

Procès-verbal de l'Assemblée générale  
du Département régional de médecine générale (DRMG) du Bas-Saint-Laurent  
tenue le vendredi 22 avril 2016 à 13 h 30  
Salle Bal A, Centre des congrès de l'Hôtel Rimouski  
225, boul. René-Lepage Est  
Rimouski (Québec) G5L 1P2

Réseau local de services (RLS)	Nom
La Matapédia : 1	Jacynthe Vallée
La Mitis : 6	Pascale Deland, Isabelle Descoteaux, Dannie Lagacé, Maryse Lemieux, Julie Samson et Geneviève Collins
Les Basques : 5	Jacynthe Bordeleau, Danielle Cadrin, Myriam Ouellet, Éric Lavoie et Émilie Pelletier
La Matanie : 1	François Barville
Rimouski-Neigette : 6	Louise Bellavance, Jean-Christophe Carvalho, Myriam Croteau, Richard Déry, Nicole Michaud et Réal Villemure
Rivière-du-Loup : 5	Jacques Caron, Marianne Harvey, Jean-François Hérard, Isabelle Plourde et André Mungér
Témiscouata : 4	Joan Banet, Guido Côté, Linda Landry et Stéphane Raymond
Kamouraska : 2	Denis Pelletier et Renée Roussel
Autres présences (employés, etc.) : 5	Diane Albert, Daniel Côté, Isabelle Malo, Michel Plante et Monique Léger

## 1. OUVERTURE DE LA RÉUNION ET PRÉSENTATION DES MEMBRES

Docteur Éric Lavoie, chef du DRMG, procède à l'ouverture de l'assemblée à 13 h 30, le quorum étant constaté. Il souhaite la bienvenue à tous les membres et les remercie de leur présence. Il remercie également tous ceux qui ont collaboré et participé au déroulement des activités de formation et de recrutement médical qui ont eu lieu en avant-midi. Il rappelle que la dernière assemblée générale du DRMG a eu lieu en 2014.

## 2. ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la réunion et présentation des membres
2. Adoption de l'ordre du jour
3. Adoption du procès-verbal de la rencontre du 25 avril 2014
4. Bilan des activités du DRMG 2014-2016

5. Effectifs médicaux
    - 5.1 Portrait actuel
    - 5.2 Nouvelle entente PREM et impacts régionaux
    - 5.3 Nouveau guide de gestion PEM
    - 5.4 Prochaines étapes
    - 5.5 Période de questions
  6. Nouveaux rôles du DRMG et des coordonnateurs médicaux locaux
    - 6.1 Gouvernance et rôles des coordonnateurs médicaux
    - 6.2 Tables territoriales locales
    - 6.3 Gestion médico-administrative
    - 6.4 Période de questions
- PAUSE
7. Vision du directeur des services professionnels
    - 7.1 Organisation des services de première ligne
      - Organisation DSP
      - Collaboration avec les tables territoriales
    - 7.2 PREM et PEM
    - 7.3 Période de questions
  8. Dossier première ligne
    - 8.1 État de situation (GMF, GACO/GAMF)
    - 8.2 Travaux en cours (Plan de relève départs à la retraite et Accès adapté)
  9. Questions diverses
  10. Évaluation de la rencontre et mot de la fin
  11. Levée de la séance

Sur proposition du D<sup>r</sup> Guido Côté, appuyée par la D<sup>re</sup> Jacynthe Vallée, l'ordre du jour est adopté tel quel.

### **3. ADOPTION DU PROCÈS-VERBAL DE LA RENCONTRE DU 25 AVRIL 2014**

Docteur Lavoie fait une brève lecture du procès-verbal de la rencontre du 25 avril 2014.

Sur proposition du D<sup>r</sup> Jean-François Hérard, appuyée par la D<sup>re</sup> Linda Landry, le procès-verbal de la réunion du 25 avril 2014 est adopté, tel quel.

### **4. BILAN DES ACTIVITÉS DU DRMG 2014-2016**

Docteur Lavoie présente et remercie les membres du comité de direction du DRMG :

#### Membres élus (2013-2017) :

- D<sup>re</sup> Véronique Clapperton, MRC de Rimouski-Neigette;
- D<sup>r</sup> Éric Lavoie, chef du département, MRC Les Basques;
- D<sup>re</sup> Jacynthe Vallée, adjointe au chef, MRC de La Matapédia.

#### Membres cooptés :

- D<sup>r</sup> Guido Côté, MRC de Témiscouata (2015-2019);
- D<sup>re</sup> Myriam Croteau, MRC de Rimouski-Neigette (2015-2019);
- D<sup>r</sup> Jean-François Hérard, MRC de Rivière-du-Loup (2015-2019);
- D<sup>r</sup> Jean Hudon, MRC de Kamouraska (2015-2019)

- D<sup>re</sup> Maryse Lemieux, MRC de La Mitis (2015-2019);
- D<sup>r</sup> Éric Paradis, MRC de Rivière-du-Loup (2013-2017);
- D<sup>r</sup> Pierre-Luc Sylvain, MRC de La Matanie (2013-2017).

Membre d'office :

- Mme Isabelle Malo, présidente-directrice générale.

Le bilan des activités 2014-2016 est présenté selon les volets traités aux diverses rencontres :

Effectifs médicaux

- Répartition des effectifs médicaux – Plan régional d'effectifs médicaux (PREM)
- Besoins prioritaires
- Primes d'installation
- Bourses
- Activités de recrutement
- Dépannage

Répartition des effectifs médicaux - PREM

- Application du nouveau guide de gestion PREM 2015.
- Application de l'amendement n° 149 : Entente particulière relative au respect des PREM 2016.
- Nouvelle méthode de répartition des PREM : avis de conformité par RLS janvier 2016.

Besoins prioritaires

- Détermination des besoins prioritaires de recrutement en collaboration avec les installations (2015-2016) et il est visé de faire une mise à jour tous les 3 mois.
- Demandé et approuvé par le Ministre.
- Utilisés par le directeur des services professionnels (DSP) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour les demandes d'approbation de nomination.
- À maintenir à jour – dérogation au besoin.

Primes d'installation

- Recommandations sur le nombre de primes et leur montant à rendre disponible par RLS.

Critères de la détermination des primes d'installation	Nombre de bourses et territoires désignés	Budget des primes d'installation
<b>PREM 2014</b>		
Indice d'équité : 79 % et moins = 15 000 \$ 80 % à 89 % = 10 000 \$ 90 % et plus = 0 \$	1 bourse de 15 000 \$ (La Matapédia)  11 bourses de 10 000 \$ (Kamouraska, Témiscouata, Rivière-du-Loup, Les Basques, La Matanie)	125 000 \$
<b>PREM 2015</b>		
Les territoires en souffrance d'effectifs médicaux en omnipratique	9 bourses de 10 000 \$ (La Matapédia, Les Basques, La Matanie)	90 000 \$
<b>PREM 2016</b>		
Indice d'équité : 84 % et moins = 15 000 \$ 85 % à 89 % = 4 000 \$ 90 % et plus = 0 \$	3 bourse de 15 000 \$ (La Matapédia)  7 bourses de 4 000 \$ (Kamouraska, Témiscouata, Rivière-du-Loup, Les Basques, La Matanie)	73 000 \$

