

Projet médical régional Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine



Québec 

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA GASPÉSIE—ÎLES-DE-LA-MADELEINE
144, boulevard Gaspé
Gaspé (Québec) G4X 1A9
Téléphone : 418 368-2349
Télécopieur : 418 368-4942
Courriel : agence11@ssss.gouv.qc.ca
Site Internet : www.agencesss11.gouv.qc.ca

RÉDACTION :

Michel Desjardins, directeur régional des affaires médicales et de santé physique
Michelle Héroux, médecin-conseil, Martine Blais et Louise Roy, agentes de planification : collaboration spéciale à la proposition de l'équipe médicale de base, en 1re ligne

TRAITEMENT DE TEXTE ET MISE EN PAGE :

Mireille Fortin, secrétaire
Isabelle Gagné, secrétaire

COLLABORATION SPÉCIALE AU SECRÉTARIAT :

Angélie Dugas
Marie-Pierre Samuel

COLLABORATION PHOTO :

Maxime Bernatchez

Mars 2007

Dépôt légal, 2007
ISBN : 978-2-923129-39-6

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

*Paradoxalement,
il n'y a que dans l'évolution,
la réforme et le changement
que l'on peut trouver la sécurité.*

Anne Morrow Lindbergh

MOT DU DIRECTEUR DES AFFAIRES MÉDICALES ET DE SANTÉ PHYSIQUE

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la Madeleine est fière de vous présenter la première mouture du Projet médical régional, pierre d'assise du projet clinique en santé physique. Il est la résultante d'une vaste consultation qui s'est voulue la plus consensuelle et la plus élargie possible.

Les objectifs poursuivis par ce projet sont les suivants : la prise en charge continue des personnes souffrant de pathologies chroniques ou complexes, l'accessibilité rapide aux services pour les personnes présentant des besoins de santé ponctuels, l'accessibilité aux services médicaux spécialisés de base (chirurgie générale, anesthésiologie, médecine interne, psychiatrie et radiologie diagnostique) dans chacun des établissements ayant une composante hospitalière, l'accessibilité à tout service spécialisé, lorsque requis, en établissant des corridors de service formels, intra ou extra régionaux, l'accessibilité à un médecin de famille lorsque nécessaire en favorisant toutes les étapes du continuum de services, de la promotion-prévention aux soins en fin de vie.

Vingt et une recommandations ont été retenues pour atteindre ces objectifs sur un horizon de cinq ans, afin de rendre les services médicaux plus accessibles, en continuité et de qualité, en harmonie avec les grandes orientations actuelles (hiérarchisation des services, responsabilité populationnelle, réseaux locaux de services, etc.) du réseau de la santé et des services sociaux.

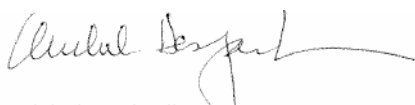
L'actualisation du projet se fera selon un plan d'action précis et des indicateurs de suivi sont proposés. Le projet demeure évolutif et devra s'ajuster à la réalité quotidienne. L'élaboration du projet médical régional constitue, pour les différents acteurs du réseau de soins, une occasion unique de concevoir une offre de services adaptée aux besoins de la population dans chacun des territoires. Une réelle intégration des services est plus que souhaitable, mais essentielle à la réussite du projet.

Le Projet médical régional est une occasion unique d'améliorer la complémentarité interétablissements et de développer une complicité ainsi qu'une solidarité régionale entre les différents intervenants et acteurs impliqués.

Finalement, je souhaite remercier tous ceux et celles qui ont collaboré, de près ou de loin, au présent document.

Médicalement vôtre,

Le directeur des affaires médicales
et de santé physique,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Michel Desjardins', with a long horizontal flourish extending to the right.

Michel Desjardins, M.D., M.A., CMFC (F)

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ANNEXES.....	XIII
LEXIQUE DES ACRONYMES.....	XV
INTRODUCTION.....	11
UN PROJET MÉDICAL RÉGIONAL.....	11
LES PRINCIPES DIRECTEURS.....	14
1) PROXIMITÉ	14
2) RÉPONSE AUX BESOINS	14
3) TERRITOIRE DE DESSERTE	14
4) AUTOSUFFISANCE.....	14
5) NÉCESSITÉ D'ENTENTES DE SERVICES.....	15
6) MISE EN RÉSEAU DES RESSOURCES	15
7) OBLIGATION DE CORRIDORS DE SERVICE	15
8) LA COHÉRENCE	15
LES OBJECTIFS	16
LES CLIENTÈLES VULNÉRABLES	17
LES ÉLÉMENTS NÉCESSAIRES POUR ATTEINDRE LE PREMIER OBJECTIF	18
LES PRINCIPAUX UTILISATEURS	19
LES OUTILS	22
MODÈLES D'ORGANISATION DE SOINS ET SERVICES	27
MODÈLE D'ORGANISATION DE SERVICES MÉDICAUX	33
DEUXIÈME OBJECTIF.....	35
TROISIÈME ET QUATRIÈME OBJECTIFS	37
LA 1 ^{RE} LIGNE.....	37
LA 2 ^E ET 3 ^E LIGNES.....	37
ÉVALUATION.....	44
CONCLUSION	46
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	47

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 – DOCUMENTS RELATIFS AU PREM 2007-2009

ANNEXE 2 – SPÉCIALITÉS MÉDICALES ET CHIRURGICALES : FONCTIONS
EXCLUSIVES

ANNEXE 3 – LISTE DES RECOMMANDATIONS

LEXIQUE DES ACRONYMES

CC	Cheminement clinique
CH	Centre hospitalier
CIM	Classe internationale des maladies
CLSC	Volet communautaire d'un centre de santé et de services sociaux (anciennement centre local de service communautaire)
CMD	Classe de maladies
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DMS	Durée moyenne de séjour
DRG	« diagnostic relative group »
DRMG	Département régional de médecine générale
GMF	Groupe de médecine familiale
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PACS	Système d'archivage et de transmission d'images (Picture Archiving and Communications Systems)
PEM	Plan local des effectifs médicaux
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PRSI	Programme régional de services intégrés
RLSSSS	Réseau local de services de santé et de services sociaux
RUIS-UL	Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval
RV	Rendez-vous
SCIAD	Suivi clinique intelligent à distance
SICDU	Système informatisé clinique de l'urgence
SIR	Système d'information en radiologie
SRV	Sans rendez-vous
SSC	Suivi systématique de la clientèle
UMF	Unité d'enseignement de la médecine familiale

INTRODUCTION

Le présent document est issu des travaux préliminaires réalisés lors de la première étape conduite par le D^r Alain Larouche du Groupe conseil santé Concerto et d'une réflexion de la Direction des affaires médicales et de santé physique, puis d'une large consultation régionale. La version actuelle présente les constats et les recommandations retenus lors de celle-ci; dans plusieurs cas, l'unanimité y est retrouvée; pour le reste, la majorité des intervenants consultés y adhère.

L'ensemble est le reflet d'une façon de faire afin de rendre les services médicaux plus accessibles, en continuité et de qualité. Le présent projet n'a pas la prétention de tout régler mais servira d'assise aux projets cliniques des réseaux locaux de santé et des services sociaux.

Le présent projet est un « work in progres »; il sera donc à réévaluer, au fil des années et de l'expérience vécue.

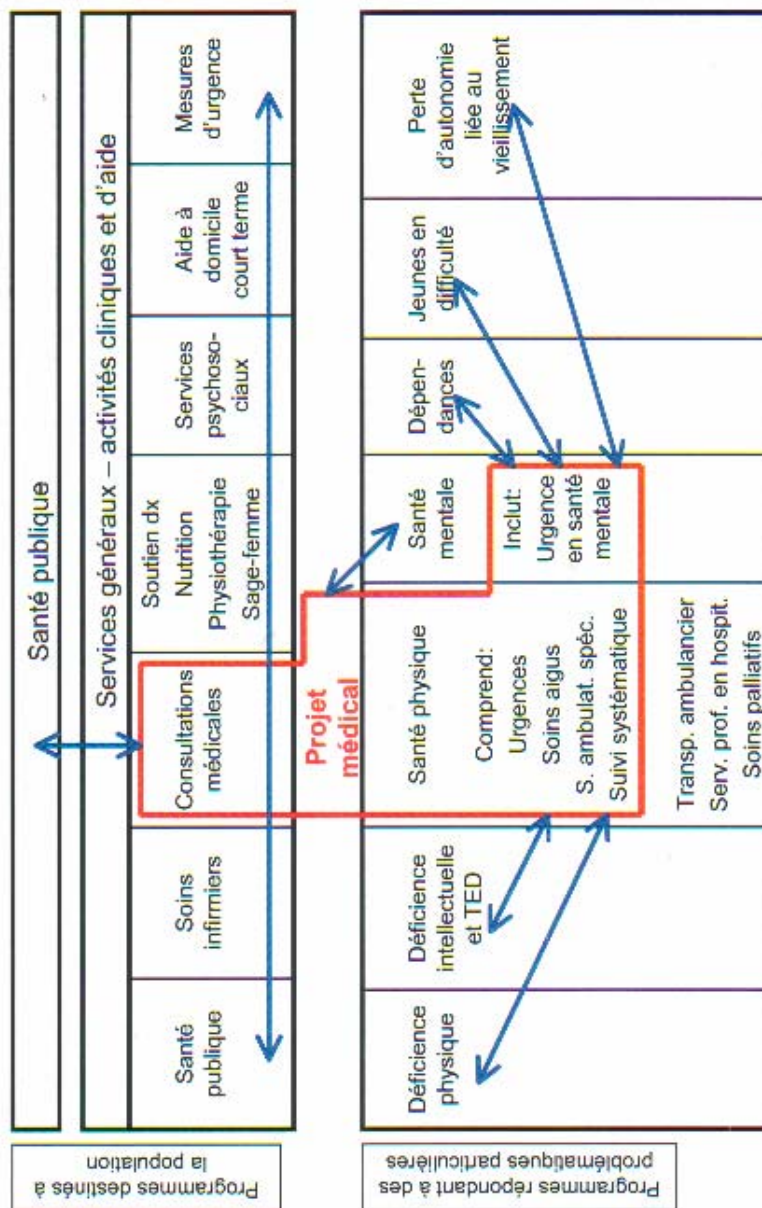
UN PROJET MÉDICAL RÉGIONAL

L'Agence de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine veut doter la région d'un projet médical; il est la partie médicale du projet clinique du programme de santé physique: nous traçons le contour du projet en établissant ses interrelations avec les autres programmes-services dans la figure de la page suivante. Ce projet tentera d'assurer à la population une accessibilité équitable et raisonnable à des services médicaux généraux et spécialisés de qualité. Il s'inscrit également dans le contexte de la création et de la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLSSSS). L'élaboration d'un tel projet doit se faire sous l'éclairage des principaux défis auxquels nous devons faire face et qui nécessitent, pour être relevés, des pensées créatives et des actions novatrices.

Positionnement du projet médical à l'intérieur des différents programmes-services

— : Contour du projet médical

↔ : Interrelations entre le projet médical et d'autres programmes-services



Adapté de: MSSS, L'architecture des services de santé et des services sociaux, janvier 2004, p. 11.

Il est aussi étroitement relié à toute la réorganisation du système en cours, en tenant compte des orientations ministérielles connues (voir document *Orientations ministérielles 2005-2006*) et qui insistent sur la hiérarchisation des services de santé et de services sociaux et la responsabilité populationnelle.

Le système de santé actuel sur l'organisation des services médicaux repose trop souvent sur un modèle vieux d'au moins un demi-siècle, qui propose des solutions ponctuelles à des problèmes chroniques et qui permet l'utilisation d'infrastructures lourdes en réponse à des besoins qui nécessitent des réponses adaptées, le plus souvent dans la communauté et dans le milieu de vie. Rappelons qu'à peine 20 diagnostics de maladies, la plupart du temps chroniques, expliquent à eux seuls près des trois quarts des ressources consenties au système de soins. Les personnes nécessitant des soins ont trop souvent le réflexe de se diriger vers les infrastructures lourdes dans lesquelles on retrouve souvent un plateau technologique important alors qu'elles pourraient bénéficier de services mieux adaptés et plus légers.

Une autre question abordée de plus en plus souvent est celle de la qualité des soins et des services dispensés aux personnes hospitalisées et des accidents évitables.

L'idée de doter chaque territoire du Québec d'un réseau local de services de santé et de services sociaux apparaît comme une *opportunité* unique et qui rejoint le consensus établi depuis plusieurs années à l'effet que la sauvegarde du système de soins passe par une bonne organisation des services primaires¹. Il s'agit donc d'une occasion pour revoir nos façons de penser et, par conséquent, nos façons de faire. Si la deuxième moitié du XX^e siècle a vu l'explosion des découvertes permettre tous les espoirs de guérison et de survie des personnes atteintes d'une maladie autrefois incurable, et a de fait permis des progrès significatifs dans bien des domaines, les gains de santé et d'efficacité ne sont pas toujours autant au rendez-vous aujourd'hui. Le XXI^e siècle, quant à lui, nous laisse entrevoir le problème grandissant des maladies chroniques et l'émergence de problèmes de santé qui nécessiteront, il ne faut pas en douter, une approche novatrice et adaptée à la réalité de la situation. Il s'agit donc de soins et de services plus légers, plus adaptés, mais beaucoup plus complexes à organiser : plusieurs acteurs, plusieurs expertises, plusieurs lieux, plusieurs problèmes pour une seule personne.

¹ Services primaires ou services de 1^{re} ligne.

LES PRINCIPES DIRECTEURS

Afin de guider les travaux, des principes acceptés et compris de tous sont nécessaires.

1) *Proximité*

La personne qui éprouve un besoin de santé doit pouvoir consulter un médecin ou un professionnel de la santé compétent le plus près possible de chez elle. L'accessibilité aux services se fait sur une base de proximité en fonction de 5 réseaux locaux de services regroupant 6 territoires de MRC.

2) *Réponse aux besoins*

Le médecin ou le professionnel de la santé qui reçoit cette personne évalue, à partir de l'état de santé de cette personne, l'expertise et les ressources nécessaires pour une prise en charge sécuritaire et de qualité, en étroite collaboration avec une équipe interdisciplinaire, s'il y a lieu, plus particulièrement pour les patients avec problèmes complexes.

