranger et qui acceptent de nouveaux patients.
- Mise sur pied d'un programme de mentorat officiel pour les diplômés internationaux en médecine (DIM), qui leur permettra de se familiariser avec le système et de trouver des emplois rémunérés.
- Ajout de places dans les facultés de médecine pour les étudiants souhaitant pratiquer la médecine familiale, et exonération du remboursement des prêts pour les résidents qui s'engagent à fournir des services de médecine familiale complète.
- Bonification de l'enseignement sur les soins interdisciplinaires avec des médecins, des IP et des infirmières et infirmiers autorisés (IA); promotion et trousse de recrutement pour les nouveaux diplômés.
- Formation sur le leadership dans le cadre de la résidence.
- Financement du modèle « Formez vos propres IP » pour aider les IA qui souhaitent devenir IP à obtenir la formation requise. Signature d'une entente d'obligation de service post-formation pour les personnes qui participent au programme.

### **Maintien en poste des effectifs actuels par la compréhension de leur réalité et de leurs besoins**

- Possibilité pour les médecins et les IA en poste et semi-retraités de se réorienter vers la médecine familiale.
- Subvention possible des frais généraux des cliniques pour réduire l'écart de salaire, potentiellement au moyen de partenariats avec la Ville d'Ottawa et les centres communautaires.
- Intégration des médecins envisageant la retraite à des « cliniques de transition ». Ils pourraient se joindre avec droits acquis à des organismes de santé familiale pour une courte période au lieu de devoir prendre une retraite anticipée.

- Collaboration avec la Ville pour octroyer des permis de stationnement aux travailleurs de la santé et aux travailleurs communautaires qui se rendent à domicile ainsi que pour bonifier les options de garde d'enfants pour les travailleurs de la santé.

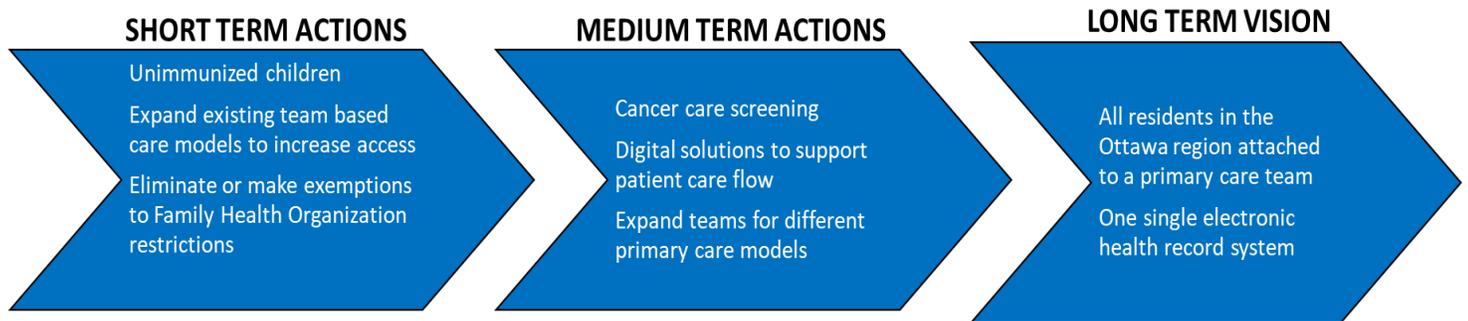
### **Réduction du fardeau administratif et simplification de l'orientation dans le système**

- Promotion de l'efficacité des équipes et prévention de l'épuisement professionnel par une réduction du fardeau administratif libérant du temps pour les consultations.
- Accès aux technologies numériques pouvant simplifier les tâches administratives.
- Création de systèmes d'aiguillage centralisés pour faciliter l'orientation vers les spécialistes.
- Offre de services d'intervenants-pivots et potentiellement de preneurs de notes pour schématiser et améliorer les données.
- Diminution du nombre de règles de RH exigeant la signature de fournisseurs de soins primaires.