## Bourses

<b>Boursiers RAMQ</b>		
ANNÉE	Demande du DRMG	Confirmation du MSSS
PREM 2014	La Matanie : 1 boursier La Matapédia : 2 boursiers Les Basques : 1 boursier Rivière-du-Loup : 1 boursier Nombre de demandes : 5	La Matanie : 2 boursiers La Matapédia : 1 boursier Les Basques : 1 boursier Rivière-du-Loup : 1 boursier Demandes acceptées : 5
PREM 2015	La Matanie : 1 boursier La Matapédia : 2 boursiers Les Basques : 2 boursiers Nombre de demandes : 5	La Matanie : 1 boursier La Matapédia : 1 boursier Les Basques : 2 boursiers Demandes acceptées : 4
PREM 2016	La Matapédia : 2 boursiers Nombre de demandes : 2	La Matapédia : 2 boursiers Demandes acceptées : 2

## Activités de recrutement

- Journées carrières
- Promotion des stages SARROS dans les milieux universitaires
- Salon des résidents à l'Université Laval
- Recommandation d'ambassadeurs pour le nouveau site web SARROS
- Nouveau cadre de gestion du PFMD (juin 2015)

## Dépannage

- Recommandations :
  - désignations des installations à la Lettre d'entente 149\*;
- Informé par le MSSS :
  - rehaussement ou maintien des mécanismes de dépannage pour les installations;
  - désignations des installations à la Lettre d'entente 132\*\*.
- \* Cette lettre a pour objet de compenser le temps de déplacement des médecins du Bas-Saint-Laurent qui acceptent, sur une base temporaire, de dispenser des services dans une autre installation du Bas-Saint-Laurent en pénurie d'effectifs.
- \*\* Donne droit à une bonification de 10 % de la rémunération et est utile pour attirer les dépanneurs lorsque ceux-ci sont difficiles à trouver.

## Enjeux du dépannage exclusif

- Transmission à la Fédération des médecins résidents du Québec, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et le MSSS nos préoccupations au sujet de l'augmentation des médecins amorçant leur carrière en dépannage exclusif.

## Activités médicales particulières (AMP)

- Gestion des demandes.
- Application de l'Amendement n° 141.
- Approbation des nouvelles demandes ainsi que des demandes de renouvellements ou de modifications de l'adhésion.
- Depuis 2014 :
  - 26 nouvelles demandes d'AMP;
  - 94 renouvellements automatiques et demandes de modifications.
- Détermination des AMP disponibles sur le territoire et affichage sur le site Internet du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) du Bas-Saint-Laurent.
- Vérification périodique de la conformité de l'adhésion des médecins.
- Application de la réduction de rémunération aux médecins ne respectant pas leur engagement.
- Application de l'Amendement n° 141 – le 1<sup>er</sup> septembre 2015.
- Nouvelle AMP : inscription et suivi de clientèle :
  - même niveau de priorité que les principaux secteurs de pratique en établissement, seul le service d'urgence conserve un niveau de priorité supérieur;
  - 500 usagers inscrits, vulnérables ou non = 12 heures par semaine en moyenne :
    - 250 à 499 = 6 heures;
    - 125 à 249 = 3 heures.
- Adhésion avant la fin du premier trimestre complet suivant le début de la pratique.
- Réduction de 30 % de la rémunération de toutes les activités qu'il exerce, incluant celle des AMP que le médecin effectue.

## Organisation des services de première ligne

- Groupe de médecine de famille (GMF)
- Coordonnateurs médicaux locaux (CML)
- Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF)

- Comité travail clinico-administratif sur le fonctionnement des GAMF
- Entente hors PL 20
- Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL)
- Autres

### GMF

- Recommandations de renouvellement des GMF :
  - GMF Kamouraska – 2013;
  - GMF de La Mitis – 2012;
  - GMF de Témiscouata – 2012;
  - GMF Boisé Langevin – 2014;
  - GMG du Grand-Portage – 2014;
  - GMF des Basques – 2014;
  - GMF de La Matapédia – 2013.
- GMF-U – à venir en 2017.
- Déploiement du nouveau *Programme de financement et de soutien professionnel GMF* (novembre 2015).
- Émission d'avis favorable du DRMG pour l'adhésion des GMF au nouveau Programme :
  - GMF des Basques;
  - GMF Boisé-Langevin;
  - GMF Kamouraska;
  - GMF Lafontaine;
  - GMF du Grand-Portage;
  - GMF du Fleuve;
  - GMF de La Mitis;
  - GMF de Matane;
  - GMF de Témiscouata.
- Nouvelles demandes :
  - GMF Arthur-Buies - Avis favorable du DRMG (mars 2016), en attente de la réponse du MSSS;
  - GMF de l'Unité de médecine familiale (UMF) – Centre local de services communautaires (CLSC) de Rimouski - processus en cours.
- Dérogations :
  - GMF de La Matapédia - transfert du financement pharmaciens pour d'autres professionnels;
  - GMF de La Mitis - entente avec le pharmacien d'établissement.

### Coordonnateurs médicaux

- Projet de loi 10 : maintien des CML et du DRMG.
- Soutenir les CML dans l'exécution de leurs rôles ainsi que l'appropriation des nouveaux rôles (Infolettre 224).
- Reprise des activités de la table des coordonnateurs en novembre 2015 (cessées depuis février 2014).
- Principaux travaux de la table des CML :
  - élaboration d'un plan de relève pour les départs à la retraite;
  - élaboration d'un complément au guide de gestion pour les guichets d'accès pour la clientèle orpheline (GACO);
  - déploiement du GAMF.

- Nomination d'une nouvelle coordonnatrice médicale au RLS de La Mitis, D<sup>re</sup> Pascale Deland.

#### Comité de travail clinico-administratif sur le fonctionnement des GAMF

- Objectifs :
  - réduction des délais d'attribution à un médecin de famille;
  - réduction des délais pour l'évaluation infirmière, lorsque requise;
  - assistance immédiate à l'utilisateur qui aura à composer un numéro de téléphone commun pour tous les guichets.
- Composition :
  - représentants cliniques : 5;
  - représentants administratifs : 6.
- Mandat :
  - proposer des améliorations (fonctionnement et structure);
  - adopter une structure et un fonctionnement régional et local des GACO;
  - planifier un plan de relève lors de périodes de pointes d'activités au GACO.

#### L'Entente de principe intervenue entre la FMOQ et le MSSS afin d'accroître et d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne (hors PL 20)

Suivi des cibles à atteindre pour le 31 décembre 2017 au niveau provincial :

- 85 % taux d'inscriptions;
- 80 % d'assiduité;
- délais de prise en charge :
  - 30 jours pour les clientèles vulnérables;
  - 60 jours pour les clientèles non vulnérables.

#### IPSPL

- Organisation d'activités régionales :
  - présentation du MSSS : rôles et contribution des IPSPL;
  - présentation du programme de Formation pratique stagiaire IPSPL de l'Université Laval.
- Recommandation sur la répartition des IPSPL sur le territoire :
  - proposition de critères.

#### Organisation des services de première ligne - Autres

- Formation en « Accès adapté » en mai et novembre 2015.
- Rehaussement de forfaits pour la garde en disponibilité, soirs et fins de semaine (0,5 forfait à 1 forfait) pour le RLS Les Basques.