3) *Territoire de desserte*

La planification de l'organisation des services doit prévoir si la réponse aux besoins de santé spécifiques a lieu localement, ailleurs sur le territoire, dans la région ou à l'extérieur de la région. Pour les services offerts dans la région, la planification doit prévoir si c'est de façon totalement autonome (ressources sur place) ou relativement autonome (ressources provenant de l'extérieur).

4) *Autosuffisance*

Lorsque la décision est prise de rendre un service accessible dans la région, l'autosuffisance régionale est recherchée le plus possible.

5) Nécessité d'ententes de services

Lorsqu'un établissement dirige un patient ailleurs pour recevoir des services, c'est en vertu d'une entente *sur la prestation de services ou la prestation ou l'échange de services professionnels avec un autre établissement, un organisme ou toute autre personne*².

Lorsqu'un établissement offre des services médicaux spécialisés autres que les services spécialisés de base à une population qui réside en dehors de son bassin de desserte naturel, il le fait en vertu d'une entente *sur la prestation de services ou la prestation ou l'échange de services professionnels avec un autre établissement, un organisme ou toute autre personne*.

6) Mise en réseau des ressources

L'allocation des ressources matérielles et financières, et la répartition des effectifs médicaux se font en fonction de telles ententes de mise en réseau.

7) Obligation de corridors de service

Lorsqu'un établissement conclut une entente *sur la prestation de services ou la prestation ou l'échange de services professionnels avec un autre établissement, un organisme ou toute autre personne*, il doit prévoir à cette entente la mise en place de corridors de service pour diriger la clientèle, en cas de besoin, notamment en ce qui a trait à la garde. L'utilisation des dépanneurs doit être réduite au minimum autant dans les services médicaux, d'ailleurs, que pour les autres types de services professionnels en santé et services sociaux (exemple pharmacie).

8) La cohérence

La cohérence régionale signifiant la cohérence transversale à travers les programmes ainsi qu'à travers les orientations régionales actuelles et à venir (URFI, CHR ou fonctions exclusives, laboratoires, etc.); il va de soi que cela inclut toutes les activités de prévention et de promotion de la santé qu'on peut retrouver dans une démarche de planification et de programmation.

² Loi sur les services de santé et les services sociaux, art. 108.

LES OBJECTIFS

Les six grands objectifs visés par la mise en place d'un projet médical en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine sont les suivants :

1. La prise en charge continue des personnes souffrant de pathologies chroniques ou complexes;
2. L'accessibilité rapide aux services pour les personnes présentant des besoins de santé ponctuels;
3. L'accessibilité aux services médicaux spécialisés de base soit en chirurgie générale, en anesthésiologie, en médecine interne, en psychiatrie et en radiologie diagnostique est offerte dans chacun des établissements qui a une composante hospitalière;
4. L'accessibilité à tout autre service médical spécialisé est offerte dans un établissement qui a une composante hospitalière en fonction de critères tels que le nombre de personnes à desservir, les distances à parcourir, la masse critique de l'effectif professionnel à atteindre et la technologie à mettre en place. Les corridors de service sont soit intrarégionaux, si possible, ou extrarégionaux lorsque non disponibles.
5. L'accessibilité à un médecin de famille pour toutes les clientèles;
6. Favoriser toutes les étapes du continuum de services, de la promotion-prévention aux soins de fin de vie.

C'est en gardant en tête l'atteinte de ces objectifs, que nous amorcerons les travaux pour doter la région d'un projet médical. Il nous apparaît évident que les deux objectifs (5 et 6) sont la résultante des quatre premiers et sont tous transversaux. C'est pourquoi, nous ne les traiterons pas de manière particulière. Enfin, notons qu'il n'y a pas d'ordre de priorisation parmi les objectifs retenus.

Recommandation 1 - Que les six objectifs proposés soient retenus comme assise fondamentale du projet médical régional.

LES CLIENTÈLES VULNÉRABLES

Aux fins de mieux circonscrire l'objectif prioritaire, il est nécessaire de préciser quelles sont les clientèles visées par l'expression « **clientèles vulnérables** ». Le terme, bien que fort utilisé et répandu, peut prêter à confusion selon la définition que chacun en a. Les maladies chroniques, par contre, sont beaucoup mieux définies. Il est proposé de retenir la définition que voici de *maladie chronique*, à savoir une maladie présentant les caractéristiques suivantes :

« D'origine non contagieuse, elle a un caractère de permanence; elle présente un cumul et une interaction d'un ensemble de facteurs de risque tout au long de la vie d'une personne; elle a une longue période de latence, se manifestant par une ou des conditions (s) pathologiques (s) non réversibles (s); on ne la guérit pas, mais on la traite et laisse le patient avec certaines incapacités; elle requiert que le patient s'implique dans un processus de réadaptation et soit suivi ou traité pendant une longue période. Enfin, un même patient présente souvent un tableau clinique où se côtoient plusieurs maladies chroniques. »³

Les maladies chroniques constituent un enjeu majeur, tant pour ce qui est de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services.

Il est à noter qu'il y a des exceptions au qualificatif de non contagion pour la définition d'une maladie chronique: qu'on pense au SIDA ou encore à l'hépatite C, à titre d'exemples.

³ Selon PRISME, mars 2005.

LES ÉLÉMENTS NÉCESSAIRES POUR ATTEINDRE LE PREMIER OBJECTIF

Dans une revue de la littérature portant sur les soins chroniques, Wagner et al. (1996) ont identifié 5 éléments qui sont nécessaires pour améliorer les résultats pour les patients atteints de maladie chronique ⁴:

1. Des soins planifiés basés sur des données probantes. (...) *Les programmes pour malades chroniques qui connaissent des succès sont ceux qui incorporent des lignes directrices (guidelines) et des protocoles de pratiques.*
2. La réorganisation des pratiques pour rencontrer les besoins des patients qui requièrent plus de temps, une large gamme de services et un suivi plus serré. *Une telle réorganisation implique que les soins sont rendus par des équipes multidisciplinaires, un partage des tâches judicieux par les membres de l'équipe et une gestion serrée des contacts avec les patients (rendez-vous, suivi).*⁵
3. Une attention systématique pour les besoins des patients en information et en changement de comportement. *Une revue de plus de 400 articles, d'études randomisées, (...) révèle que les programmes qui fournissent aux patients atteints par une maladie chronique des conseils, de la formation, de l'information et tout autre genre de soutien obtiennent de meilleurs résultats.*⁶
4. Un accès facile à l'expertise clinique nécessaire. *Les connaissances et l'expertise clinique spécialisées sont importantes pour améliorer les résultats. L'expérience suggère qu'il y a plusieurs façons pour améliorer l'accès à de telles connaissances et expertises comme, par exemple, l'éducation des patients et des équipes de soins primaires, l'orientation des patients (referral) vers les spécialistes, divers processus de consultation (téléconférence, Internet) des modèles de soins élaborés avec la collaboration des équipes de soins primaires et des spécialistes, et des systèmes de soutien à la décision.*
5. Des systèmes d'information de soutien. *Les registres de patients ont été utilisés efficacement dans plusieurs endroits pour rappeler les soins préventifs et les suivis nécessaires, et pour fournir une rétroaction aux cliniciens quant à l'observance des recommandations et de l'utilisation des services par les patients. (...) Les mécanismes pour partager l'information clinique et médico-administrative parmi tous les membres de l'équipe de soins, tels les dossiers médicaux traditionnels et les dossiers médicaux informatisés, peuvent également améliorer les soins.*

⁴ Voir aussi le rapport *Chronic Care Improvement, Information Technology Association of America E-Health Committee*, mai 2004, pp. 9, <http://www.ita.org/isec/docs/chroniccare.pdf>.

⁵ Wagner et al., 1996.

⁶ Brown, 1990; DeBusk et al., 2004; Mullen et al., 1987.

LES PRINCIPAUX UTILISATEURS

Il y a donc un large consensus dans la littérature pour cibler quelques maladies chroniques dont les traitements divers monopolisent une majeure partie des ressources consacrées aux systèmes de soins et de services de santé.

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, en collaboration avec tous les établissements du territoire, a souhaité connaître le portrait des utilisateurs des services en milieu hospitalier et communautaire. Pour ce faire, elle s'est associée avec les firmes Média Med Technologies et Concerto qui, grâce à des logiciels novateurs, ont su extraire des différentes banques de données (Index patient, Med-Echo, ADT, registre de l'urgence et I-CLSC), lorsque possible, des résultats probants à ce propos.

L'analyse a identifié, pour chaque territoire de CSSS et pour l'ensemble de la région, les personnes qui ont été admises pour trois années (2002 à 2005), ainsi que les diagnostics expliquant ces hospitalisations. L'information provenant des centres locaux de services communautaires (CLSC) a permis de tracer le portrait des personnes qui bénéficient des services offerts et plus particulièrement ceux retrouvés dans le programme de soutien à domicile.

Il apparaît évident que les décideurs et les intervenants ont maintenant une bien meilleure connaissance de la clientèle à risque sur leur territoire et qu'ils seront en mesure de prendre les meilleures décisions en conséquence.

Les faits saillants de l'analyse régionale sont les suivants :

** Les données analysées sont celles des années 2002–2003, 2003–2004, 2004–2005.*

Fonction hospitalisation :

- La moyenne régionale pour une hospitalisation est de 39 %. Ainsi, 4 hospitalisations sur 10 sont le lot d'usagers ayant été hospitalisés 1 fois.
- Par ailleurs, 15,5 % des usagers de la région sont responsables de près de 40 % des hospitalisations (3 hospitalisations et plus).
- 3 094 personnes (ou 3,2 % de la population) ont été admises pour 13 446 hospitalisations (39,55 %) ou 119 333 jours d'hospitalisation (46,6 %) pour le groupe de 3 hospitalisations et plus.

- Lorsqu'on continue l'analyse, on s'aperçoit que le groupe de 5 hospitalisations et plus représente à peine 1 % de la population, soit 929 personnes, et est responsable de 6 224 hospitalisations (18,31 %) ou 55 062 jours d'hospitalisation (21,9 %).
- Les CMD et diagnostics les plus fréquents ont été identifiés (le CSSS de La Haute-Gaspésie est exclu, n'ayant pas de logiciel « grouper ») :
 - Les catégories majeures sont (par ordre décroissant) :
 - o la cardiologie
 - o la pneumologie
 - o la gastro-entérologie
 - les DRG les plus fréquents sont (toujours par ordre décroissant) :
 - o les MPOC
 - o les cas d'insuffisance cardiaque et choc
 - o les cas d'angine de poitrine
 - o les cas de pneumonie et pleurésie
 - les DRG pour les hospitalisations multiples qui ont utilisé le plus de lits sont les patients atteints :
 - o de psychose (24,3 lits)
 - o de MPOC (16 lits)
 - o d'insuffisance cardiaque et choc (14,8 lits)
 - o de signes et symptômes divers (12,5 lits) : dans cette catégorie, nous retrouvons non pas des maladies bien identifiées, mais des patients présentant des signes et symptômes non spécifiques (ex. : étourdissement, céphalées, etc.)

Fonction communautaire (CLSC)

Dans ce cas-ci, c'est le nombre d'interventions dans les différents programmes offerts qui a retenu l'attention des chercheurs. Ainsi, les principaux faits saillants sont :

- la strate de 1 à 5 interventions représentait 11,9 % des interventions et 63,5 % des patients;
- pour la strate de 81 interventions et plus, 41,1 % des interventions en CLSC se retrouvent dans ce groupe et regroupent 2,3 % des usagers. On remarque quelques particularités locales : le CLSC Malauze a le plus haut pourcentage et, à l'opposé, le CLSC des Berges le plus petit nombre; cela pourrait peut-être s'expliquer par les niveaux de service qui diffèrent.

- les programmes les plus fréquentés pour les patients ayant 41 interventions et plus sont :
 - Soins à domicile : 43,7 % des interventions ou 203, 918
 - Soins infirmiers à domicile (non réparti) : 25,2 % des interventions ou 117, 575 interventions
 - Services de santé courants : 9,6 % des interventions ou 44, 601 interventions
 - 3, 799 usagers ou 3,9 % de la population ont eu recours à plus de 42 interventions et cumulent plus de 50 % des interventions.

Ces résultats sont disponibles également par territoire d'établissements et ils ont été remis à leur direction générale respective, qui doit se les approprier et les diffuser. Malgré certaines variations très locales, la majorité des résultats sont semblables d'un territoire de CSSS à un autre. Les établissements pourront tenter d'établir un lien entre les patients ayant de nombreuses hospitalisations et ceux utilisant fréquemment les services de la fonction communautaire puisqu'ils ont recours à des données nominatives par territoire.

Ajoutons de plus que ces résultats sont similaires à ceux obtenus dans des analyses du même genre réalisées pour la région de Trois-Rivières, de la capitale nationale et de la région des Laurentides.

Une fois cette connaissance acquise concernant la clientèle ciblée, il faut prévoir la mise en place d'outils performants pour permettre aux équipes de soins une prise en charge optimale des patients et aux gestionnaires de faire un suivi de l'utilisation rationnelle des ressources, ainsi que des suggestions de modèles d'organisation de soins et de services. Leur liste ne sera pas exhaustive et n'aura non plus la prétention de présenter toutes les possibilités.

Les outils

✓ Le suivi systématique des clientèles⁷

En bref, le *suivi systématique de clientèles* (SSC) a pour but l'intégration clinique dans un continuum de soins et vise des objectifs d'utilisation optimale des ressources et d'amélioration continue de la qualité. L'approche s'adresse à des clientèles spécifiques, notamment celles qui présentent des problématiques de santé chroniques (tels l'insuffisance cardiaque, les MPOC, le diabète, le cancer, certaines maladies mentales et autres), mais ne s'y limite pas, plusieurs établissements ayant aussi choisi des maladies à caractère aigu (infarctus aigu du myocarde, chirurgies orthopédiques ou digestives, etc.). Le SSC utilise des stratégies de gestion de l'épisode de soins et de gestion de cas pour atteindre son but et ses objectifs. Les CSSS de notre territoire ont d'ailleurs peu développé des programmes de ce type : mentionnons cependant le CSSS du Rocher-Percé (diabète, MPOC), le CSSS Baie-des-Chaleurs (MPOC, santé mentale), le CSSS de La Haute-Gaspésie (MPOC).