### **Conclusion**

Les enjeux qui ont mené à la crise actuelle sont nombreux, certains datant d'il y a longtemps, tandis que d'autres, plus récents, ont accéléré la dégradation. En tant qu'organisations, professionnels de première ligne, clients partenaires et administrateurs, nous savons que les solutions sont complexes. Nous nous sommes rassemblés pour établir une stratégie que nous appuyons en raison de son exhaustivité et de sa conception collaborative. C'est dans cet esprit de coopération que nous la présentons, puisque nous travaillons tous ensemble à améliorer la santé collective.

## Annexe A – Résumé des mesures à prendre, calendrier et responsables



### Court terme

Mesure à prendre	Responsable envisagé
Continuer de collaborer avec les fournisseurs de soins primaires de nos ESO pour être bien au fait de la situation et planifier des mesures collectives et collaboratives; étudier la capacité de mettre en œuvre des réseaux de soins primaires.	<b>Responsables des soins primaires des ESO</b>
Fournir aux ESO des données sur la main-d'œuvre, y compris des renseignements sur les professionnels en exercice, pour évaluer et satisfaire les besoins actuels et futurs de la population de la région.	<b>Santé Ontario</b>
Recueillir des données des bureaux de santé, qui ont également accès à beaucoup d'information sur les inégalités et les besoins en matière de santé.	<b>ESO/bureaux de santé publique</b>
Lever les restrictions liées à l'entente sur les services de médecin pour que les professionnels puissent choisir la rémunération par patient, quelle que soit la distance entre les cliniques ou la taille du groupe.	<b>Association médicale de l'Ontario/MSAN</b>
Intégrer les médecins envisageant la retraite à des « cliniques de transition ». Ils pourraient se joindre avec droits acquis à des organismes de santé familiale pour une courte période au lieu de devoir prendre une retraite anticipée.	<b>Association médicale de l'Ontario/MSAN</b>
Soutenir les médecins en milieu de carrière pour qu'ils se réunissent en plus grands groupes ou en organismes de santé familiale.	<b>MSAN</b>
Investir dans les modèles de soins en équipe existants et les élargir pour favoriser l'accès immédiat aux soins. ( <i>Voir la liste des analyses de rentabilité à l'annexe B.</i> )	<b>MSAN</b>
Améliorer l'accès aux équipes de soins pour les services rémunérés à l'acte et les organismes de santé familiale grâce à une rémunération adéquate et à la reconnaissance du rôle des IP.	<b>MSAN</b>
Réduire le fardeau administratif associé aux formulaires municipaux (Ontario au travail, POSPH, etc.). Diminuer le nombre de règles de RH exigeant la signature de fournisseurs de soins primaires.	<b>Santé Ontario</b>

Simplifier/centraliser le travail d'orientation vers des spécialistes pour les soins primaires. Mettre en œuvre la prise de rendez-vous centralisée par les ESO.	<b>ESO</b>
Fournir l'accès aux technologies numériques pouvant simplifier les tâches administratives. Améliorer systématiquement les données (intelligence artificielle, robots informatiques, mesures préventives autogénérées, etc.).	<b>Santé Ontario/ ESO</b>
Mettre sur pied un programme de mentorat officiel pour les diplômés internationaux en médecine (DIM), qui leur permettra de se familiariser avec le système et de trouver des emplois rémunérés.	<b>Département de médecine familiale/ESO</b>
Ajouter des places dans les facultés de médecine pour les étudiants souhaitant pratiquer la médecine familiale, et offrir l'exonération du remboursement des prêts pour les résidents qui s'engagent à fournir des services de médecine familiale complète. Bonifier l'enseignement sur les soins interdisciplinaires avec des médecins, des IP et des IA; faire de la promotion et fournir une trousse de recrutement pour les nouveaux diplômés. Inclure une formation sur le leadership dans le cadre de la résidence.	<b>Département de médecine familiale</b>
Offrir la possibilité aux médecins et aux IA en poste et semi-retraités de se réorienter vers la médecine familiale.	<b>Département de médecine familiale</b>
Financer des postes chargés du recrutement et du maintien en poste de médecins et proposer des primes ponctuelles aux médecins qui acceptent de venir s'installer à Ottawa ou dans une région rurale pour fournir des soins primaires.	<b>Municipalité</b>
Rembourser les cliniques qui recrutent des médecins à l'étranger et qui acceptent de nouveaux patients.	<b>MSAN</b>
Conseil des universités de l'Ontario pour les programmes en sciences infirmières (CUOPSI) : créer des places dans les programmes pour IP et offrir l'exonération du remboursement des prêts aux IP qui choisissent de rester dans la région.	