#### Informatique médicale

- Dossier médical électronique régional (DMÉR)
- Culture du suivi par indicateurs

## DMÉR

- Suivi du démarrage, de la progression et de l'utilisation du DMÉR.
- Appui pour la création d'un comité de pilotage permanent pour le DMÉR.

## Indicateurs

- Soutenir le développement d'une culture de suivi d'indicateurs :
  - approche réflexive avec les projets Collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins (CoMPAS) et REFLET;
  - avis favorable pour la participation de La Matapédia, Les Basques et Rivière-du-Loup au projet CoMPAS.

## Divers enjeux régionaux adressés

- Accès à la dictée des radiologistes de Rimouski.
- Accès aux dossiers des archives en première ligne.
- Fonctionnement des GACO – ressources.

Il est précisé que les spécialistes auront accès au dossier clinique informatisé et pourront, avec Cristal-Net, obtenir les radiologies de laboratoire.

## Diverses informations reçues

- Guide régional avec des outils associés pour soutenir un processus optimal d'implantation des ordonnances collectives au niveau local.
- Consortium en douleur chronique au Bas-Saint-Laurent et l'organisation des services en deuxième ligne en douleur chronique.
- Déploiement de la loi 2 et protocoles cliniques.
- Prescription infirmière.

## Autres activités

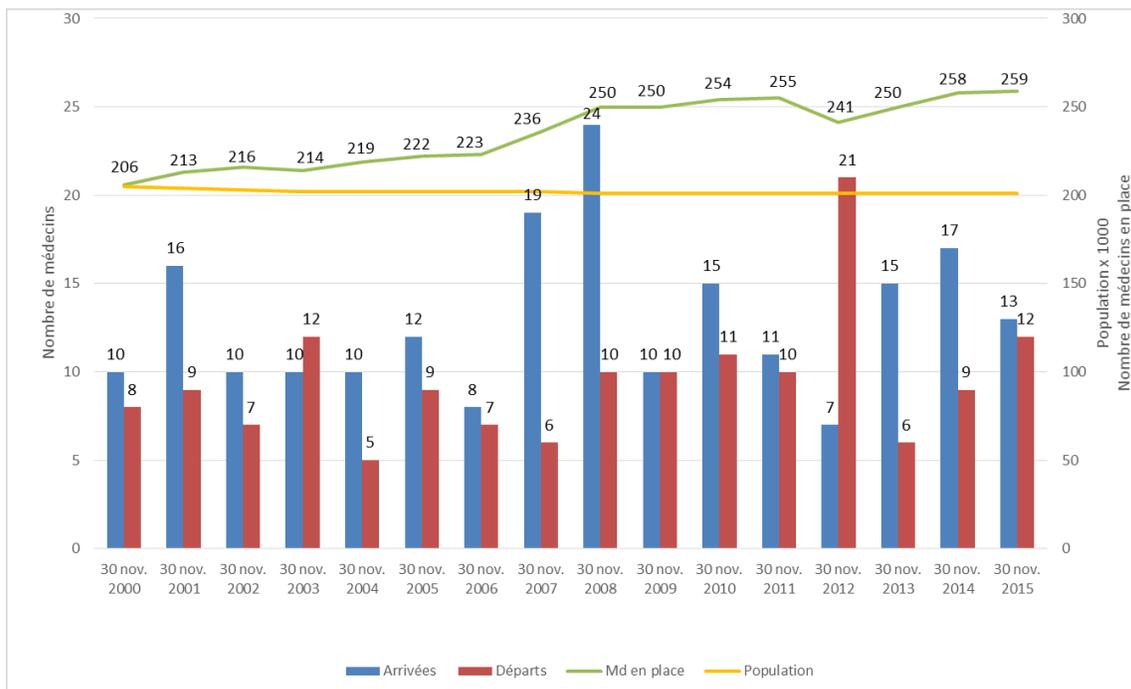
- Appui au projet de la contribution de l'infirmière du soutien à domicile lors d'un constat de décès à distance avec l'Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence (2014).
- Organisation de la formation « Leadership médical - Rôles et responsabilités des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et des chefs des services cliniques ».
- Collaboration médecins - pharmaciens : présentation de la loi 41.

## **5. EFFECTIFS MÉDICAUX**

### 5.1 PORTRAIT ACTUEL

Docteur Lavoie présente les tableaux suivants :

## Évolution des effectifs en omnipratique au Bas-Saint-Laurent 30 novembre 2000 au 30 novembre 2015



### Proposition de répartition des PREM 2013 à 2016 par le DRMG

RLS	Total des PREM 2013 à 2015	PREM 2016	Total
Kamouraka	2	1	3
Témiscouata	4	1	5
Rivière-du-Loup	8	2	10
Les Basques	7	1	8
Rimouski-Neigette	3	3	6
La Mitis	1	1	2
La Matapédia	9	3	12
La Matanie	9	2	11
<b>Bas-Saint-Laurent</b>	<b>43</b>	<b>14</b>	<b>57</b>

## Répartition des arrivées et départs des PREM 2013 à 2015 par RLS

RLS	Total des arrivés 2013 à 2015	Total des départs 2013 à 2015	Variation 2013 à 2015
Kamouraka	5	3	2
Témiscouata	6	4	2
Rivière-du-Loup	10	6	4
Les Basques	7	4	3
Rimouski-Neigette	5	5	0
La Mitis	3	1	2
La Matapédia	3	2	1
La Matanie	8	4	4
<b>Bas-Saint-Laurent</b>	<b>47</b>	<b>29</b>	<b>18</b>

## Nombre de médecins en place par RLS

RLS	Besoins exprimés	30 novembre 2013	30 novembre 2014	30 novembre 2015	Indice d'équité au 30 novembre 2015
Kamouraka	30	26	26	26	87%
Témiscouata	34	29	30	29	85%
Rivière-du-Loup	45	38	39	40	89%
Les Basques	18	14	15	15	83%
Rimouski-Neigette	81	73	76	74	91%
La Mitis	28	25	26	26	93%
La Matapédia <sup>1</sup>	26	19	20	21	81%
La Matanie	30	24	24	26	87%
<b>Bas-Saint Laurent (excluant les pratiques minimales)</b>	<b>292</b>	<b>248</b>	<b>256</b>	<b>257</b>	<b>88%</b>
<b>Nombre de pratique minimale</b>	<b>292</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0,7%</b>
<b>Bas-Saint-Laurent</b>	<b>292</b>	<b>250</b>	<b>258</b>	<b>259</b>	<b>89%</b>

<sup>1</sup> Données excluant les pratiques minimales

## 5.2 NOUVELLE ENTENTE PREM ET IMPACTS RÉGIONAUX

Les points suivants sont présentés :

- Nouvelle Entente particulière MSSS-FMOQ.
- Impacts régionaux :
  - Révision du calcul des besoins;
  - Critères de répartition par sous-territoire :
    - Taux d'inscription;
    - GACO;