La réalisation de l'intégration clinique nécessite l'accomplissement de plusieurs activités de concertation et de coordination entre les membres d'équipes interdisciplinaires et inter établissements (médecins, infirmières, physiothérapeutes, inhalothérapeutes, travailleurs sociaux, psychologues, etc.) dédiés (totalement ou partiellement) aux clientèles cibles. Ces équipes définissent entre autres choses la trajectoire optimale de la clientèle durant le continuum de soins, normalisent les processus et certains protocoles cliniques, et identifient les résultats cliniques que doivent atteindre les patients.

Les objectifs cliniques de fin d'épisode ou d'étape intermédiaire sont clairement identifiés dans les cheminement cliniques (CC). Les CC sont les outils privilégiés du SSC et servent autant à la planification des soins selon un échéancier prédéterminé, qu'à la consignation des interventions cliniques exécutées auprès de la clientèle par les différents professionnels. En fait, ils devraient remplacer une partie existante du dossier médical. Les CC doivent être basés sur des données probantes et des guides de pratique clinique; ils doivent expressément faire l'objet de consensus sur ces standards. L'analyse des écarts (par rapport aux standards établis) est ensuite effectuée par les gestionnaires des épisodes de soins.

⁷ Référence : M^{me} Danièle Hubert, agente de planification et de programmation, Agence de santé et de services sociaux Mauricie–Centre-du-Québec.

Recommandation 2 - Nous recommandons qu'un registre régional soit constitué et tenu à jour, afin de rendre disponibles tous les programmes développés par les établissements, et qu'une mise en commun se fasse non seulement par souci de solidarité, mais aussi de complémentarité intrarégionale.

Dans le cadre du projet SCIAD (suivi clinique intelligent à distance), le cheminement clinique a été implanté sur au moins trois territoires; d'autres sont en cours de développement ou d'implantation. Chaque milieu étant différent, certains sont plus avancés que d'autres dans la démarche. L'Agence a reçu les résultats préliminaires de l'expérimentation vécue sur les trois ans d'un projet pilote; ceux-ci démontrent la nécessité d'assurer la pérennité du projet dans notre région; un rapport final est attendu.⁸

Dans le cadre de l'expérimentation vécue, la durée moyenne de séjour des épisodes hospitaliers ainsi que le nombre de visites non planifiées à l'urgence, pour ne nommer que ceux-là, sont étroitement suivis. Les résultats sont positifs à cet égard.⁹ Les expériences faites actuellement au Québec (Hôpital Maisonneuve-Rosemont) démontrent la qualité et la fiabilité technologiques de l'instrumentation utilisée; les avantages cliniques sont nombreux en termes de DMS, de réadmissions, de visites à domicile, etc. Une étude à caractère économique réalisée dans le cadre du projet de Maisonneuve-Rosemont semble démontrer des avantages financiers dans le cadre de l'utilisation de cet outil.

Recommandation 3 - Que l'Agence favorise et continue le déploiement de la technologie SCIAD sur tout le territoire desservi par celle-ci.

Mentionnons, entre autres, comme autres outils disponibles, le gestionnaire de suivi de la clientèle utilisée en GMF et du logiciel utilisé par le GMF des Basques (registre informatisé similaire au *Chronic care model* implanté au Canada et aux États-Unis depuis 1993).

⁸ *Considérant la fin du contrat liant la région à la compagnie New IT, le MSSS, l'Agence et New IT assuraient celle-ci, en négociant l'achat de la technologie utilisée et éventuellement le développement de nouveaux protocoles.*

⁹ *Using Computerized Registries in Chronic Disease Care. California HealthCare Foundation, pp.48. <http://www.chcf.org/documents/chronicdisease/ComputerizedRegistriesInChronicDisease.pdf>*

✓ **Les registres informatisés des maladies**

Les registres informatisés des maladies sont des systèmes abordables et pratiques lorsqu'on veut améliorer les soins chroniques. Ces systèmes permettent de suivre et de gérer l'information spécifique aux maladies chroniques, tant sur une base individuelle que de population. Ce n'est pas un dossier clinique informatisé en soi; il est beaucoup moins coûteux et est efficace pour améliorer la gestion des épisodes de soins pour les maladies chroniques.

Mentionnons les registres utilisés pour les malades en attente d'une chirurgie cardiaque et le projet relié au programme de la lutte contre le cancer qui souhaite développer un registre de ce genre afin de suivre la trajectoire d'un patient atteint de cancer; celui-ci permettrait de contrôler les délais de diagnostic et d'intervention, entre autres, tout en suivant après traitement le client selon des protocoles standardisés.

✓ **Les bilans sociosanitaires**

Ces bilans périodiques sont réalisés régulièrement par la Direction de santé publique et sont disponibles par territoire de CSSS. Des activités contenues dans le programme régional et les programmes locaux de santé publique sont, par ailleurs prévues, dans le cadre de prévention des conséquences morbides chez les patients souffrant de maladies chroniques.

✓ **Les systèmes d'information**

Les systèmes d'information sont la pierre angulaire d'une organisation des services pertinente, efficiente, efficace et de qualité; cette prémisse a été réaffirmée lors des annonces ministérielles faites à ce propos et qui favorise le déploiement de plusieurs systèmes d'information clinique.

Dans le cas qui nous concerne, l'étude des travaux faits à ce jour dans la région de Laval au chapitre de la programmation régionale des services intégrés (PRSI) pourrait nous être très utile. De plus, cette programmation, qui touche à 13 grandes maladies, repose de plus en plus sur un système d'information du réseau intégré de Laval (SI-RIL)¹⁰. Ce système d'information comporte notamment une *clinique médicale virtuelle*, qui permet actuellement à plusieurs centaines d'intervenants d'avoir accès notamment aux résultats d'examens de laboratoire et de rapports de radiologie. Un système de requête devrait être implanté dans les prochains mois.

¹⁰ Site internet : http://www.sssslaval.gouv.qc.ca/1_/Brochure_SI-RIL.pdf

Dans notre région, le portrait de l'informatisation des données est le suivant:

- Laboratoires : le déploiement a été effectué dans chacun des CSSS; il n'est d'ailleurs pas terminé. Les résultats ne sont pas encore disponibles à l'extérieur de l'établissement, sauf pour le GMF de la Haute-Gaspésie. Les données sont emmagasinées au technocentre régional.
- Radiologie : le financement des SIR a été confirmé. Les phases 00 et 0 du projet du déploiement du PACS-RUIS-UL sont terminées; la phase 1 est en cours. Une bonne partie des équipements d'imagerie médicale ont été ou sont en voie de renouvellement dans le cadre de ce dossier. Le principal fournisseur a été identifié. Il sera important pour la région d'être priorisée, pour le déploiement prévu, afin de favoriser le recrutement et la rétention médicale.

Recommandation 4 - Que l'Agence demande le déploiement prioritaire du système PACS pour la région de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine

- Pharmacie : les logiciels utilisés dans nos services de pharmacie étaient désuets. Les systèmes nécessaires ont été priorisés dans le cadre du déploiement des systèmes d'information; le projet est en déploiement. Afin d'assurer une complémentarité de services pharmaceutiques sur tout le territoire, particulièrement entre partenaires publics et privés, selon l'avis émis par le comité sur les services pharmaceutiques, il est souhaitable que le logiciel retenu dans les CSSS réponde non seulement au besoin de l'établissement mais aussi à la nécessité technologique d'être interfaçable.

Recommandation 5 - Que le logiciel de pharmacie, retenu dans les CSSS, réponde au besoin de chacun des établissements, ainsi qu'à la nécessité de communication électronique entre établissements publics et publics privés dans le cadre du projet du dossier patient électronique (DSE).

- Index patients: le déploiement d'une nouvelle version est en cours.
- Dossier numérisé : les orientations ministérielles seront bientôt connues à ce sujet et nous statuerons, à la suite de projets pilotes qui seront conduits dans certaines régions du Québec.
- CIM-10 : ou Classe Internationale des Maladies, 10^e version; le Québec marquait un retard, à ce niveau, si on le comparait aux autres provinces canadiennes; cette nouvelle classification est en déploiement.
- Plan de soins nursing: il est peu utilisé jusqu'à maintenant et il est non priorisé ; son importance nous a été signalé.

- SIGDU : ou Système Informatisé de Gestion de l'Urgence. Son utilisation deviendra obligatoire en avril 2007; il faudra prévoir l'inscription de notre région dans ce programme afin, à tout le moins, de sauvegarder la subvention y étant rattachée (près de 300 000 \$).

Recommandation 6 - Que l'Agence s'inscrive dans le déploiement éventuel du programme SIGDU, et ce, avant le 31 mars 2007.

Certains obstacles au déploiement de tous ces systèmes ont été identifiés, soit le peu de ressources des établissements afin de déployer ces programmes, l'absence de ressources financières clairement établies pour les logiciels choisis, etc. Les ressources dévolues à l'entretien des logiciels, dans le contexte financier actuel des établissements, sont difficiles à financer. Leur acquisition est évidemment fonction des capacités financières de la région qui sont minuscules si on compare aux besoins identifiés. Enfin, la pertinence du déploiement de logiciels intégrateurs devrait être évaluée.

MODÈLES D'ORGANISATION DE SOINS ET SERVICES

Chacun des CSSS a la responsabilité de desservir sa population et de répondre à ses besoins en partenariat avec les organismes du secteur communautaire, en complémentarité avec les autres établissements de la région et les établissements appartenant au territoire desservi par le Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL). Dans le cadre de la loi 83, un des mandats de l'Agence est d'orienter les établissements vers les modèles d'organisation qui sont en lien avec la réforme actuelle; elle doit aussi être un soutien afin de favoriser les ententes entre les établissements et leurs partenaires.

Il s'agit avant tout d'améliorer les services médicaux de 1^{re} ligne. L'organisation se veut avant tout territoriale.

L'Agence régionale encouragera et soutiendra chacun des CSSS, afin qu'il initie ce qu'on pourrait qualifier de **Réseau organisé de continuité de services en médecine familiale** sur son territoire, dans le but d'assurer une prise en charge pour ceux qui en ont besoin et qui souffrent plus particulièrement de maladies chroniques. Le réseau devra aussi répondre aux besoins ponctuels des patients, lorsque nécessaire. Ce genre d'unité de services devrait comprendre une équipe minimale interdisciplinaire.

Le travail en interdisciplinarité se veut une façon de prémunir le réseau contre le danger de fragmentation des soins et des services. Mettre en place une équipe médicale de base dont la contribution de divers champs d'expertise permettra d'offrir à la personne vivant des problèmes complexes un traitement et des possibilités de soutien intégré est le but souhaité.

Recommandation 7 - Que l'Agence favorise l'installation d'un réseau organisé de continuité de services en médecine familiale.

Clientèle visée

La clientèle visée par le suivi de l'équipe interdisciplinaire concerne les patients aux prises avec les maladies chroniques (diabète, MPOC, problèmes cardiovasculaires, maladies mentales sévères et persistantes). Les situations à traiter peuvent se rapporter à des demandes particulières du patient ou de ses proches ou à des observations qui amènent les professionnels à devoir faire des suivis ou de l'enseignement plus systématique.

Modalités de fonctionnement

L'équipe peut être rattachée à différents milieux de soins et services tels que GMF, CSSS volet CLSC ou hospitalier, UMF, cabinet privé.

Pour avoir accès aux services de l'équipe médicale interdisciplinaire, la personne doit être référée par un médecin à l'infirmière. Suite à la référence, l'infirmière effectue la collecte de données, élabore un plan d'intervention et assure le suivi.

Les rencontres interdisciplinaires visent à analyser globalement les situations complexes en autorisant un accès aux expertises de chacun des professionnels représentés dans l'équipe. Ainsi, les professionnels peuvent trouver la collaboration et le soutien leur permettant de faire face aux situations, de rassurer le patient et de faciliter son adaptation à sa nouvelle situation de santé.

Le type de rencontres peut donc porter sur la présentation et l'analyse de situations complexes et l'élaboration des plans d'interventions. Les sujets discutés peuvent parfois faire référence à des aspects opérationnels, les orientations, le fonctionnement du service ou encore la transmission d'informations. Nourri par les rencontres d'équipe, le travail interdisciplinaire se poursuit en dehors de celles-ci par des contacts formels et informels entre les professionnels, ainsi que par diverses formes de collaboration. Pour faciliter la transmission d'informations, l'équipe devra se doter d'outils d'information simples et faciles d'utilisation (ex. : formulaire préétabli, fiche synthèse). De plus, les mécanismes de transmission devront être établis.

Composition de l'équipe

Selon les clientèles ou problématiques rencontrées et en fonction des ressources et des services en place, l'équipe de base sera composée de :

- Médecin (s)
- Infirmière (s) : même si ce n'est pas une obligation, l'infirmière clinicienne devrait être privilégiée
- Travailleur social et/ou psychologue
- Nutritionniste
- Pharmacien

L'équipe suggérée constitue une équipe de base, à laquelle pourront s'adjoindre d'autres professionnels (à titre d'exemple, un éducateur physique serait sûrement le bienvenu) et au besoin des ressources communautaires et autres partenaires.

Rôle des professionnels

Médecin

- Assurer la liaison entre l'équipe interdisciplinaire et les médecins du territoire;
- Promouvoir le fonctionnement interdisciplinaire auprès de ses collègues des installations CLSC, CH, CHSLD, UMF, GMF;
- Solliciter l'appui des gestionnaires de son CSSS en vue d'un fonctionnement optimal;
- Travailler à l'élaboration d'ordonnances collectives;
- Faire adopter les ordonnances collectives au CMDP;
- Initier les activités d'éducation médicale continue au regard des problématiques traitées;
- S'assurer que le contenu scientifique dispensé par les professionnels est adéquat et mis à jour régulièrement;
- Soutenir les professionnels de l'équipe dans leur cheminement;
- Communiquer les nouveaux développements et activités au personnel médical.

Infirmière (rôle pivot)

- Évaluer la situation du patient et rédiger la collecte de données;
- Rencontrer les patients pour expliquer le type de suivi;
- Faire signer le consentement de suivi par l'équipe interdisciplinaire;
- Amorcer l'élaboration du plan de suivi;
- Référer la clientèle vers d'autres professionnels;
- Compléter le dossier du patient et le maintenir à jour;
- Faire de l'enseignement selon les besoins identifiés;
- Assurer le suivi des patients du lieu de rattachement de l'équipe, par des rencontres, des contacts téléphoniques ou encore des visites à domicile périodiques ou au besoin;
- Assurer le suivi avec le médecin traitant;
- Faire les démarches requises auprès d'une instance médicale, pour les patients orphelins et s'assurer aussi que cette dernière amorce les démarches pour se trouver un médecin de famille;
- Participer aux échanges avec des membres de l'équipe interdisciplinaire.