### Moyen terme

<b>Mesure à prendre</b>	<b>Responsable envisagé</b>
Revoir le modèle de rémunération des soins primaires pour délaissier la rémunération à l'acte et se baser plutôt sur l'âge des patients, la complexité des cas et l'accès aux soins, une méthode plus équitable. Tous les modèles de rémunération devraient comprendre des congés de maladie payés, l'accès à du soutien en vue de la retraite et des subventions pour les vacances pour tous les autres professionnels de la santé dans les modèles en équipe. Envisager de prévoir la charge de travail des médecins en fonction de critères de temps, et attribuer du financement en fonction des données de facturation brute.	<b>Santé Ontario/ MSAN</b>

Financer le modèle « Formez vos propres IP » pour aider les IA qui souhaitent devenir IP à obtenir la formation requise. Veiller à la continuité du financement pour que les IP restent en poste.	Santé Ontario/ MSAN
Envisager des idées innovantes comme les kiosques d'information dans les centres commerciaux. Bonifier les services communautaires (p. ex. gestion des maladies chroniques, cliniques de tests Pap), en personne et en mode virtuel, et les rendre accessibles au public. Simplifier les procédures de dépistage pour les patients, pour les rendre plus intuitives et pratiques (p. ex. point de service unique pour tous les rendez-vous de dépistage). Collaborer avec Action Cancer Ontario pour mener des programmes de dépistage préventif et standardisé (mammographies, tests immunochimiques fécaux [TIF], tomographies à faible dose, dépistage d'anévrismes de l'aorte abdominale, ostéodensitométries, etc.) sans ordonnance de fournisseur de soins primaires.	<b>Santé Ontario/ ESO</b>
Veiller au financement des modèles en équipe pour l'embauche de fournisseurs de soins de santé, comme des IA et des IP, et à leur rémunération adéquate en fonction de leur expertise, sans que ces paramètres dépendent des services facturés par un médecin. Instaurer des codes de facturation pour les IP, qui leur permettront de facturer directement leurs services au RASO, y compris pour le Programme fédéral de santé intérimaire.	
Retirer la limite applicable aux régimes de financement non conventionnels pour permettre à chaque médecin d'adopter plusieurs régimes et d'augmenter son financement destiné aux soins spécialisés.	
Offrir des services d'intervenants-pivots et de preneurs de notes pour schématiser et améliorer les données.	
Élaborer une stratégie régionale pour le suivi des soins à distance afin de soutenir les soins en équipe.	
Continuer de négocier des changements aux formulaires d'assurance devant être remplis par les fournisseurs de soins primaires (discussions en cours entre le comité des formulaires de l'Association médicale de l'Ontario et l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes).	<b>Comité des formulaires de l'Association médicale de l'Ontario</b>

### Long terme

Mesure à prendre	Responsable envisagé
Instaurer un système de dossiers médicaux électroniques unique. Tenir compte des déterminants sociaux de la santé.	<b>Santé Ontario</b>
Mettre en œuvre un modèle de soins de proximité. Ce modèle accorde la priorité à l'équité d'accès, et il est orienté par les patients et les fournisseurs de soins primaires, en collaboration avec le secteur des soins de courte durée.	<b>ESO</b>