- Attrition;
  - Notion de production;
  - Avenir de l'indice d'équité.
- Nouvelle Entente particulière MSSS-FMOQ - En vigueur depuis le 21 décembre 2015 :
- Principales dispositions selon la situation du médecin :
    - Médecin qui commence sa pratique ou qui change de région après le 30 juin 2016 :
      - Engagement dans un sous-territoire;
      - 55 % de la facturation totale dans le sous-territoire;
      - Dépannage inclus dans le calcul;
      - Modification de la pénalité en cas de non-respect de l'avis de conformité ou sans avis de conformité (facturation totale);
    - Médecin qui commence sa pratique avant le 1<sup>er</sup> juillet 2016 et qui détient un avis de conformité au PREM :
      - Les anciennes modalités s'appliquent;
      - Avis de conformité régional;
      - 55 % du total des journées de facturation dans la région;
      - Journées de facturation en dépannage non considérées;
      - La pénalité est calculée sur la portion de facturation en cabinet ou à domicile;
    - Médecin détenteur d'un permis d'exercice du Collège des médecins du Québec depuis plus de 20 ans :
      - Ne peut se voir refuser un avis de conformité d'une région même si le PREM est complet;
      - Pas d'engagement de pratique sous-territorial;
      - 55 % de sa facturation totale dans la région;
      - Pour le reste, les dispositions de la nouvelle Entente s'appliquent;
    - Médecin de retour d'une région éloignée après 3 ans de pratique principale continue :
      - Ne peut se voir refuser un avis de conformité d'une région même si le PREM est complet;
      - Engagement sous-territorial : assujetti aux dispositions de la nouvelle Entente s'il commence sa pratique après le 30 juin 2016;
  - Nouvelles dispositions s'appliquant à tous les médecins :
    - Révision du calcul de la première année de pratique du médecin :
      - Détient un avis de conformité;
      - 200 jours de facturations RAMQ;
    - Annulation de l'avis de conformité au PREM pour le médecin non participant à la RAMQ :
      - Dernier avis de conformité valide, s'il revient au régime public avant le 1<sup>er</sup> juillet 2016;
      - Après le 30 juin 2016, il doit obtenir un avis de conformité selon les nouvelles règles;
    - Limitation possible du nombre de médecins en dépannage exclusif.
- Impacts régionaux :
- Révision du calcul des besoins;
  - Critères de répartition par sous-territoire :
    - Taux d'inscription;

- GACO;
- Attrition;
- Notion de production;
- Avenir de l'indice d'équité.

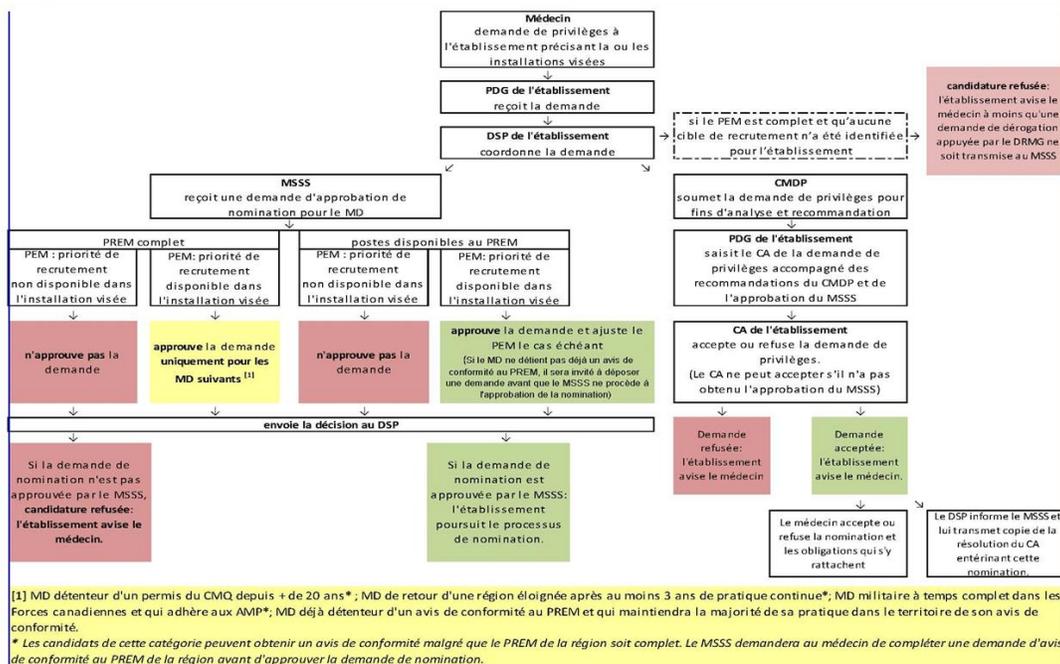
Il est précisé que la notion de production est en lien avec la facturation vers les services rendus à la population.

### 5.3 NOUVEAU GUIDE DE GESTION PEM

- Guide de gestion des PEM
- Collaboration DSP et DRMG



7.1. Diagramme 1 – Cheminement d'une demande de nomination au PEM en médecine de famille



- Guide de gestion des PEM en médecine de famille en établissement :
  - Rôles du MSSS :
    - Signifier les objectifs de croissance;
    - Approuver le PREM des établissements;
    - Approuver la nomination des médecins au PEM des établissements;
  - Rôles des établissements :
    - Assurer, coordonner, organiser et dispenser des services accessibles à la population de leur territoire (respect des orientations);
    - Transmettre le plan d'organisation au MSSS pour approbation (nombre de médecins qui peuvent exercer dans l'établissement et dans chacun des départements et services);

- Respecter le PEM approuvé par le Ministre et obtenir son approbation avant d'accepter une nomination;
- Rôles du DRMG : améliorer l'accessibilité, la continuité et l'intégration des services de médecine générale, notamment :
  - Définir et proposer le plan régional d'organisation des services (PROS) médicaux généraux;
  - Faire des recommandations au MSSS sur le PREM, favoriser le déploiement des effectifs autorisés vers les besoins prioritaires;
  - Assurer la mise en place et l'application du PREM;
  - Donner son avis sur tout projet concernant la dispensation des services médicaux généraux;
  - Délivrer les avis de conformité et procéder à la sélection des candidats;
- Refonte du guide pour s'arrimer avec la nouvelle Entente particulière des PREM.
- PEM d'un établissement :
  - Tous les médecins de famille qui détiennent des privilèges d'exercice dans les installations de l'établissement;
  - Réduction de 20 % des effectifs médicaux au PEM des établissements;
- Priorités de recrutement :
  - Cohérence entre les PREM et les PEM;
  - Distinction entre la pratique intra ou extra établissement;
  - Tableau des priorités de recrutement à mettre à jour régulièrement par le DRMG;
  - Les priorités doivent être entérinées par le Ministre;
  - Ajustement du tableau des priorités en cours d'année pour pallier aux départs des médecins en longue durée ou en première ligne;
  - Les nouvelles priorités de recrutement en milieu hospitalier devront être justifiées par le DSP et le DRMG;
- Demande d'approbation de nomination et privilèges en établissement :
  - Demande sous la responsabilité du DSP;
  - Les privilèges doivent correspondre aux priorités de recrutement, sinon il faut procéder à une demande de dérogation des priorités de recrutement.
- Collaboration DSP et DRMG
  - Le Ministre consulte le DSP en plus du DRMG avant d'approuver le PEM de chaque établissement;
  - Le DSP est associé à la démarche des priorités de recrutement;
  - Une demande d'approbation de nomination – médecin de famille (précisant le statut et les privilèges) doit être autorisée par le DSP et expédiée au MSSS pour approbation.