Travailleur social et/ou psychologue

- Participer aux rencontres de l'équipe interdisciplinaire;
- Amorcer le suivi psychosocial s'il y a lieu;
- Rédiger le plan d'intervention pour les aspects psychosociaux en rencontre individuelle, en rencontre d'équipe (à déterminer selon les milieux).

Nutritionniste

- Participer aux rencontres de l'équipe interdisciplinaire;
- Faire l'évaluation sur le plan de la nutrition et assurer le suivi s'il y a lieu;
- Faire de l'enseignement en matière d'alimentation.

Pharmacien

- Participer aux rencontres de l'équipe interdisciplinaire;
- Faire de l'enseignement au regard de la thérapie médicamenteuse;
- Adapter des guides et des protocoles à nos réalités de pratique en région, lorsque nécessaire;
- Évaluer la thérapie médicamenteuse;
- Donner de la formation aux membres de l'équipe.

Responsabilités du patient

- Faire des démarches pour se trouver un médecin traitant;
- Informer l'infirmière du résultat de ses démarches avec son médecin traitant et des services reçus;
- Autoriser la transmission des informations aux professionnels concernés;
- Aviser l'infirmière des contacts médicaux faits sur le territoire ou hors région;
- Démontrer concrètement une certaine prise en charge de sa maladie;
- Être présent aux rencontres sur demande;
- Participer aux échanges d'équipe.

Tous les acteurs concernés reconnaissent que la responsabilisation du patient est une partie du secret de la réussite (patient informé, actif et motivé).

On parle alors de système organisé et le plus intégré possible, c.-à-d. de GMF, d'UMF, de cliniques médicales réseaux caractérisés avant tout par l'interdisciplinarité; mentionnons qu'il y a encore place à l'innovation dans ce domaine; à titre d'exemple, les services sans rendez-vous nursing qui sont disponibles dans la plupart des missions communautaires des CSSS.

Les deux UMF du territoire auront aussi un rôle prépondérant de modèle; à ce titre, elles devront étendre leurs activités d'enseignement sur tout le territoire de la région, afin que les autres établissements de la région bénéficient des retombées collatérales bénéfiques de leur enseignement sur le recrutement et la rétention des médecins, entre autres.

Les différents territoires de la région présentent déjà des éléments qui aideront à naviguer vers les objectifs décrits ci-haut. Ainsi, nous notons:

Au CSSS de la Baie-des-Chaleurs :

- Une UMF en construction, affiliée exceptionnellement au RUIS de l'Université de Montréal, qui accueillera des premiers résidents en médecine familiale et qui devrait atteindre sa vitesse de croisière d'ici trois ans. Notons qu'une UMF n'a pas pour but premier d'augmenter l'offre de services, mais, par expérience, celle-ci est effectivement bonifiée.
- Une prise en charge dans les installations de la mission communautaire (CLSC), sur les réserves indiennes de Maria et de Restigouche et dans les bureaux privés solos ou organisés en clinique. La prise en charge est à géométrie variable.

Au CSSS du Rocher-Percé :

- Un projet de GMF en émergence.
- Installations de la mission communautaire (CLSC) et bureaux et/ou cliniques privé(e)s. La prise en charge est aussi à géométrie variable; on note une pénurie importante de médecins de famille.

Au CSSS de La Côte-de-Gaspé :

- Une UMF dont la pérennité est assurée, fondée en 1984, actuellement en expansion; elle a nettement contribué à augmenter la prise en charge (cliniques avec ou sans rendez-vous, adultes ou pédiatriques, soins à domicile, etc.).
- Un projet de GMF transmis au MSSS.
- Installations de la mission communautaire (CLSC) et bureaux et/ou cliniques privé(e)s; la prise en charge est également à géométrie variable, en fonction des ressources disponibles.

Au CSSS de La Haute-Gaspésie :

- Un GMF réaccrédité pour trois ans depuis avril 2006.
- Installations de la mission communautaire (CLSC) et bureaux et/ou cliniques privé(e)s; la prise en charge est toujours à géométrie variable et caractérisée à cet endroit par une pénurie importante de médecins de famille qui perdurent depuis quelques années.

Au CSSS des Îles :

- Un projet de GMF en préparation.
- Installations de la mission communautaire (CLSC) et bureaux et/ou cliniques privé(e)s; la prise en charge est, à cet endroit, plus homogène.

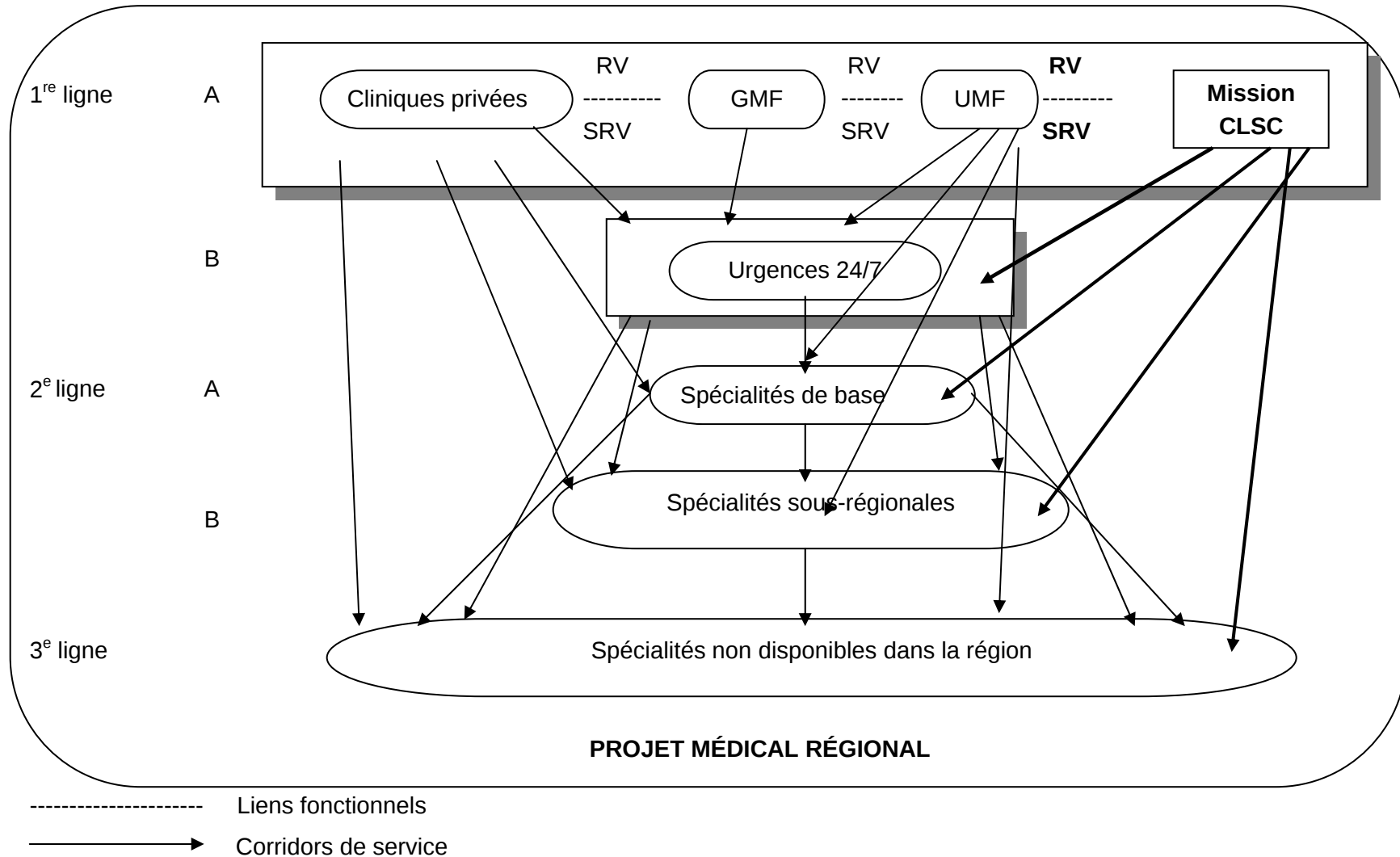
L'objectif de la mise en place de ce réseau de prise en charge est évidemment d'augmenter l'offre de services, et de favoriser l'accessibilité à des services continus et de qualité. Autrement dit, l'Agence souhaite que tous les patients nécessitant une prise en charge soient suivis par un médecin de famille ou un groupe de médecins, ce qui est encore mieux afin d'assurer la continuité en tout temps. La figure 1 illustre le modèle proposé pour les 1^{re}, 2^e et 3^e lignes.

Recommandation 8 - Que l'Agence facilite, sur tout le territoire, la prise en charge des patients par un médecin de famille, afin que toutes les listes d'attente, à ce propos, disparaissent. Un comité ad hoc, à ce sujet, sera créé, en collaboration avec le DRMG, afin de trouver des solutions réalistes à court et à moyen terme.

Nous pensons que la nouvelle technologie déployée dans le cadre d'Info-santé, le développement de nouveaux services (Info-social, Info-médicaments, etc.) aideront à améliorer l'accessibilité à la première ligne.

FIGURE 1

MODÈLE D'ORGANISATION DE SERVICES MÉDICAUX



DEUXIÈME OBJECTIF

Le deuxième objectif poursuivi par le projet médical est d'assurer une accessibilité rapide aux services pour les personnes présentant des besoins de santé ponctuels, et ce, le plus près possible de chez elles. Les lieux pour assurer cet accès sont situés autant en institution qu'en cabinet privé, avec ou sans rendez-vous, selon la nature du besoin et l'urgence ou non d'intervenir en utilisant le plateau technique le plus léger qui soit.

Le but recherché est de faire une bonne évaluation du besoin de santé que présente la personne et de décider des interventions appropriées sur place ou ailleurs sur le territoire.

Les instances locales en charge de coordonner les RLSSSS doivent donc planifier leurs services en fonction de ces deux premiers objectifs et en tenant compte également que, pour chaque composante CH, on retrouve des activités médicales dans les spécialités de base identifiées soit la chirurgie générale, l'anesthésiologie, la médecine interne, la psychiatrie et la radiologie diagnostique. Plusieurs précisions ont été apportées quand à la prestation des services offerts par chacun des CSSS.

On retrouve plusieurs services spécialisés autres que ceux reconnus de base dans les CSSS actuels. Le PREM, en vigueur, (2007-2009) campe les différentes spécialités que l'on retrouve dans les CSSS. Cet exercice est un processus continu et le plan sera réévalué en 2008 et en 2009. Les plans d'effectifs viendront baliser l'autonomie dont jouira, d'une part la région, et d'autres parts, chacun des territoires.

Le degré d'autonomie peut être complet, c'est-à-dire que les ressources professionnelles sont installées sur place, ou relatif, c'est-à-dire que les ressources professionnelles proviennent en tout ou en partie d'un autre établissement de la région ou de l'extérieur de la région. L'agence sera le maître d'œuvre de cette répartition.

Pour les services qu'ils ne pourront offrir sur place, des balises clairement exprimées seront établies afin d'établir des corridors de service. Ceux-ci seront, d'abord, orientés vers les services disponibles intrarégionalement en optimisant les ressources disponibles. Pour les services non disponibles intrarégionalement, des ententes formelles devront préférablement être signées afin d'assurer la pérennité des services visés. Ces ententes devront tenir compte de l'historique de la desserte, mais aussi des distances à parcourir, de la disponibilité des ressources et être en lien direct avec les orientations contenues dans la réforme actuelle; les corridors de service devront se faire à l'intérieur du RUIS-UL, à moins d'exceptions. Les corridors de service devront donc refléter une complémentarité intrarégionale et celle-ci sera nettement favorisée.

Recommandation 9 - Que l'agence trace le portrait des corridors de service intra et extrarégionaux.

Recommandation 10 - Que l'agence instaure toutes les mesures incitatives qui favoriseront l'optimisation des ressources intra régionales en médecine spécialisée.

Recommandation 11 - Afin de favoriser l'autonomie régionale, d'optimiser les services médicaux spécialisés disponibles dans la région de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, ainsi que favoriser l'accessibilité des services sur tout le territoire, que l'agence procède à la révision de la *Politique régionale de déplacement des usagers* et apporte les modifications nécessaires, pour ce faire.

Une recension des corridors de service sera actualisée, car un premier exercice a été fait lors de la préparation du PREM en médecine spécialisée.

TROISIÈME ET QUATRIÈME OBJECTIFS

Nous joignons en annexe 1 les PREM et PEM en omnipratique (année 2003 et reconduit depuis) et en médecine spécialisée (2007-2009). Une mise à jour du plan en omnipratique sera effectuée en 2007.

La 1^{re} ligne

Les plans d'effectifs tiennent compte des modèles d'organisation retenus. Rappelons que plusieurs médecins de famille effectuent des activités habituellement offertes par la 2^e ligne à cause de la pénurie de certaines ressources spécialisées. Il faudra donc en tenir compte et continuer à mettre temps et énergie dans la promotion de la pratique médicale dans notre région comme nous l'avons fait dans les deux dernières années en investissant dans des projets novateurs (Kiosque régional, Antidote, site Web, etc.).

La 2^e et 3^e ligne

Une bonne partie des services de 2^e ligne peut être assurée intra régionalement lorsqu'on analyse le PREM pour les années 2007-2009.

Dans nos travaux, il faudra tenir compte de la hiérarchisation souhaitée; tous les groupes consultés ont été clairs: on ne souhaite pas de centre hospitalier régional mais plutôt des CSSS avec une ou plusieurs fonctions régionales, selon le cas. L'efficience des services ne devra pas être négligée. L'éclatement de certains services spécialisés existants devra être questionné; des spécialités devront être consolidées; d'autres développés afin de répondre à des besoins existants non comblés ou tout simplement afin de répondre à de nouveaux besoins.

