

LES GMFs

20 ans après la Commission Clair

Howard Bergman MD, FCFP, FRCPC, FCAHS

Vice doyen adjoint, affaires internationales

Faculté de médecine et des sciences de la santé

Professeur de Médecine de famille, Médecine (Gériatrie) and Oncologie

Institut des politiques sociales et de la santé

Université McGill



Les médecins de famille qui m'ont inspiré et qui continuent à m'inspirer

Max Louis Bloomberg (1922-2006)

Louise Authier

Mark Karanofsky

Claude Patry



McGill

Department of
Family Medicine

Département de
médecine de famille

A Global Consensus

- Primary Care is THE foundation of a sustainable health care system-La Commission Clair 2000
- Evidence that health systems with very strong primary care are effective (quality) and efficient
- ↑ Continuity in primary care; ↓ costs, mortality, ED, hospitalizations

Godard-Sebillotte JAGS 2021

Baker, British Journal of General Practice 2020

Bazemore Ann Fam Med 2018

Ramono et al. JAMA Intern Med 2015.

Kringos 2013

Starfield 2005

Shi et al, J Epidemiol Community Health 2004;

Macinko et al, Health Serv Res 2003



McGill

Department of
Family Medicine

Département de
médecine de famille

Before and after les GMFs

Adapted from Tourigny, Can Fam Physician 2010

ASPECT OF CARE	BEFORE FMGs	AFTER FMGs
The practices	MDs Share space/admin	6-10 MDs with nurses share clinical practice and admin
Chronic disease, health promotion, and preventive care	MDs provide care alone	1-2 nurses with increased responsibilities take charge of the follow-up of patients with chronic diseases, health promotion
Coordination of care	No coordination	Coordination with CLSC
Continuity of care	Pts change physician often; seek advice from multiple physicians	Patients are registered, to MD and FMG
Accessibility of care	Mon-Fri-9-5	7 d/wk, by the FMG
Relational and informational continuity	Patients are in charge of coordinating their own care	EMR; care pathways chronic diseases; agreement for access to technical and specialized expertise



Family Medicine Groups

key elements

- A doctor-patient trusting relationship with continuity of care based on each patient having «their» physician and clinical team and each physician having a defined patient population with registered patients
- Proactive comprehensive care with each family physician and clinical team responsible for the full range of care including health promotion and prevention and care management for chronic disease
- team-based, interdisciplinary and inter-specialty practice: each patient's personal family physician working together with nurses and healthcare clinicians in the clinical team



Evolution of GMFs over 20 years

From GMF 1.0 (2001) to GMF 2.0 (2014)

- ◆ A government and university priority
 - ↑ investment (and control)
- ◆ 70% of Family MD's in 370 GMF cover over 80% of the population with a fam MD;
- ◆ Les GMF-U: 55% of residency slots
- ◆ a major paradigm shift in clinical care
 - nurses, nurse practitioners, social workers, pharmacists
- ◆ Quality improvement processes
- ◆ Electronic Medical Records
- ◆ Recognized by population and government as THE foundation
- ◆ But ↓ access ↑ dissatisfaction



McGill

Department of
Family Medicine

Département de
médecine de famille

L'accès

Réponses simplistes à un problème complexe même approche-même échec

2014 Barette

- La loi 20-le bâton top down
- incentives to achieve a high level of 'assiduité'
- Attempt at central patient booking

2022- Dubé

- La Loi 11-le baton top down
- Increased central control
- central patient booking



Déjà vu all over again

2016 Symposium McGill politiques de santé 1e ligne

- ◆ respectful public discussion mobilizing stakeholders has been replaced by denigration, threats
- ◆ a top-down approach driven by MSSS-union negotiation behind closed doors;
- ◆ overreliance on fee-for-service-based economic incentives to improve 'productivity';
- ◆ excessive centralization and micro-management by the ministry;
- ◆ little reference to quality improvement or to the necessary transformation of the clinical model.