#### 5.4 PROCHAINES ÉTAPES

- Comité de sélection des candidats au PREM 2017
- Révision du calcul des besoins
- Utilisation stratégique des AMP comme levier de gestion

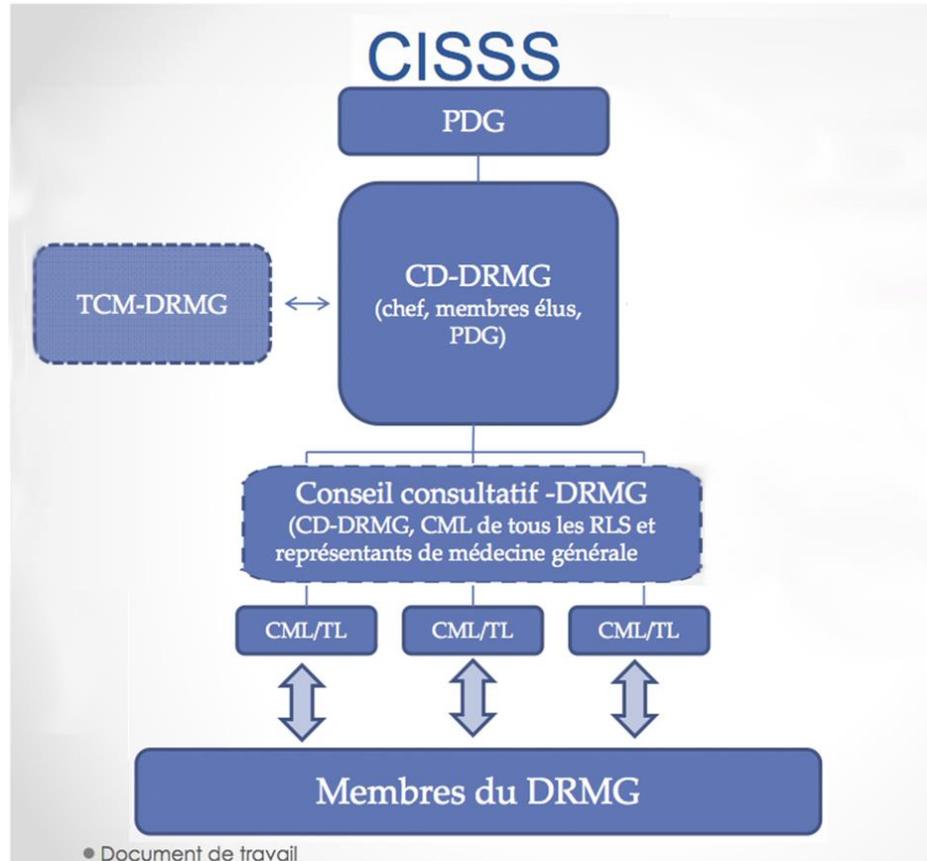
#### 5.5 PÉRIODE DE QUESTIONS

Aucune question n'est soulevée pour ce point.

## 6. NOUVEAUX RÔLES DU DRMG ET DES CML

### 6.1 GOUVERNANCE ET RÔLES DES COORDONNATEURS MÉDICAUX

Docteur Lavoie présente l'organigramme et les points suivants :



- Rôle du DRMG – LSSSS :
  - PREM;
  - PROS;
  - Accessibilité aux soins médicaux généraux;
  - AMP;
  - Donner son avis : projet concernant la dispensation des services médicaux généraux, certains projets relatifs à l'utilisation de médicaments, l'instauration des corridors de services;
  - Réaliser toute autre fonction que lui confie la présidente-directrice générale du CISSS.
- Rôle du DRMG – PREM :
  - Déterminer les besoins prioritaires de recrutement en collaboration avec les RLS;
  - Transmettre la liste des besoins au Ministre pour approbation;
  - Utiliser cette liste pour les demandes d'approbation de nomination par le DSP et le MSSS;
  - Maintenir à jour les besoins prioritaires;
  - Soutenir le DSP dans les demandes de dérogation.

- Rôle du DRMG – PEM :
  - Le Ministre consulte le DSP en plus du DRMG avant d'approuver le PEM de chaque établissement.
- Rôle du DRMG – GAMF :
  - Suivre le statut des demandes en attente d'attribution ainsi que des patients attribués pour une inscription auprès d'un médecin de famille;
  - Communiquer le processus d'enregistrement et d'attribution à un médecin de famille aux différents points de services du CISSS et du CIUSSS ainsi qu'aux partenaires de services, s'il y a lieu;
  - Transmettre au MSSS les paramètres du GAMF pour chaque RLS.
- Rôle du DRMG - CML et tables locales :
  - Assurer les activités d'organisation et de coordination des services de première ligne du territoire bas-laurentien;
  - Mettre sur pied une table locale du DRMG dans chacun des territoires de RLS afin de l'appuyer dans ce mandat;
  - Nommer les médecins coordonnateurs à la suite d'une recommandation du CMDP, dans chaque RLS qui est sous son autorité;
  - Déterminer les priorités d'action des coordonnateurs en lien avec leur rôle.
- Conseil consultatif – DRMG :
  - Comité ad hoc;
  - Relève du Comité de direction (CD) – DRMG;
  - Lieu d'échange permettant de partager au CD - DRMG des préoccupations et des réalités des RLS ainsi que des pistes de solution;
  - Facilite la communication des orientations du DRMG à l'ensemble des membres du DRMG;
  - Présidé par le chef du DRMG et a lieu 2 à 3 fois par année;
  - Composition :
    - CML;
    - CD - DRMG;
    - Représentants de médecine générale;
    - Représentants pertinents selon les besoins régionaux.
- Rôles des CML (Infolettre 224) :
  - En soutien au DRMG, il collabore et participe au fonctionnement des tables locales de médecine générale pour le RLS;
  - Répondant médical pour le GAMF;
  - Assure la liaison entre l'établissement et les médecins;
  - Favoriser une coordination entre les services médicaux de première ligne, de deuxième ligne ainsi que les services médicaux spécialisés;
  - Faciliter le fonctionnement des réseaux de première ligne;
  - Participer, en soutien au CD - DRMG, à l'élaboration des priorités de recrutement.
- Rôles des CML - GAMF - Cadre de référence provincial des GACO :
  - Agir à titre de répondant médical pour le GAMF;
  - Participer à la référence de certains patients de son territoire en attente au guichet, notamment ceux qui attendent au-delà des délais prescrits pour l'inscription;

- Octroyer aux médecins de famille le supplément pour l'inscription de certains patients particulièrement vulnérables, conformément aux critères convenus par les parties négociantes (à venir);
- Collaborer à la prise en charge de la clientèle à la suite d'un départ d'un médecin de famille (retraite, etc.);
- Suivre les indicateurs d'évaluation du mécanisme d'attribution en première ligne avec l'application GAMF;
- Informer régulièrement les responsables du CISSS/CIUSSS et le DRMG du bilan des données et des attributions;
- Identifier les paramètres de pilotage du GAMF.