Dans le cadre du PREM en spécialités, trois spécialités n'ont pas encore été localisées; il s'agit de la gériatrie, de la rhumatologie et de la physiothérapie. Bien qu'elles devraient être rattachées à un établissement, les médecins recrutés devront viser la desserte de toute la région; la localisation devra obligatoirement s'harmoniser avec les besoins identifiés dans le Plan d'organisation de services pour les personnes âgées en perte d'autonomie et le déploiement des URFI (Unités de réadaptation fonctionnelle intensive). L'unité principale, située à Gaspé, se composera de 10 lits dont 4 à vocation régionale; le projet prévoit également une unité de 6 lits à Maria.

Comme nous l'avons précisé précédemment, les cinq spécialités de base seraient préservées dans chaque CSSS. L'agence ne souhaite pas questionner à nouveau les spécialités suivantes existantes et leur localisation:

- la chirurgie orthopédique (avec 3 sites)
- la dermatologie
- la gastro-entérologie
- la médecine nucléaire
- l'obstétrique gynécologie
- l'ophtalmologie
- l'ORL
- la santé communautaire

Recommandation 12 - Que l'agence consolide les spécialités précédentes dans leur localisation; elle reconnaît le bien-fondé de celles-ci.

La pédopsychiatrie

Les informations recueillies, lors de la tournée de consultation, nous questionnent sur la façon dont le service de pédopsychiatrie est actuellement déployé. L'agence doit donc évaluer la façon dont est offert et donné le service, en lien avec les orientations ministérielles contenues dans la politique de santé mentale.

Recommandation 13 - Que l'agence procède à l'évaluation des services en pédopsychiatrie, offerts par le CSSS de La Côte-de-Gaspé et fasse les recommandations nécessaires afin de répondre aux besoins de la population de toute la région; les directions concernées soient la Direction des services sociaux et communautaires et la Direction des affaires médicales et de santé physique devraient être associées à ce processus.

La reconnaissance de certains services existants

L'agence reconnaît les services suivants :

- Clinique de la douleur du CSSS de La Côte-de-Gaspé; les données disponibles démontrent une desserte régionale à ce niveau (50 % de la clientèle provient des territoires couverts par les CSSS sauf celui des Îles qui offre partiellement ce service ou qui réfère le patient à Québec); ce service aura donc un mandat régional. Notons que

des services sont également donnés dans la plupart des CSSS du territoire, mais la clientèle est d'origine locale.

- Service d'anatomopathologie du CSSS de La Côte-de-Gaspé; seul service de ce genre, dans la région, le rapatriement du volume des unités techniques sera encouragé par l'agence; ce service a déjà un mandat régional et celui-ci sera maintenu, tel qu'exprimé dans la position régionale sur la hiérarchisation des laboratoires de biologie médicale. Le développement de la télésanté favorisera cette orientation.
- Service de biochimie du CSSS du Rocher-Percé; seul service qui engage un biochimiste, celui-ci devrait être mieux utilisé, tel qu'exprimé dans la position régionale sur la hiérarchisation des laboratoires de biologie médicale; il sera question notamment de la prise en charge du dossier d'assurance qualité.

Le développement de la télésanté favorisera ces orientations.

Recommandation 14 - L'agence reconnaît l'expertise développée dans les services suivants: la clinique de la douleur et le service d'anatomopathologie offerts par le CSSS de La Côte-de-Gaspé, ainsi que le service de biochimie du CSSS du Rocher-Percé. Ces services, bien que non planifiés, constituent une richesse régionale.

Réflexions sur de nouveaux services spécialisés

L'Agence, par ailleurs, a soulevé plusieurs questionnements, sur les besoins de nouveaux services en spécialités. Nous résumons brièvement le résultat de ces consultations:

Hémodialyse

* les conclusions, faites lors d'une analyse réalisée par l'agent dédié à la santé physique, démontrent clairement des besoins pour des services d'hémodialyse dans la région. Notons que notre région est une des deux régions du Québec qui ne possède pas de tel service. Un projet de déploiement et d'organisation de services est actuellement en consultation dans la région. Il prévoit l'installation de trois unités satellites situées dans les CSSS suivants: Îles-de-la-Madeleine, Rocher-Percé et Haute-Gaspésie. Tous les acteurs concernés par le sujet ont cependant reconnu l'importance et la nécessité d'un tel service et ont recommandé une étude de besoins, ce qui a été fait.

Recommandation 15 - Que l'agence, après consultation, adopte un projet d'organisation de services en hémodialyse et transmette les besoins financiers nécessaires à son déploiement, au MSSS.

Radio-oncologie

- malgré le constat du vieillissement de la population et de l'augmentation inexorable des cas de cancer, les groupes consultés questionnent la pertinence de développer un tel service dans la région, d'autant plus que les services offerts particulièrement au CHRR ont une excellente cote en terme d'accessibilité, de continuité et de qualité des services.

Les soins palliatifs

Par ailleurs, dans le cadre de cette discipline, les services en oncologie (incluant les soins palliatifs) ont été abordés par la plupart des groupes consultés. Il faut continuer à actualiser les orientations contenues dans le programme régional relatif à la lutte au cancer. Quand aux soins palliatifs, l'offre de service est très variable et un plan régional, en harmonie avec les orientations ministérielles connues, devra être présenté.

Recommandation 16 - Que l'agence prépare et adopte un plan régional pour les soins palliatifs, conformément aux orientations ministérielles.

Les postes en gériatrie et en rhumatologie

- Poste en gériatrie : le constat du vieillissement accéléré de la population de notre territoire ne sème aucun doute chez tous les intervenants rencontrés. Cependant, la desserte ne fait pas l'unanimité; certains souhaitent le développement de l'expertise chez des médecins de famille en augmentant les plans d'effectifs dans cette discipline, considérant le peu de gériatries disponibles, sur le marché; d'autres souhaitent l'obtention de deux postes pour la région, qui auraient la tâche de desservir toute la région, appuyés par des médecins de famille chez qui on développerait une certaine expertise dans le domaine. Il faudra donc continuer à y réfléchir en associant la Direction des services sociaux et communautaires dans le cadre des orientations ministérielles prévues pour les personnes âgées en perte d'autonomie.
- Poste en rhumatologie : d'aucun ne questionne la pertinence de cette spécialité qui devra desservir toute la région. Le projet d'itinérance, actuellement offert par le CHRR, ne comble pas tous les besoins et est considéré comme temporaire.

Un comité d'éthique régional

- Trois CSSS ont un comité d'éthique fonctionnel. Il s'agit du CSSS de la Baie-des-Chaleurs, du CSSS du Rocher-Percé et de celui des Îles. Il y a, cependant, unanimité à former un comité régional, d'où émanerait des lignes directrices pour des problématiques complexes.

Recommandation 17 - Que l'agence et les CSSS de la région étudient la possibilité de mettre sur pied un comité d'éthique régional ou suprarégional avec les principaux acteurs composant le RUIS-UL.

L'accessibilité en imagerie médicale

L'accessibilité est un des objectifs de la réforme actuelle de notre système de santé; son amélioration est nettement souhaitée et a fait l'objet de beaucoup de discussion et d'analyse particulièrement en chirurgie après le jugement Chaoulli (Cour suprême du Canada) en 2006. Lors de notre consultation, nous avons abordé l'intérêt d'améliorer l'accessibilité en imagerie médicale en déterminant des cibles à ne pas dépasser en terme de délai, à partir du moment que le client s'inscrit pour certains types d'examen.

La plupart des répondants abondent dans ce sens.

Recommandation 18 – Que l'agence établisse, par consensus, des cibles à atteindre pour les examens identifiés.

Le dépistage du cancer du sein

Une mise à jour du programme de dépistage du cancer du sein s'impose en relation avec les services actuellement offerts; la direction de la santé publique mettra à profit son expertise dans ce domaine afin d'avoir un portrait actuel de ce programme. La région n'atteint pas de façon uniforme (selon les différents territoires des CSSS) les cibles visées par le programme.

Ce programme ne se retrouve pas actuellement dans le programme régional de la lutte au cancer, contrairement à d'autres régions du Québec; cette tendance favoriserait l'intégration des services.

Recommandation 19 – Que l’agence procède à cette mise à jour, afin de répondre adéquatement aux besoins des femmes de notre territoire; lors de cet exercice, qu’on s’interroge sur la pertinence de transférer ce programme à la Direction des affaires médicales et de santé physique, dans le programme de lutte contre le cancer.

Les services de pédiatrie

Le maintien au non de trois services de pédiatrie dans la région (PREM actuel : 2 pédiatres à Gaspé, au Rocher-Percé et à la Baie-des-Chaleurs, comblé à 50 % (3/6)) a suscité beaucoup de discussions au sein des intervenants consultés. Les nombreux problèmes soulevés dont, entre autres, la couverture des soins en pouponnière, la rémunération des médecins impliqués et des soins non hiérarchisés nous font opter pour une recommandation temporaire. Il faudra statuer, dans les prochaines années, sur la possibilité de concentrer la pédiatrie en 2 pôles en incluant une desserte des autres établissements de la région par itinérance régulière, dans des ententes formelles.

Recommandation 20 - Que l’agence ajuste le plan d’effectifs médicaux en pédiatrie, afin de conserver trois pôles d’expertise dans ce domaine, dans les CSSS de la Baie-des-Chaleurs, de La Côte-de-Gaspé et du Rocher-Percé, tout en assurant une couverture mutuelle de la garde, en identifiant 1 poste à Gaspé, 1 au Rocher-Percé et 2 à la Baie-des-Chaleurs.

Une insistance particulière devra être faite, auprès des services médicaux de 1^{re} ligne, pour que celle-ci soit pleinement occupée par la médecine familiale et qu’elle soit favorisée par une formation adéquate. Les pédiatres devraient se limiter aux services de 2^e ligne. Ce modèle a d’ailleurs été développé aux CSSS des Îles et de la Haute-Gaspésie.

Malgré ces questionnements et les efforts qui en résulteront, plusieurs services de 3^e ligne et quelques-uns de 2^e ligne ne pourront être offerts dans la région. En plus, des corridors de service formels, il faudra sûrement revoir certains champs de pratiques en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux de certains professionnels (infirmières, pharmaciens, ergothérapeutes, etc.), en tenant compte évidemment des balises de la Loi 90.

La complémentarité entre l'ophtalmologie et l'optométrie

La complémentarité entre l'ophtalmologie et l'optométrie s'est grandement développée dans les dernières années et doit être encouragée. En clinique privée d'ophtalmologie ainsi qu'en établissement (Amérique du Nord), cette complémentarité est fréquente pour ne pas dire coutumière. Dans les deux CSSS où l'on retrouve ce service régional partagé, deux postes d'ophtalmologie sont toujours vacants; bien qu'il soit noté une participation de plus en plus grande des optométristes dans le partage des tâches avec les ophtalmologistes, la complémentarité n'est pas optimale et certaines mesures pourraient être développées, afin de la favoriser. L'ophtalmologiste aurait alors la possibilité d'augmenter sa production opératoire, ce pour quoi, en grande partie, il est formé. Un projet pilote pourrait être envisageable.

Recommandation 21 - Que l'agence favorise une meilleure complémentarité entre l'ophtalmologie et l'optométrie en encourageant tout projet novateur qui aura cet objectif.

Dans la plupart des services de 3^e ligne, les conclusions provenant des travaux entrepris à l'intérieur des discussions du RUIS-Laval viendront probablement répondre aux besoins des populations desservies; il faudra cependant être d'une vigilance exemplaire.

ÉVALUATION

Nous estimons que l'atteinte des objectifs de services inscrits dans le présent projet doit viser un horizon de 5 ans. Afin de suivre son évolution, nous avons choisi un certain nombre d'indicateurs qui nous aidera à suivre sa trajectoire. Au fil du temps, leur définition pourra être raffinée.

Ces indicateurs visent l'évaluation de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services. Ce sont :

- Nombre de réseau organisé de continuité en médecine de famille (GMF, UMF ou autre système reconnu) par territoire de CSSS : _____
- Nombre de patients n'ayant pas de médecin de famille/territoire de CSSS _____
- Atteinte du PREM (en %)
 - Médecins de famille : _____
 - Spécialités de base : _____
 - Toutes les spécialités : _____
- Délai d'attente maximal pour les examens suivants en imagerie médicale :
 - Échographie générale : _____
 - Échographie cardiaque : _____
 - Examen de scopie : _____
 - CT – Scan : _____
 - Résonance magnétique : _____

Les délais visés devront faire l'objet d'un consensus avec les établissements.

- Délai d'attente moyen à l'urgence (urgences 24/7) : _____
La norme visée devra aussi faire l'objet d'un consensus avec les établissements.
- Utilisation de dépanneurs (jours/année)
 - médecins de famille (préciser le service)
 - médecins spécialistes (spécifier la spécialité)
 - autres : pharmaciens
 inhalothérapie

- Nombre de ruptures de services (par année) :

- Médecine spécialisée (mentionner la spécialité, le nombre de jours et le plan de contingence réalisé, s'il y a lieu) :

- Nombre d'ententes formelles signées (corridors de service) : _____

Le bilan périodique du portrait de santé et de bien-être de la population réalisé par la Direction de la santé publique nous donne aussi des informations utiles afin d'apprécier l'efficacité des services.

CONCLUSION

L'élaboration du projet médical offre une occasion unique aux différents acteurs du réseau de soins de concevoir une offre de services adaptée aux besoins de la population. Une part importante des ressources est consacrée au traitement des maladies chroniques. La réponse la plus adaptée à ces maladies n'est pas simple à organiser et nécessite des processus complexes. Elle exige d'abord une connaissance détaillée de ces clientèles.

Elle impose une bonne répartition des différents guichets de services sur le territoire et des processus de soins et de services standardisés et conçus pour assurer des soins continus en interdisciplinarité. Elle nécessite que l'information soit accessible autant pour les usagers que pour les intervenants et que des outils d'aide à la décision et de suivi systématique soient disponibles.

L'accessibilité aux services spécialisés de base repose sur des équipes souvent minimales dans chaque instance locale. Pour les autres services spécialisés, l'autonomie régionale repose sur l'interdépendance des instances locales; les ententes interétablissements, les corridors de service et l'allocation des ressources sont des conditions de réussite incontournables à l'atteinte de cet objectif. Des pôles régionaux forts assurent l'accessibilité à certains services spécialisés et pourront compter sur l'appui du RUIS-UL pour être le plus autonome possible. Des corridors de service seront également établis avec le RUIS, pour y diriger les personnes pour lesquelles l'accessibilité à certains services spécialisés n'est pas disponible dans la région.