Déterminer l'ensemble des facteurs liés à l'accessibilité vers le GMF 3.0

1. l'organisation de la pratique médicale en GMF

- Valorisation et utilisation optimale de l'ensemble des cliniciens du GMF: du point d'entrée au suivi
- La technologie aux services de l'accessibilité, la qualité clinique et la continuité
 - DMÉ, visites virtuelles/surveillance clinique à distance; accès par les patients à leur dossier; communication électronique avec patients; prise de r-v; communication/coordination avec spécialistes et communautaire; imagerie; IA....
- Rapport MD (et autre clinicien) et patient
 - Continuité; décision partagée



Déterminer l'ensemble des facteurs liés à l'accessibilité vers le GMF 3.0

1.(suite) l'organisation de la pratique médicale en GMF:

- l'équilibre entre la productivité, la qualité des soins la continuité
 - Processus de l'amélioration continu avec des indicateurs de qualité, de la continuité (interdisciplinaire) et de la gestion et productivité
- Accès aux données cliniques: entre GMF; entre GMF, CLSC, hôpitaux etc
- Accès/lien avec services communautaires



Déterminer l'ensemble des facteurs liés à l'accessibilité vers le GMF 3.0

2. Gouverne et imputabilité

- Intra/hors établissement; «privé»/publique/coop
- Patient/population/community engagement and responsibility with local governance
- Accountability to the community/ population based upon clear quality and management indicators



Déterminer l'ensemble des facteurs liés à l'accessibilité vers le GMF 3.0

3. Ressources

- la formation, le nombre et la répartition
 - des médecins de famille: le système PREM: la revalorisation de la médecine de famille auprès des étudiants en médecine
 - Les autres professionnels-infirmières, infirmières praticiennes, travailleuse sociales, pharmaciens,...
- Personnels de soutien-rôle clé des réceptionnistes, secrétaires

4. rémunération

- Hybride-capitation/acte
- les mesures incitatives financières et professionnelles



une nouvelle approche

le temps de s'arrêter et
d'effectuer les changements qui s'imposent.

- ◆ un comité de travail restreint et indépendant
 - composé de personnes crédibles et soutenu par les ressources adéquates.
 - trois mois pour réaliser son mandat
 - travailler en toute transparence; mener des discussions respectueuses et ouvertes avec
 - les décideurs clés du Ministère, les représentants syndicaux, les gestionnaires du réseau, les professeurs de médecine de famille, les cliniciens et les patients.

Bergman, La Presse 21/11/19. <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2021-11-19/acces-aux-soins-de-premiere-ligne/un-changement-reel-et-durable-s-impose.php>



Une stratégie de changement durable

- ◆ réunir le MSSS et ses partenaires GMF au sein d'une structure de gouvernance basée sur la collaboration ;
- ◆ S'appuyer sur les solutions émergentes et les meilleures pratiques :
 - étudier un échantillon des GMF qui ont réussi/n'ont pas réussi à offrir une accessibilité optimale pour comprendre les facteurs du succès et les obstacles
- ◆ adopter une approche étape par étape par
 - la mise en place de projets innovants dans plusieurs GMF de différents milieux
 - assortie d'une évaluation rigoureuse
 - menant à une généralisation progressive ;



Une stratégie de changement durable

- ◆ engager, mobiliser, accompagner et former les cliniciens et les gestionnaires des GMF dans un processus d'amélioration de la qualité
- ◆ viser la diversité dans l'implantation
 - éviter l'approche prescriptive « taille unique »
 - susciter l'innovation et l'entrepreneurship



Conclusion

Ciel! Encore un comité !

- ◆ les changements trop rapides et simplistes mènent à l'échec et l'amertume; il importe d'accorder le temps nécessaire à une telle démarche.
- ◆ COVID nous a montré
 - L'importance sociétale du système de santé
 - Le dévouement/la capacité de mobilisation et d'innovation
 - Les attentes de la population