## 6.2 TABLES TERRITORIALES LOCALES

- Mandat :
  - S'approprier localement les orientations régionales des services de santé de la première ligne afin de répondre aux besoins de la population et de suggérer des options de résolution de problématiques;
  - Définir et proposer la nature et les services attendus en termes d'accessibilité et de prise en charge médicale et de l'équipe de professionnels avec le souci d'améliorer les conditions de pratique et d'organisation des services médicaux;
  - Soutenir et donner des avis aux instances médicales concernées sur le réseau de garde;
  - Participer, en soutien avec le CD - DRMG, à l'élaboration des priorités de recrutement dans la région qui sont proposées au Ministre;
  - Participer, en soutien avec le CD - DRMG, à la reconnaissance des AMP en lien avec les priorités de recrutement.
- Composition :
  - Coprésidents :
    - coordonnateur médical de première ligne;
    - un représentant du RLS au comité exécutif du DRMG;
  - Membres permanents :
    - directeur adjoint de la DSP ou son délégué;
    - médecin-conseil de la DSP - services médicaux de première ligne;
    - conseiller médical de l'installation;
    - chef de service de la première ligne;
    - médecins représentants :
      - cabinets privés;
      - GMF;
      - Installation - CHSLD;
      - CLSC;
      - UMF;
    - direction des soins infirmiers.
- Membres invités selon l'ordre du jour :
  - Médecins désignés par programme - services (exemples : santé mentale, PALV, maladies chroniques, services généraux, jeunes en difficulté, urgence, hospitalisation, obstétrique, etc.);
  - IPSPL;
  - Pharmaciens (communautaire ou établissement);
  - Autres directions du CISSS.

## 6.3 GESTION MÉDICO-ADMINISTRATIVE

### **Vers de nouvelles pistes de partenariat médico-administratif<sup>1</sup>**

Rapport final déposé à  
l'Association québécoise d'établissements  
de santé et de services sociaux

Ann Langley, HEC Montréal  
Nicolas Van Schendel, HEC Montréal  
Émilie Gibeau, HEC Montréal  
Jean-Louis Denis, ENAP  
Marie-Pascale Pomey, Université de Montréal

Novembre 2014

Un questionnaire a été remis aux participants portant sur :

- Échelles de mesure :
  - Identification à l'établissement :
    - Les réussites de [cet établissement] sont aussi les miennes;
  - Cotation :
    - 1 : totalement en désaccord;
    - 7 : totalement en accord;
  - Volonté de participation :
    - Je participe volontiers à des comités afin d'améliorer la gestion [de cet établissement];
  - Cotation :
    - 1 : totalement en désaccord;
    - 7 : totalement en accord;
  - Qualité des relations médico-administratives :
    - Il y a un haut niveau de confiance et de coopération entre le corps médical et l'administration de l'établissement;
  - Cotation :
    - 1 : totalement en désaccord;
    - 7 : totalement en accord.
- Les dossiers traceurs proposés initialement par les quatre sites pilotes.

	CH Universitaire	CSSS Régional	CSSS Semi-rural	CSSS de 1ère ligne
<b>Dossier stratégique</b>	La création d'une Direction des ressources humaines et de l'enseignement (DRHE)	Virage Accessibilité	Développement d'une approche adaptée pour la personne âgée à l'urgence et en médecine général	Développement d'un Institut universitaire centrée sur l'enseignement et la recherche en première ligne
<b>Dossier tactique</b>	Le développement de l'architecture détaillée d'un plan d'intervention clinique informatisé (PIC)	Déplacements de services du milieu hospitalier vers la communauté	Démarche d'amélioration de la qualité et du climat de travail en médecine	Développer l'offre de service pour personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement
<b>Dossier opérationnel (niveau des services)</b>	La résolution de problèmes reliés à la violence à l'urgence	Accessibilité à l'investigation (à l'Urgence particulièrement)	Optimisation du bloc opératoire	Les ordonnances collectives

- Les objectifs et avantages perçus :
  - Pourquoi impliquer les médecins dans la gestion?
  - Pourquoi un médecin accepterait-il d'y participer?
  - Promouvoir le leadership et l'engagement médical.
  - Améliorer la performance en regard de la clientèle.
  - Favoriser la cohésion et la complémentarité.
- Améliorer la performance en regard de la clientèle :
  - « L'objectif de la cogestion, ce n'est pas de gérer, c'est de s'assurer qu'on répond aux besoins de la clientèle, qu'on donne un meilleur service et qu'on planifie le développement. » Sur ce point, un médecin partage son expérience.
- La performance :
  - L'apport des médecins est valorisé en particulier parce qu'il permet de placer les considérations cliniques au cœur de la décision. Certains commentaires sont émis à ce sujet;
  - « Ma principale motivation, (...) c'est davantage l'offre de service aux patients que les intérêts des médecins ou des employés de l'hôpital. (...) Il s'agit de définir les orientations de soins d'un hôpital, en concertation avec ce qui est possible, avec l'administration (...) et puis avec la volonté des gens. » Témoignage d'un médecin gestionnaire.
- La cohésion et la complémentarité :
  - « Les gestionnaires pensent que les médecins veulent toujours bloquer, sont très intéressés seulement à leurs propres intérêts (...). Et les médecins pensent que les gestionnaires sont juste déconnectés de la réalité clinique et prennent des décisions sans les consulter. Les deux ont tort, alors je pense que j'ai un rôle, justement, [qui est de] faire le pont entre ces deux cultures. » Témoignage d'un médecin gestionnaire.
- Typologie des relations entre cogestionnaires :
  - Type A : La cogestion verticale : un directeur et son assistant;
  - Type B : La cogestion horizontale : des partenaires égaux.

- Bilan et perspectives :
  - En sommes, les objectifs visés par les pistes de partenariat restent de l'actualité et les expériences des établissements pilotes suggèrent que les efforts dans ce sens peuvent donner des résultats porteurs ;
  - En sommes, les établissements qui mettent en œuvre les pistes de partenariat médico-administratifs se retrouvent toujours en apprentissage. Les ajustements de la gouvernance doivent se poursuivre, même chez les établissements qui ont une longueur d'avance.