Afin de réussir les objectifs visés par notre projet, une réelle intégration des services est non seulement souhaitable, mais souhaitée, qu'on parle de promotion, prévention, traitement, investigation, diagnostic, approche par programme, etc.; elle devra être omniprésente plus particulièrement dans les projets cliniques. L'implication des différents professionnels, notamment, les médecins et les infirmières, devra être continue et encouragée comme cela a été fait depuis le début du projet. La formation nécessaire de ces professionnels devra être encouragée.

Enfin, le projet médical ne sera possible qu'en établissant non seulement une complémentarité interétablissements, mais aussi une complicité et une solidarité régionales entre les différents intervenants impliqués. Ce n'est qu'à ces conditions que nous stopperons l'hémorragie vers l'Ouest, faite souvent au détriment des services de qualité que nous offrons déjà dans la région.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

PRISME. *Les maladies chroniques et la modernisation du système de santé québécois*, mars 2005, 55 p.

Information Technology Association of American E – Health Committee, mai 2004, p.9.
Chronic care improvement, mai 2004, p.9.

WAGNER et AL. Organizing Care for Patients with Chronic Illness, *Milbank Quarterly* 74(4): 511-42, 1996.

DE BUSK et AL. A Case-Management System for Coronary Risk Factor Modification after Acute Myocardial Infarction. *Ann Int Med* 120: 721-9, 1994.

MULLEN et AL. Efficacy of Psycho-educational Interventions on Pain, Depression, and Disability in People with Arthritis: A Meta-Analysis. *Journal of Rheumatology* 14 (suppl. 15): 33-39, 1987.

California Health Care Foundation, Using computerized registries in chronic Disease Care, p.48.

LAROCHE, ALAIN. Le projet médical pour la région Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine – document de travail, juin 2004, 19 p.

MSSS. Plan stratégique 2005-2010, 2005, 49 p.

AGENCE DE L'ABITIBI-TEMISCAMINGUE. Programme intégré de prévention des maladies chroniques 2005-2015, juin 2005, 13 p.

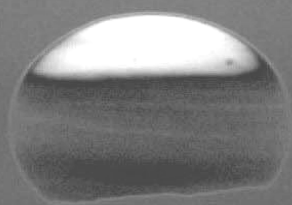
PARÉ, Guy et COLL. Chaire de recherche du Canada en technologie de l'information dans le secteur de la santé, Analyse économique d'un programme de télésoins à domicile pour la MPOC, novembre 2005, 17 p.

LES ANNEXES

ANNEXE 1

DOCUMENTS RELATIFS

AU PREM 2007-2009



Services médicaux en spécialités
PREM 2007-2009

Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine

16 janvier 2007

Québec 

SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS 2007-2009

Spécialités médicales	PREM 2006	Besoins exprimés 2007-2009		PREM 2007 Confirmation du Ministre			PREM 2008- 2009 à valider
		Demande de l'établissement	Recommandation de l'Agence	PREM 2007	Effectifs en place	Postes disponibles	
ANATOMO- PATHOLOGIE							
CSSS de la Baie- des-Chaleurs							
CSSS du Rocher- Percé							
CSSS de la Côte- de-Gaspé	2	2	2	2	1	1	2
CSSS de La Haute-Gaspésie							
CSSS des Îles							
SOMME :	2	2	2	2	1	1	2
ANESTHÉSIE							
CSSS de la Baie- des-Chaleurs	3	4	3	3	4	0	3
CSSS du Rocher- Percé	3	3	3	3	1	2	3
CSSS de la Côte- de-Gaspé	3	3	3	3	2	1	3
CSSS de La Haute-Gaspésie	2	2	2	2	2	0	2
CSSS des Îles	2	2	2	2	2	0	2
SOMME :	13	14	14	13	11	3	13

Spécialités médicales	PREM 2006	Besoins exprimés 2007-2009		PREM 2007 Confirmation du Ministre			PREM 2008- 2009
		Demande de l'établissement	Recommandation de l'Agence	PREM 2007	Effectifs en place	Postes disponibles	à valider
CHIRURGIE GÉNÉRALE							
CSSS de la Baie- des-Chaleurs	3	4	3	3	4	0	3
CSSS du Rocher- Percé	2	3	3	2	2	0	3
CSSS de la Côte- de-Gaspé	2	3	3	2	2	0	3
CSSS de La Haute-Gaspésie	2	2	2	2	1	1	2
CSSS des Îles	2	3	3	2	2	0	3
SOMME :	11	15	14	11	11	1	14
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE							
CSSS de la Baie- des-Chaleurs	2	2	2	2	2	0	2
CSSS du Rocher- Percé	2	2	2	2	2	0	2
CSSS de la Côte- de-Gaspé	1	1	1	1	1	0	1 RFI
CSSS de La Haute-Gaspésie							
CSSS des Îles							
SOMME :	5	5	5	5	5	0	5

Spécialités médicales	PREM 2006	Besoins exprimés 2007-2009		PREM 2007 Confirmation du Ministre			PREM 2008- 2009 à valider
		Demande de l'établissement	Recommandation de l'Agence	PREM 2007	Effectifs en place	Postes disponibles	
DERMATOLOGIE							
CSSS de la Baie- des-Chaleurs							
CSSS du Rocher- Percé							
CSSS de la Côte- de-Gaspé	2	2	2	2	1	1	2
CSSS de La Haute-Gaspésie							
CSSS des Îles							
SOMME :	2	2	2	2	1	1	2
GASTRO- ENTÉROLOGIE							
CSSS de la Baie- des-Chaleurs							
CSSS du Rocher- Percé							
CSSS de la Côte- de-Gaspé	1	1	1	1	1	1	1
CSSS de La Haute-Gaspésie							
CSSS des Îles							
SOMME :	1	1	1	1	0	1	1

Spécialités médicales	PREM 2006	Besoins exprimés 2007-2009		PREM 2007 Confirmation du Ministre			PREM 2008- 2009 à valider
		Demande de l'établissement	Recommandation de l'Agence	PREM 2007	Effectifs en place	Postes disponibles	
GÉRIATRIE							
CSSS de la Baie- des-Chaleurs	0	1	1	0	0	0	0
CSSS du Rocher- Percé	0	1	1	0	0	0	0
CSSS de la Côte- de-Gaspé	0	1	1	0	0	0	0
CSSS de La Haute-Gaspésie							
CSSS des Îles							
SOMME :	1	3	3	1	0	1	1 RFI
MÉDECINE INTERNE							
CSSS de la Baie- des-Chaleurs	5	6	5	5	5	0	5
CSSS du Rocher- Percé	4	4	4	4	3	1	4
CSSS de la Côte- de-Gaspé	4	4	4	4	1	3	4
CSSS de La Haute-Gaspésie	2	2	2	2	1	1	2
CSSS des Îles	2	3	3	2	2	0	2
SOMME :	17	19	18	17	12	5	17
MÉDECINE NUCLÉAIRE							
CSSS de la Baie- des-Chaleurs		1	0	0	0	0	0

Spécialités médicales	PREM 2006	Besoins exprimés 2007-2009		PREM 2007 Confirmation du Ministre			PREM 2008- 2009 à valider
		Demande de l'établissement	Recommandation de l'Agence	PREM 2007	Effectifs en place	Postes disponibles	
CSSS du Rocher- Percé	1	1	1	1	0	1	1
CSSS de la Côte- de-Gaspé							
CSSS de La Haute-Gaspésie							
CSSS des Îles							
SOMME :	1	2	1	1	0	1	1
OBSTÉTRIQUE- GYNÉCOLOGIE							
CSSS de la Baie- des-Chaleurs	1	1	1	1	0	1	1 RFI
CSSS du Rocher- Percé	2	3	2	2	2	0	2
CSSS de la Côte- de-Gaspé	2	2	2	2	2	0	2
CSSS de La Haute-Gaspésie	0	0	0	0	1 RFI	0	0
CSSS des Îles	1	1	1	1	1	0	1
SOMME :	6	7	6	6	6	1	6
OPHTALMOLOGIE							
CSSS de la Baie- des-Chaleurs	2	2	2	2	1	1	2
CSSS du Rocher- Percé							
CSSS de la Côte- de-Gaspé	2	2	2	2	1	1	2
CSSS de La Haute-Gaspésie							

Spécialités médicales	PREM 2006	Besoins exprimés 2007-2009		PREM 2007 Confirmation du Ministre			PREM 2008- 2009
		Demande de l'établissement	Recommandation de l'Agence	PREM 2007	Effectifs en place	Postes disponibles	à valider
CSSS des Îles							
SOMME :	4	4	4	4	2	2	4
OTO-RHINO- LARYNGOLOGIE							
CSSS de la Baie- des-Chaleurs	1	1	1	1	1	0	1 RFI
CSSS du Rocher- Percé							
CSSS de la Côte- de-Gaspé	1	1	1	1	1	0	1 RFI
CSSS de La Haute-Gaspésie							
CSSS des Îles							
SOMME :	2	2	2	2	2	0	2
PÉDIATRIE							
CSSS de la Baie- des-Chaleurs	2	3	2	2	2	0	2
CSSS du Rocher- Percé	2	2	2	2	1	1	2
CSSS de la Côte- de-Gaspé	2	2	2	2	0	2	2
CSSS de La Haute-Gaspésie							
CSSS des Îles							
SOMME :	6	7	6	6	3	3	6

<i>Spécialités médicales</i>	PREM 2006	Besoins exprimés 2007-2009		PREM 2007 Confirmation du Ministre			PREM 2008- 2009 <u>à valider</u>
		Demande de l'établissement	Recommandation de l'Agence	PREM 2007	Effectifs en place	Postes disponibles	
PHYSIATRIE							
CSSS de la Baie- des-Chaleurs							
CSSS du Rocher- Percé							
CSSS de la Côte- de-Gaspé	0	1	1	0	0	0	0
CSSS de La Haute-Gaspésie							
CSSS des Îles							
SOMME :	0	1	1	0	0	0	0
PSYCHIATRIE ADULTE							
CSSS de la Baie- des-Chaleurs	3	4	4	4	4	0	4
CSSS du Rocher- Percé	2	3	3	3	1	2	3
CSSS de la Côte- de-Gaspé	3	3	3	3	2	1	3
CSSS de La Haute-Gaspésie	2	2	2	2	1	1	2
CSSS des Îles	2	2	2	2	2	0	2
SOMME :	12	14	14	13	8	5	13
PÉDOPSYCHIATRIE							
CSSS de la Baie- des-Chaleurs	0	1	0	0	0	0	0

Spécialités médicales	PREM 2006	Besoins exprimés 2007-2009		PREM 2007 Confirmation du Ministre			PREM 2008- 2009 à valider
		Demande de l'établissement	Recommandation de l'Agence	PREM 2007	Effectifs en place	Postes disponibles	
CSSS du Rocher- Percé							
CSSS de la Côte- de-Gaspé	2	2	2	2	2	0	2
CSSS de La Haute-Gaspésie							
CSSS des Îles	0						
SOMME :	2	3	2	2	2	0	2
RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE							
CSSS de la Baie- des-Chaleurs	3	3	3	3	3	0	3
CSSS du Rocher- Percé	2	2	2	2	1	1	2
CSSS de la Côte- de-Gaspé	2	2	2	2	0	2	2
CSSS de La Haute-Gaspésie	1	1	1	1	1	0	1
CSSS des Îles	1	1	1	1	1	0	1
SOMME :	9	9	9	9	6	3	9
SANTÉ COMMUNAUTAIRE							
CSSS de la Baie- des-Chaleurs							
CSSS du Rocher- Percé							

<i>Spécialités médicales</i>	PREM 2006	Besoins exprimés 2007-2009		PREM 2007 Confirmation du Ministre			PREM 2008- 2009
		Demande de l'établissement	Recommandation de l'Agence	PREM 2007	Effectifs en place	Postes disponibles	à valider
CSSS de la Côte- de-Gaspé							
CSSS de La Haute-Gaspésie							
CSSS des Îles							
AGENCE	2	2	2	2	1	1	2

PLAN RÉGIONAL
DES EFFECTIFS MÉDICAUX EN
MÉDECINE GÉNÉRALE

Phase transitoire :
1^{er} mai 2003 au 31 décembre 2003

Région Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Contexte	1
Démarche	2
Besoins reconnus en effectifs médicaux en médecine générale	2
État de situation des effectifs médicaux sur le territoire	7
Répartition de l'objectif de croissance octroyé	8
Liste des tableaux :	
Tableau 1 – Besoins en effectifs médicaux en médecine générale par MRC	5
Tableau 2 – Besoins en effectifs médicaux en médecine générale par MRC (grille MSSS-FMOQ)	6
Tableau 3 – Pourcentage d'atteinte (au 31 mars 2003) du nombre d'effectifs identifiés par territoire de MRC	7
Tableau 4 – PREM en médecine générale : phase transitoire du 1 ^{er} mai 2003 au 31 décembre 2003	8

CONTEXTE

Au printemps 2002, un comité composé de représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) fut mis sur pied afin de travailler avec les Départements régionaux de médecine générale (DRMG), nouvellement formés au sein des régions régionales, à l'élaboration du futur PREM en médecine générale; le PREM en application étant celui de 1997-2000 reconduit jusqu'en 2003. Un des buts visés par ce comité est de créer un outil de travail qui, à partir des normes définies, permettra une analyse uniformisée des besoins en effectifs médicaux, et ce, à travers toutes les régions du Québec.

Malheureusement, ces normes ne tiennent pas compte des spécificités propres à certaines des régions, dont la nôtre, et c'est pourquoi le comité de direction du DRMG a adapté ces normes pour les rendre plus conformes à notre réalité.

Ce PREM se veut un plan transitoire au futur PREM 2004-2007, il sera donc en application du 1^{er} mai 2003 jusqu'au 31 décembre 2003.

DÉMARCHE

Le DRMG dont le mandat est de faire des recommandations sur la partie du plan régional des effectifs médicaux concernant les médecins omnipraticiens, a d'abord travaillé, à partir d'un guide fourni par la FMOQ, à rédiger un projet de PREM, et ce, pour chacun des six territoires de MRC de la Régie régionale. Suite aux consultations sur le territoire, des modifications furent apportées et le projet fut soumis au comité MSSS-FMOQ. Ce dernier a, par la suite, rencontré individuellement chacun des DRMG afin de leur expliquer les normes retenues pour le calcul des besoins en effectifs et pour présenter une version quasi finale du PREM. C'est à partir de cette version que les objectifs de croissance en effectifs médicaux en médecine générale pour la région ont été signifiés soit de 17 omnipraticiens, et ce, pour la période du 1^{er} mai 2003 au 31 décembre 2003.