<p>Dans les régions rurales, la définition de « proximité » est plus large, mais le modèle s'appliquera tout de même, puisqu'il garantit soins et inclusion à toutes les personnes vivant dans une région donnée.</p> <p>Fournir du soutien de proximité et régional en dehors des heures d'ouverture et pour les soins d'urgence, avec des systèmes de triage virtuels et un groupe de professionnels comprenant des IP et des paramédicaux.</p>	
<p>Collaborer avec les urbanistes municipaux pour voir à la disponibilité de locaux supplémentaires pour les cliniques en prévision de la croissance démographique, au moyen de partenariats avec les promoteurs immobiliers, les services de logement social et les responsables du développement urbain et rural.</p> <p>Dans les secteurs urbains/suburbains, centraliser les services dans des lieux faciles d'accès en train léger et propices aux déplacements piétonniers pour les personnes âgées et fragiles.</p> <p>Fournir une subvention aux cliniques pour les frais généraux afin de réduire l'écart de salaire, potentiellement grâce à des partenariats avec la municipalité et les centres communautaires.</p> <p>Dans les régions rurales sans transport en commun, utiliser le système de triage virtuel pour recueillir et analyser les besoins de soins primaires afin de déterminer quel professionnel de la santé est le mieux placé selon le cas.</p>	<p><b>Municipalité</b></p>
<p>Collaborer avec la Ville d'Ottawa pour octroyer des permis de stationnement aux travailleurs de la santé et aux travailleurs communautaires qui se rendent à domicile.</p> <p>Bonifier les options de garde d'enfants pour les travailleurs de la santé.</p>	<p><b>Municipalité</b></p>
<p>Explorer la possibilité de créer une organisation de santé numérique chapeautant les organismes de santé familiale, les services rémunérés à l'acte, etc. – une « organisation de services partagés pour la santé numérique ».</p>	<p><b>Région Est de Santé Ontario</b></p>

**Annexe B – Coordonnées pour les analyses de rentabilité complètes sur l’amélioration de l’accès aux soins primaires**

Type de modèle	Nombre total de personnes rattachées	Budget estimé	Cadre responsable
Centres de santé communautaire d’Ottawa	17 000 à 25 000	15 à 25 M\$	Michelle Hurtubise, directrice générale, Centre de santé communautaire du Centre-ville <a href="mailto:MHurtubise@centretownchc.org">MHurtubise@centretownchc.org</a>
Clinique dirigée par des infirmières et infirmiers praticiens	10 000	7 M\$	Joanna Binch, IA (cat. spéc.), Ph. D., professeure associée, Université d’Ottawa <a href="mailto:jbinch@uottawa.ca">jbinch@uottawa.ca</a>
Équipe de santé familiale de L’Hôpital d’Ottawa	10 000 à 20 000	10 à 20 M\$	D <sup>r</sup> John Brewer, directeur médical, Département de médecine familiale de L’Hôpital d’Ottawa <a href="mailto:jobrewer@toh.ca">jobrewer@toh.ca</a>
Restore Medical Clinic	13 000	5 M\$	D <sup>re</sup> Danielle Brown-Shreves, fondatrice et chef de la direction, Restore Medical Clinics <a href="mailto:drshreves@restoremedicalclinics.ca">drshreves@restoremedicalclinics.ca</a>
Expansion des services de soins primaires du comté de Renfrew (expansion des équipes/organismes de santé familiale et inclusion des patients non inscrits au moyen du système de triage virtuel grâce à des partenariats en soins primaires)	Plus de 5 500	4,8 M\$	Karen Simpson, directrice générale, Arnprior & District Family Health Team <a href="mailto:KSimpson@arnpriorfht.ca">KSimpson@arnpriorfht.ca</a>  D <sup>r</sup> Richard Johnson Gestionnaire clinique, ESO de la vallée d’Ottawa Directeur des études supérieures, PFMTU et médecin principal de l’organisme de santé familiale 613 717-2914
Expansion de l’Équipe universitaire de santé familiale (2 emplacements)	20 000	16 à 20 M\$	D <sup>re</sup> Clare Liddy, présidente, Département de médecine familiale, Université d’Ottawa <a href="mailto:cliddy@uottawa.ca">cliddy@uottawa.ca</a>
<b>Total estimé</b>	<b>93 500</b>	<b>81,8 M\$</b>	