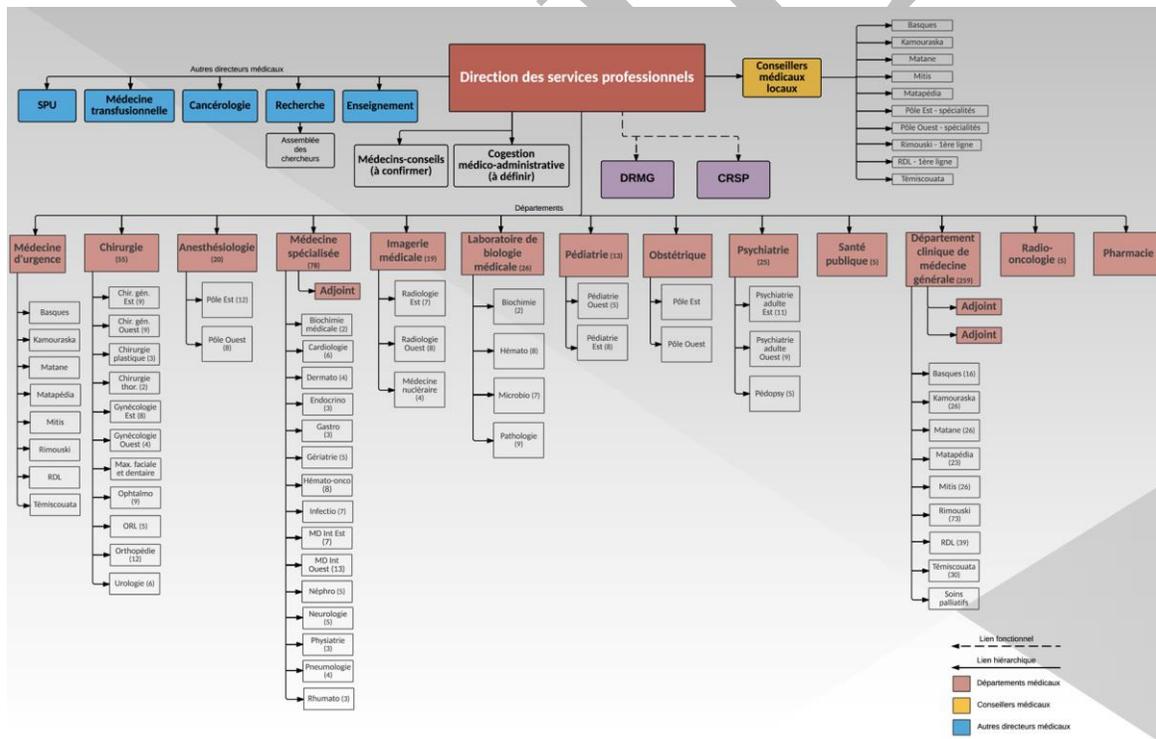
## 6.4 PÉRIODE DE QUESTIONS

Aucune question n'est soulevée pour ce point.

## 7. VISION DU DSP

### 7.1 ORGANISATION DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

Docteur Jean-Christophe Carvalho, directeur, présente l'organigramme de la DSP et nous parle des points suivants :



Il précise que certains postes ne sont pas encore pourvus.

- Objectifs :
  - Première ligne solide permettant une prise en charge globale de la clientèle;
  - Déploiement de nouvelles ressources professionnelles au sein des GMF pour permettre un suivi adapté de la clientèle vulnérable;

- Révision du rôle et du mandat des omnipraticiens au sein des différentes activités hospitalières;
  - Arrimage solide entre la première ligne et les services médicaux spécialisés pour permettre une fluidité de communication de part et d'autre et pour assurer un accès efficace aux services.
- Objets prioritaires retenus :
    - Soutien à domicile;
    - Accès aux soins et services sociaux de première ligne et leur intégration à proximité;
    - Accès aux médecins spécialistes.
  - Soutien à domicile :
    - Présenter l'objet proposé dans son continuum :
      - description sommaire;
      - plan stratégique du MSSS 2015-2020;
      - clientèle visée;
      - continuums visés;
      - actions concrètes pour l'amélioration;
      - en s'appuyant sur les données probantes, les meilleures pratiques ou les consensus d'experts;
    - Quels sont les bénéfices attendus dans les 18 à 24 prochains mois au regard des critères d'analyses?
  - Accès aux soins et services sociaux de première ligne et leur intégration à proximité :
    - Présenter l'objet proposé dans son continuum;
    - Quels sont les bénéfices attendus dans les 18 à 24 prochains mois au regard des critères d'analyse?
    - Comment les contributions des différentes directions du Ministère et du réseau seront orchestrées pour mettre en œuvre l'objet dans une approche intégrée?
  - Accès aux médecins spécialistes (DGSSMU) :
    - Quatre éléments :
      - amélioration de l'accès aux consultations spécialisées;
      - amélioration de la priorisation des patients en attente d'une chirurgie;
      - augmentation de la prise en charge des patients hospitalisés par les médecins spécialistes;
      - diminution des délais de consultations à un médecin spécialiste demandées par le service d'urgence.
  - Prise en charge du patient entre la première et la deuxième ligne - centre de répartition des demandes de services :
    - Guichet unique;
    - Formulaire standard;
    - Priorité clinique uniforme;
    - Élimination des doublons;
    - Portrait de l'offre et la demande;
    - Suivi du continuum.

Les formulaires ont été conçus avec les spécialistes et les omnipraticiens et présentement, il y a discussion avec Dr Éric Paradis pour les intégrer dans le DMÉ.

## 7.2 COLLABORATION DSP – DRMG : PREM ET PEM

- Essentielle à plusieurs niveaux :
  - PREM – PEM :
    - support dans le processus de recrutement et de sélection;
    - concertation afin d'établir des priorités communes;
    - révision et mise à jour des besoins régionaux;
    - vigie de la mobilité intrarégionale;
  - Résolution de problèmes survenant au sein des RLS;
  - Canal de communication pour les médecins membres du DRMG ne détenant plus de privilèges au CMDP;
  - Allocation de ressources suffisantes;
  - Animation des RLS.
  
- Importance de la définition des priorités régionales et d'obtenir l'approbation du MSSS :
  - Orienter le recrutement selon les besoins;
  - Diminuer l'incertitude (un recrutement conforme aux priorités acceptées n'aura pas à obtenir de dérogation);
  - Permettre de planifier la répartition des PEM dédiés à des mandats régionaux au besoin;
  - Définir plus clairement la mission de l'omnipraticien au sein des différentes installations;
  - Clarifier les privilèges de chaque médecin au sein du CMDP.
  
- Défis :
  - Restriction (et diminution visée de 20 %) du PEM à l'hospitalisation pour les installations avec 30 000 jours d'hospitalisation et plus par année (Rimouski et Rivière-du-Loup);
  - Instauration obligatoire de la prise en charge dès le début de la pratique pour les nouvelles recrues;
  - Recrutement en fonction des priorités ministérielles;
  - Mobilité intrarégionale davantage balisée;
  - Promouvoir le recrutement en région en tenant compte des nouvelles réalités.

## 7.3 PÉRIODE DE QUESTIONS

Aucune question n'est soulevée pour ce point.