BESOINS RECONNUS EN EFFECTIFS MÉDICAUX EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Le PREM définit d'abord la notion d'un équivalent temps plein médecin comme étant le médecin qui travaille en moyenne 43 heures par semaine, 44 semaines par année, soit 1 892 heures annuellement, et ce, quelque soit le lieu de dispensation des services cliniques (cabinet, CLSC, CH, etc.).

Les services médicaux en première ligne comprennent tous les services offerts par les omnipraticiens en cabinet, en CLSC et en clinique externe y compris en milieu hospitalier. Ils incluent aussi les services cliniques offerts dans les unités de médecine familiale (UMF). Toutefois dans ce dernier cas, les heures consacrées à la supervision et à l'académique sont traitées à part. Les heures d'enseignement faites ailleurs dans les établissements du territoire ne possédant pas d'UMF, mais qui reçoivent des étudiants en médecine en formation, ont été incluses dans les activités de première ligne.

Pour ces services de première ligne, le ratio retenu par le DRMG est de 1 ETP médecin par 1 000 de population pondérée en fonction de l'âge, du sexe et du facteur de défavorisation sociale. La FMOQ retenait le ratio 1 par 1 500, alors que selon le MSSS, le ratio le plus conforme à la situation actuelle au Québec est celui de 1 par 1 750 et que celui visé par l'arrivée des GMF est de 1 par 1 900. Notre choix tient compte des réalités de notre territoire à savoir :

- ® l'étendue du territoire à couvrir avec une faible densité de population à desservir;
- ® la présence de petites équipes médicales de travail sur le territoire amenant rapidement une instabilité et même une crise lors de congés maladie, de maternité et autres;
- ® le roulement de la main-d'œuvre médicale;
- ® le taux de féminisation de la profession médicale est élevé dans notre région;
- ® une grande proportion des services de deuxième ligne est assurée par les omnipraticiens du territoire, soit 53 % de leur revenu provenant de cette activité comparativement à l'ensemble du Québec avec 32 %.

À notre avis, ce ratio permet davantage d'offrir les services de première ligne nécessaires à notre population.

Toujours en soins de première ligne, dans les centres hospitaliers de soins de longue durée, le ratio utilisé est de 1 ETP médecin par 125 lits.

Concernant les services offerts en deuxième ligne, la période de couverture effective des services d'urgence ou des services 24/7 a été prise en compte soit 3 quarts/jour multipliés par 8 heures et par 52 semaines et ramenés en ETP médecins (1 892 heures).

Pour les lits d'hospitalisation, le nombre de lits concernés a été divisé par 15 au lieu de 17,5, qui est la norme retenue par le comité de travail MSSS-FMOQ, et ceci à cause, entre autres, du manque d'effectifs de la deuxième ligne en spécialité sur notre territoire et des autres motifs évoqués plus haut. Ce rapport fut multiplié par 2 912 heures (soit 7 jours à 8 heures par jour, 52 semaines par année) et ramené en ETP médecins (1 892 heures).

Pour les lits de gériatrie et de soins palliatifs, le nombre de lits concernés a été divisé par 10 au lieu de 12, pour les mêmes raisons, multiplié par 2 336 heures (soit 5 jours à 7 heures par jour et 2 jours à 4 heures par jour la fin de semaine, 52 semaines par année) et ramené en ETP médecins (1 892 heures).

Pour les lits en soins intensifs, le nombre de lits a été divisé par 8, multiplié par 2 912 heures puis ramené en ETP médecins (1 892 heures).

Pour l'obstétrique, nous avons conservé la norme du nombre d'accouchements multiplié par 5 heures et ramené en ETP médecins (1 892 heures).

Pour la psychiatrie, le ratio est de 1 ETP médecin pour 100 lits lorsque les omnipraticiens ne s'occupent que des soins physiques. Si l'omnipraticien assume à la fois les soins physiques et les soins psychiatriques en soins de courte durée, le nombre de lits est divisé par 15, multiplié par 2 236 heures et ramené en ETP médecins (1 892 heures).

Pour les services régionaux, le ratio utilisé pour les centres de réadaptation est de 1 ETP médecin par 20 lits. Les services offerts pour les IVG furent comptabilisés. Pour les autres services, le nombre d'heures facturées à la RAMQ par les omnipraticiens relativement aux banques d'heures suivantes a été considéré après avoir été ramené en ETP médecins (1 892 heures) : santé publique, santé publique – CSST - prévention, coordinateur pré-hospitalier d'urgence, médecin – conseil - évaluation multidisciplinaire.

Concernant la CMR, le DRMG, le chef du DRMG et les chefs des services d'urgence, le nombre d'heures réclamées à la RAMQ par les omnipraticiens relativement aux banques d'heures allouées fut considéré uniquement et ramené en ETP médecins (1 892 heures).

Le **tableau 1** représente donc les besoins en effectifs médicaux en médecine générale par MRC et selon les activités exercées en première et deuxième ligne et au niveau des services régionaux, selon les critères retenus par le DRMG, reflétant davantage la réalité de notre territoire.

Le **tableau 2** représente les besoins en effectifs médicaux en médecine générale par MRC selon la grille d'analyse du comité de travail MSSS-FMOQ.

TABLEAU 1

BESOINS EN EFFECTIFS MÉDICAUX EN MÉDECINE GÉNÉRALE PAR MRC

ETP médecins/1 892 heures par an

<i>1^{re} ligne</i>	Îles	Haute-Gaspésie	Côte-de-Gaspé	Rocher-Percé	Bonaventure	Avignon	Total
Cabinet et CLSC (1/1000)	13,68	13,34	21,98	19,51	20,36	16,46	105,33
CHSLD 1 ETP/125 lits	0,58	0,74	----	0,89	0,6	1,17	3,98
UMF	----	----	1,55	----	----	----	1,55
Total	14,26	14,08	23,53	20,40	20,96	17,63	110,86
<i>2^e ligne</i>							
Urgence	4,6	4,6	13,8	4,6	4,6	4,6	36,80
Hospitalisation 1 ETP/15 lits	1,94	1,85	4,92	4,41	----	6,05	19,17
Gériatrie soins palliatifs 1 ETP/10 lits	0,47	0,47	0,47	0,59	----	0,47	2,47
Soins intensifs 1 ETP/8 lits	0,58	0,58	0,77	0,77	----	0,96	3,66
Obstétrique 5h/accouchement	0,21	0,16	0,36	0,34	----	0,40	1,47
Psychiatrie Ross	----	----	2,50	----	----	----	2,50
Psychiatrie, soins phys. seul. 1 ETP /100 lits	0,04	0,04	----	0,05	----	----	0,13
Psychiatrie, phys. et psych. 1 ETP/15 lits	----	----	----	----	----	0,71	0,71
Total	7,84	7,7	22,82	10,76	4,6	13,19	66,91
<i>Services régionaux</i>							
Toxico curatif		0,70					
IVG			0,48				
Santé publique			3,21				
Santé publique CSST- prévention			1,31				
Coord. préhos. d'urgence			0,57				
Médecin-conseil- Évaluation			1,13				
CMR-DRMG-Chef DRMG+urgence			1,94				
TOTAL		0,70	8,64				9,34
Grand Total	22,1	22,48	54,99	31,16	25,56	30,82	187,11

TABLEAU 2
BESOINS EN EFFECTIFS MÉDICAUX EN MÉDECINE GÉNÉRALE PAR MRC
(GRILLE MSSS-FMOQ)

ETP médecins/1 892 heures par an

<i>1^{re} ligne</i>	Îles	Haute-Gaspésie	Côte-de-Gaspé	Rocher-Percé	Bonaventure	Avignon	Total
Cabinet - CLSC (1/1500)	9,12	8,89	14,65	13,00	13,57	10,98	70,21
CHSLD 1 ETP/125 lits	0,58	0,74	----	0,89	0,6	1,17	3,98
UMF	----	----	1,55	----	----	----	1,55
Total	9,7	9,63	16,2	13,89	14,17	12,15	75,74
<i>2^e ligne</i>							
Urgence	4,6	4,6	13,8	4,6	4,6	4,6	36,80
Hospitalisation (1 ETP/17,5 lits)	1,67	1,58	4,22	3,78	----	5,19	16,44
Gériatrie soins palliatifs (1 ETP/12 lits),	0,40	0,40	0,40	0,49	----	0,40	2,09
Soins intensifs (1 ETP/8 lits)	0,58	0,58	0,77	0,77	----	0,96	3,66
Obstétrique 5 h/accouchement	0,21	0,16	0,36	0,34	----	0,40	1,47
Psychiatrie Ross	----	----	2,50	----	----	----	2,50
Psychiatrie, soins physiques (1 ETP/100 lits)	0,04	0,04	----	0,05	----	----	0,13
Psychiatrie, soins phys. et psych. (1 ETP/15 lits)	----	----	----	----	----	0,71	0,71
Total	7,50	7,36	22,05	10,03	4,6	12,26	63,80
<i>Services régionaux</i>							
Toxico curatif		0,70					
IVG			0,48				
Santé publique			2,21				
Santé publique CSST-prévention			1,31				
Coor. préhos. d'urgence			0,57				
Médecin-conseil-Évaluation			1,13				
CMR-DRMG-Chefs DRMG +urgence			1,94				
Total		0,70	7,64				8,34
Grand Total	17,2	17,69	45,89	23,92	18,77	24,41	147,88

Plan régional des effectifs médicaux en médecine générale
Région Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine

ÉTAT DE SITUATION DES EFFECTIFS MÉDICAUX SUR LE TERRITOIRE

Le **tableau 3** présente l'état de situation des effectifs médicaux en médecine générale dans chacune des MRC du territoire au 31 mars 2003. Ces effectifs le sont en nombre d'individus. Il nous reste à compléter la conversion de ce nombre d'individus en terme d'équivalent temps plein, soit un médecin travaillant 43 heures par semaine, et ce, 44 semaines par année.

Le tableau présente aussi l'évaluation des besoins identifiés en terme d'ETP médecin par MRC, suite à la démarche menée par le DRMG et le pourcentage d'atteinte des besoins identifiés en fonction des effectifs en place.

Si on émet l'hypothèse, aux fins de l'exercice, même si celle-ci s'avère probablement imparfaite, qu'un individu accomplit le travail d'un ETP médecin, les effectifs requis pour répondre aux besoins sont de 187 ETP médecins, alors que l'on retrouve sur le territoire 138 individus - médecins soit un taux d'atteinte régional de nos besoins en effectifs de 74 %.

TABLEAU 3

POURCENTAGE D'ATTEINTE (AU 31 MARS 2003) DU NOMBRE D'EFFECTIFS IDENTIFIÉS PAR TERRITOIRE DE MRC

MRC	En place au 31 mars 2003 (individus)	Besoins identifiés (ETP médecins)	Pourcentage d'atteinte
Îles	21	22,1	95 %
Haute-Gaspésie	13	22,48	58 %
Côte-de-Gaspé	38	54,99	69 %
Rocher-Percé	20	31,16	64 %
Bonaventure	12	25,56	47 %
Avignon	34	30,82	110 %
<i>Bonaventure-Avignon</i>	46	56,38	82 %
TOTAL GÎM	138	187,11	74 %

RÉPARTITION DE L'OBJECTIF DE CROISSANCE OCTROYÉ

Selon nos besoins identifiés pour l'ensemble du territoire, le nombre d'ETP médecins requis est de 187. En place au 31 mars 2003, 138 médecins individus s'y retrouvaient. En supposant une pleine atteinte de l'objectif de croissance de 17 omnipraticiens, nous devrions retrouver sur le territoire, au 31 décembre 2003, 155 médecins omnipraticiens. Sachant que ce nombre est loin de répondre à nos besoins identifiés, nous devons tenter de répartir cet objectif de croissance le plus équitablement possible. Au départ, il est décidé que chacune des MRC ait la capacité de recruter un effectif supplémentaire, et que, par la suite, la répartition des 11 qui restent se fasse à partir du pourcentage d'atteinte du nombre d'effectifs identifiés par territoire de MRC.

Concernant le territoire de la MRC d'Avignon, l'effectif supplémentaire devrait revenir au secteur Malauze Ouest étant donné la pénurie chronique vécue dans ce secteur.

Le **tableau 4** représente donc le résultat de cette répartition et constitue le plan régional des effectifs médicaux en médecine générale pour la phase transitoire du PREM 2004-2007 soit pour la période s'échelonnant du 1^{er} mai 2003 au 31 décembre 2003.

TABLEAU 4

PREM en médecine générale : phase transitoire du 1^{er} mai 2003 au 31 décembre 2003

MRC	ÉTABLISSEMENTS	En place au 31 mars 2003 (individus)	Besoins identifiés (ETP médecins)	Objectif de croissance	En place au 31 décembre 2003
Îles-de-la-Madeleine	CH de l'Archipel CLSC des Îles	21	22,1	1 = 1	22
Haute-Gaspésie	Centre de santé de La Haute-Gaspésie	13	22,48	1 + 3 = 4	17
Côte-de-Gaspé	CH de Gaspé CLSC Mer et Montagnes	38	54,99	1 + 2 = 3	41
Rocher-Percé	CH de Chandler CLSC-CHSLD Pabok	20	31,16	1 + 3 = 4	24
Bonaventure	CLSC-CHSLD Baie-des- Chaleurs	12	25,56	1 + 3 = 4	16
Avignon	CH Baie-des-Chaleurs CLSC Malauze	34	30,82	1 = 1	35
Total GÎM		138	187,11	17	155

ANNEXE 2

SPÉCIALITÉS MÉDICALES ET CHIRURGICALES :
FONCTIONS EXCLUSIVES

PLAN DE PRÉSENTATION

- 1- POURQUOI UNE DÉMARCHE C.H.R.
- 2- HUIT FONCTIONS ASSOCIÉES, DÉCOUPÉES ET MESURABLES.
- 3- DÉFINITION CONSÉQUENTE.
- 4- CRITÈRES PERTINENTS – INDICATEURS RELATIFS.
- 5- MOYENS REQUIS – IMPLICATIONS EN DÉCOULANT.

LE POURQUOI

- 1- UN « *NO MAN'S LAND* » ENTRE DEUX « VEDETTES ».
- 2- UN TERME AYANT UN « EFFET DE SENS ».
- 3- UN NIVEAU RÉGIONAL SYSTÉMATIQUEMENT ÉVOQUÉ.
- 4- UN NIVEAU INTERMÉDIAIRE ET UN RÔLE D'INTERMÉDIAIRE.
- 5- DISTINGUER RÔLE UNIQUE ET SITE UNIQUE.
- 6- DES VARIABLES CONTRÔLÉES CENTRALEMENT.

8 FONCTIONS

- 1- MANDATS SPÉCIFIQUES ET PORTIONS DE SPÉCIALITÉS.
- 2- COHÉRENCE DE L'AMALGAME.
- 3- MAIN D'ŒUVRE CONSÉQUENTE.
- 4- LE CAS ÉCHÉANT, TECHNOLOGIE REQUISE.
- 5- QUALITÉ DE LA DISPENSATION (7 piliers: efficacité idéale et réelle, efficience, optimalité, acceptabilité, légitimité, équité).
- 6- RÔLE TENU DANS LA HIÉRARCHISATION.
- 7- ATTENTES ENVERS LA DEMANDE TERRITORIALE.

8 FONCTIONS ET UNE MAJEURE

- 1- MANDATS/SPÉCIALITÉS: EXCLUSIFS, variés/multiples.
- 2- COHÉRENCE: AMALGAMER, soutenir/communiquer.
- 3- MAIN D'ŒUVRE: REGROUPER, attirer/former/garder.
- 4-TECHNOLOGIE REQUISE: DISPOSER, fournir/entretenir.
- 5- QUALITÉ: PERCEPTION/RECONNAISSANCE LOCALE, formelle.
- 6- HIÉRARCHISATION: INTERMÉDIAIRE, leadership clinique/implication.
- 7- DEMANDE DU TERRITOIRE: RETENIR, orienter/retourner.

FONCTION 1, 2 et 3: SPÉCIALITÉS, COHÉRENCE ET MAIN D'OEUVRE

- « On reconnaît un centre hospitalier régional (CHR) du fait qu'il a une responsabilité régionale exclusive sur des mandats spécifiques et des champs de spécialités variés et multiples.
- ...L'ensemble constitue un amalgame reconnu cohérent. Le CHR peut alors exercer l'important rôle de soutien clinique aux CSSS collaborant avec lui. Une communication mutuelle régulière en assure l'efficacité.
- ...Le CHR se distingue par une masse critique de main d'œuvre spécialisée, médicale et non médicale. Il est à même d'attirer, de continuer à former et de retenir ses ressources humaines par des incitatifs aussi bien économiques que non économiques

FONCTION 4, 5 et 6: TECHNOLOGIE, QUALITÉ ET HIÉRARCHISATION

- ... Lorsque requis, en quantité comme en qualité le CHR dispose de la technologie reconnue requise pour fournir le soutien aux entités locales ou le service direct aux usagers....
- ...La qualité de sa dispensation de services hospitaliers régionaux se traduit dans des indicateurs validés et est formellement sanctionnée par les organisations les plus crédibles. Cette qualité de dispensation est perçue et reconnue par ses CSSS, les cabinets et la clientèle.
- ... De ce fait, le leadership du CHR et son implication dans l'organisation clinique permettent de concrétiser la hiérarchisation dans la dispensation et l'accès...

FONCTION 7 et 8: DEMANDE ET UNIVERSITAIRE

- ...La rétention de la clientèle témoigne de son succès. Dès que cliniquement pertinent, il est à même de retourner les usagers aux CSSS, avec lesquels il collabore, ou au besoin d'orienter vers les centres universitaires avec qui il a établi des corridors de service. Il respecte les désignations spécifiques, dont au premier chef son RUIS d'appartenance.
- Sa participation aux recherches cliniques et à l'enseignement, en particulier sous forme de stages, contribue à la reconnaissance de son excellence et contribue à maintenir un milieu stimulant et attirant.»

ENSEMBLE DE LA DÉFINITION

- « On reconnaît un centre hospitalier régional (CHR) du fait qu'il a une responsabilité régionale exclusive sur des mandats spécifiques et des champs de spécialités variés et multiples. L'ensemble constitue un amalgame reconnu cohérent. Le CHR peut alors exercer l'important rôle de soutien clinique aux CSSS collaborant avec lui. Une communication mutuelle régulière en assure l'efficacité.
- Le CHR se distingue par une masse critique de main d'œuvre spécialisée, médicale et non médicale. Il est à même d'attirer, de continuer à former et de retenir ses ressources humaines par des incitatifs aussi bien économiques que non économiques. Lorsque requis, en quantité comme en qualité, le CHR dispose de la technologie reconnue requise pour fournir le soutien aux entités locales ou le service direct aux usagers.
- La qualité de sa dispensation de services hospitaliers régionaux se traduit dans des indicateurs validés et est formellement sanctionnée par les organisations les plus crédibles. Cette qualité de dispensation est perçue et reconnue par ses CSSS, les cabinets et la clientèle. De ce fait, le leadership du CHR et son implication dans l'organisation clinique permettent de concrétiser la hiérarchisation dans la dispensation et l'accès. La rétention de la clientèle témoigne de son succès. Dès que cliniquement pertinent, il est à même de retourner les usagers aux CSSS, avec lesquels il collabore, ou au besoin d'orienter vers les centres universitaires avec qui il a établi des corridors de service. Il respecte les désignations spécifiques, dont au premier chef son RUIS d'appartenance. Sa participation aux recherches cliniques et à l'enseignement, en particulier sous forme de stages, contribue à la reconnaissance de son excellence et contribue à maintenir un milieu stimulant et attirant.»

CRITÈRES, DÉFINITION

- J'utilise le terme critère pour désigner une composante ou un aspect ayant un rapport avec la qualité. Un critère peut porter soit sur la structure (ex. formation), soit sur les processus (ex. protocole suivi), soit sur des résultats négatifs ou de santé (ex. complications, qualité de vie).
- *« I shall take « criterion » to mean a component or aspect on the structure of health care system, or of the process or outcomes of care, that has a bearing on the quality of care »p99 Quality Review Bulletin, A, Donabedian 1986.*
- Standard = spécification quantitative du critère.
- Norme = sens général de ce qui est bon/souhaitable d'un critère.

CRITÈRES

- 1- MASSE CRITIQUE.
- 2- POSITION GÉOGRAPHIQUE.
- 3- FILET DE LIENS.
- 4- MANDATS, AMALGAME COHÉRENT ET PORTION DE SPÉCIALITÉS.
- 5- COMPLEXITÉ DES CAS ET DES PRATIQUES.
- 6- CAPACITÉ DE QUALIFICATIONS.
- 7- 7 PILIERS: efficacité idéale (expérience) et réelle (quotidienne),
efficience, optimalité, acceptabilité (patient), légitimité (social), équité.

INDICATEUR, DÉFINITION

- ...L'INDICATEUR EST UNE MESURE DONT LES VALEURS SONT UTILISÉES COMME **POINT DE REPÈRE** DANS L'APPRÉCIATION DE L'ÉTAT OU DE L'ÉVOLUTION D'UN PHÉNOMÈNE...
- ...**Un indicateur donne une...indication,**
- Dans tous les cas, un modèle conceptuel, même non explicité, sous-tend la définition puis l'utilisation d'indicateurs.
- ...un indicateur ne traduit qu'une portion de la réalité étudiée.... L'utilisation de plusieurs indicateurs est essentielle.

INDICATEURS.

- 1- CAPACITÉ DE REPÉRER X ENTENTES.
- 2- BENCHMARK: ÉQUIPEMENT, RATIO, VOLUMES, FORMATION.
- 3- ACCRÉDITATION, ATMOSPHÈRE DE TRAVAIL.
- 4- DONNÉES COMPARATIVES (COÛTS, QUALITÉ)
- 5- MOUVEMENTS DE CLIENTÈLE POUR CES SERVICES.
- 6- SATISFACTION DES CABINETS, CSSS ET CHU-CHA-INSTITUT DU RUIS, ET INVERSE.
- 7- PERTINENCE RÉFÉRENCES, DÉLAIS, RETOUR (BED BLOCKING).

MOYENS

- 1- PREM ADAPTÉ.
- 2- TECHNOLOGIE DÉVOLUE.
- 3- BUDGET ALLOUÉ, SPÉCIFIQUE ET IDENTIFIABLE.
- 4- ENTENTES ET LIENS INFORMATIQUES, DONT LA TÉLÉMÉDECINE.
- 5- CAPACITÉ DE GÉRER, STABILITÉ PERSONNEL MÉDICAL OU NON.
- 6- CONFIANCE MUTUELLE POUR CRÉER/GARDER DES ÉQUIPES.
- 7- INCITATIFS NON ÉCONOMIQUES AUX DISPENSATEURS.

IMPLICATIONS

- 1- ORGANISATION INTERNE SPÉCIFIQUE DU CH, COMMUNICATIONS AVEC CSSS ET RECHERCHE EXTERNE D'UNE SANCTION.
- 2- ENGAGEMENTS EN CHR DES MÉDECINS (RESPONSABILISATION/PRIVILÈGES/OBLIGATIONS).
- 3- SOUTIEN DE L'AGENCE (ARBITRAGE, ALLOCATION).
- 4- SOUTIEN DU MSSS ET DES RUIS (SYS INFO, RESSOURCES DIVERSES, « BACK UP »).
- 5- AJUSTEMENT DES CESS (ATTENTES RÉALISTES, RECONNAISSANCE DU/PAR CHR).
- 6- POSITIONNEMENT DES CABINETS (DRMG, DRMS, ACCÈS AU SOUTIEN, RÉPONDANT EN CESS, APPARTENANCE À UN RÉSEAU).

ANNEXE 3

LISTE DES RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS

Recommandation 1 - Que les six objectifs proposés soient retenus comme assise fondamentale du projet médical régional.

Recommandation 2 - Nous recommandons qu'un registre régional soit constitué et tenu à jour, afin de rendre disponibles tous les programmes développés par les établissements, et qu'une mise en commun se fasse non seulement par souci de solidarité, mais aussi de complémentarité intrarégionale.

Recommandation 3 - Que l'Agence favorise et continue le déploiement de la technologie SCIAD sur tout le territoire desservi par celle-ci.

Recommandation 4 - Que l'Agence demande le déploiement prioritaire du système PACS pour la région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.

Recommandation 5 - Que le logiciel de pharmacie, retenu dans les CSSS, réponde au besoin de chacun des établissements, ainsi qu'à la nécessité de communication électronique entre établissements publics et publics privés dans le cadre du projet du dossier patient électronique (DES).

Recommandation 6 - Que l'Agence s'inscrive dans le déploiement éventuel du programme SIGDU, et ce, avant le 31 mars 2007.

Recommandation 7 - Que l'Agence favorise l'installation d'un réseau organisé de continuité de services en médecine familiale.

Recommandation 8 - Que l'Agence facilite, sur tout le territoire, la prise en charge des patients par un médecin de famille, afin que toutes les listes d'attente, à ce propos, disparaissent. Un comité ad hoc, à ce sujet, sera créé, en collaboration avec le DRMG, afin de trouver des solutions réalistes à court et à moyen terme.

Recommandation 9 - Que l'Agence trace le portrait des corridors de service intra et extrarégionaux.

Recommandation 10 - Que l'Agence instaure toutes les mesures incitatives qui favoriseront l'optimisation des ressources intra régionales en médecine spécialisée.

Recommandation 11 - Afin de favoriser l'autonomie régionale, d'optimiser les services médicaux spécialisés disponibles dans la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, ainsi que favoriser l'accessibilité des services sur tout le territoire, que l'Agence procède à la révision de la *Politique régionale de déplacement des usagers* et apporte les modifications nécessaires, pour ce faire.

Recommandation 12 - Que l'Agence consolide les spécialités précédentes dans leur localisation; elle reconnait le bien-fondé de celles-ci.

Recommandation 13 - Que l'Agence procède à l'évaluation des services en pédopsychiatrie, offerts par le CSSS de La Côte-de-Gaspé et fasse les recommandations nécessaires afin de répondre aux besoins de la population de toute la région; les directions concernées soient la Direction des services sociaux et communautaires et la Direction des affaires médicales et de santé physique devraient être associées à ce processus.

Recommandation 14 - L'Agence reconnaît l'expertise développée dans les services suivants: la clinique de la douleur et le service d'anatomopathologie offerts par le CSSS de La Côte-de-Gaspé, ainsi que le service de biochimie du CSSS du Rocher-Percé. Ces services, bien que non planifiés, constituent une richesse régionale.

Recommandation 15 - Que l'Agence, après consultation, adopte un projet d'organisation de services en hémodialyse et transmette les besoins financiers nécessaires à son déploiement, au MSSS.

Recommandation 16 - Que l'Agence prépare et adopte un plan régional pour les soins palliatifs, conformément aux orientations ministérielles.

Recommandation 17 - Que l'Agence et les CSSS de la région étudient la possibilité de mettre sur pied un comité d'éthique régional ou suprarégional avec les principaux acteurs composant le RUIS-UL.

Recommandation 18 - Que l'Agence établisse, par consensus, des cibles à atteindre pour les examens identifiés.

Recommandation 19 - Que l'Agence procède à cette mise à jour, afin de répondre adéquatement aux besoins des femmes de notre territoire; lors de cet exercice, qu'on s'interroge sur la pertinence de transférer ce programme à la Direction des affaires médicales et de santé physique.

Recommandation 20 - Que l'Agence ajuste le plan d'effectifs médicaux en pédiatrie, afin de conserver trois pôles d'expertise dans ce domaine, dans les CSSS de la Baie-des-Chaleurs, de La Côte-de-Gaspé et du Rocher-Percé, tout en assurant une couverture mutuelle de la garde, en identifiant 1 poste à Gaspé, 1 au Rocher-Percé et 2 à la Baie-des-Chaleurs.

Recommandation 21 - Que l'Agence favorise une meilleure complémentarité entre l'ophtalmologie et l'optométrie en encourageant tout projet novateur qui aura cet objectif.

**Agence de la santé
et des services sociaux
de la Gaspésie –
Îles-de-la-Madeleine**

Québec