## 8. DOSSIER PREMIÈRE LIGNE

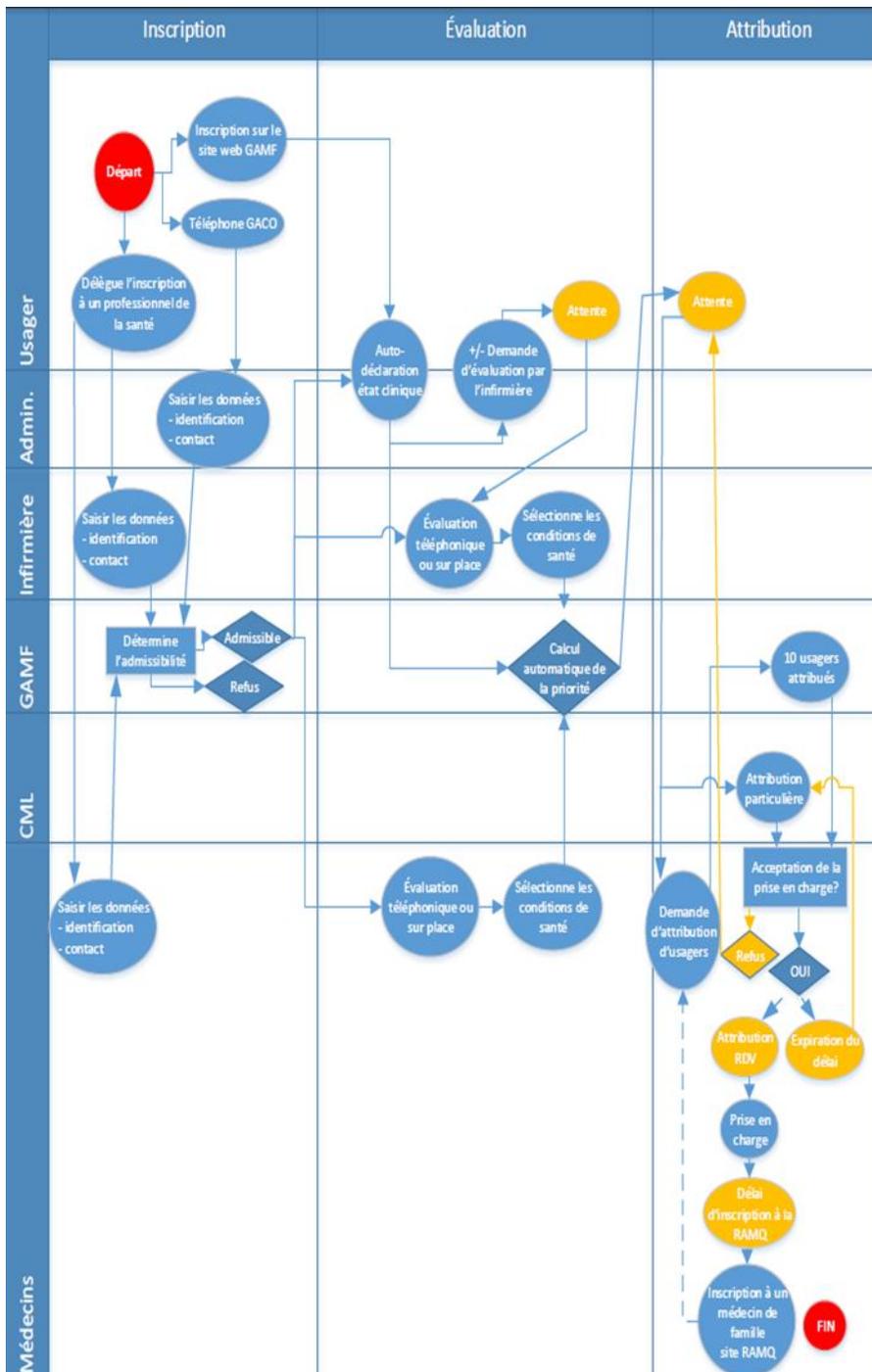
### 8.1 ÉTAT DE SITUATION

#### GMF

- Au 1<sup>er</sup> avril 2016, le Québec compte 272 GMF :
    - 244 reconnus en vertu du Programme GMF :
      - 6 nouveaux GMF;
    - 28 accrédités selon l'ancien cadre de gestion;
    - 3 GMF n'ont pas adhéré (retrait du financement).
  - Au Bas-Saint-Laurent, 10 GMF sont reconnus en vertu du Programme GMF.
  - Deux GMF sont en préparation.
  - Révision annuelle des GMF :
    - Révision au 1<sup>er</sup> octobre pour les RLS de Kamouraska, Les Basques, La Matanie et La Matapédia.
    - Révision au 1<sup>er</sup> janvier pour les RLS de Rivière-du-Loup, Rimouski-Neigette, La Mitis et Témiscouata.
- Quatre critères de renouvellement :
- Nombre d'inscriptions pondérées;
  - Offre de services;
  - Taux d'assiduité;
  - Utilisation d'un DMÉ certifié.
- Rôles du DRMG :
    - S'assurer de l'admissibilité des demandes d'adhésion au Programme GMF;
    - Approuver les ententes de services pour couvrir les 68 heures d'accessibilité médicale;
    - Émettre un avis au Ministre si un manquement résulte du fait que le personnel n'a pas été affecté par le CISSS;
    - Approuver les ajouts, les déménagements ou les retraits de site GMF.
  - Ressources travailleurs sociaux et autres professionnels en GMF :
    - Travailleurs sociaux : 11 équivalents temps plein (ETP) (santé mentale, SAPA et services généraux);
    - Autres professionnels : 9 ETP (infirmières, nutritionnistes, kinésologues, psychologues, etc.).

#### GACO/GAMF

- Déploiement du nouveau système GAMF le 11 avril 2016.
- Le DRMG est en support au CML dans ce déploiement et cette période de transition.



- Priorités du GAMF :  
Le personnel clinique priorise les usagers pour les catégories suivantes :
  - Priorité A : < 7 jours :
    - Cancer actif
    - État psychotique
    - Grossesse
    - Idées suicidaires ou d'homicides
    - Soins palliatifs

- Priorité B : < 2 semaines :
  - Embolie ou FA récente nécessitant anticoagulation et suivi du RNI
  - Hospitalisation au cours du dernier mois pour un problème chronique ou pour un problème aigu
  - Toxicomanie ou dépendance active
  - Trouble dépressif, d'adaptation ou anxieux majeur et actif
  - VIH/SIDA
- Priorité C : < 3 semaines :
  - Problème de santé nécessitant une inscription prioritaire ou enfant de moins de 2 ans ou personne assurée vulnérable

L'utilisateur s'inscrit pour les priorités suivantes :

- Priorité D : < 1 mois :
  - Problèmes de santé mineurs ou selon déclaration du patient
- Priorité E : < 3 mois :
  - Aucun problème de santé

- Paramètres de pilotage du GAMF :
  - Distance maximale entre le lieu de résidence de l'utilisateur et celui du lieu de pratique du médecin (dans un rayon de 40 km);
  - Le ratio des priorités cliniques prévu :
    - 1 personne de Priorité A;
    - 2 personnes de Priorité B;
    - 2 personnes de Priorité C;
    - 2 personnes de Priorité D;
    - 3 personnes de Priorité E;
  - La présence par défaut de personnel clinique pour évaluer et prioriser les demandes.

Un Info DRMG sera produit où l'on retrouvera ces informations.

À la question s'il y a possibilité d'attribuer plus de 10 patients à la fois, il est précisé qu'il faut les facturer à la RAMQ pour les inscrire au nom du médecin avant de pouvoir en prendre 10 autres.

## 8.2 TRAVAUX EN COURS

### *PLAN DE RELÈVE DÉPARTS À LA RETRAITE*

Il est précisé que le document de travail est présentement soumis aux différentes instances.

- Objectifs
- Rôles et responsabilités :
  - Médecin préparant son départ ou sa retraite;
  - Équipe médicale du GMF, du CLSC ou de la clinique privée du médecin préparant son départ;
  - Secrétariat de la clinique, du GMF ou du CLSC;

- GACO;
- DRMG;
- CISSS;
- CMDP;
- DSP;
- Laboratoire, radiologie et cliniques externes spécialisées.

### *ACCÈS ADAPTÉ*

- Favorise la formation en « Accès adapté ».
- Encourage et soutient l'implantation.
- Enjeux de gestion du changement.
- Intérêt et l'ouverture du CISSS ont facilité l'implantation de l' « Accès adapté ».
- Soutenir le développement des outils et des processus standardisés.

### **9. QUESTIONS DIVERSES**

Aucun sujet n'a été ajouté à l'ordre du jour.

### **10. ÉVALUATION DE LA RENCONTRE ET MOT DE LA FIN**

Docteur Lavoie clôt l'activité en remerciant les médecins de leur participation de même que tous ceux qui ont contribué à faire de cette journée un succès.

### **11. LEVÉE DE L'ASSEMBLÉE**

L'assemblée est levée à 15 h 50.

---

Chef

---

Secrétaire