

PROJET



Clinique

Services GÉNÉRAUX

Activités cliniques  
et d'aide



# BALISES RÉGIONALES

.....

Services **GÉNÉRAUX**  
Activités cliniques  
et d'aide

.....



## BALISES RÉGIONALES

---

Services **GÉNÉRAUX**  
Activités cliniques  
et d'aide



*Merci à tous ceux qui ont contribué à l'élaboration et l'écriture de ce document, particulièrement à Pierre Carrier, Jano Gignac, ainsi qu'aux membres de la CMR et du DRMG qui ont accepté de commenter ce programme-services. Merci également à Louise Paré pour sa précieuse collaboration dans la réalisation de la partie Santé publique. Merci à Lucie Pelchat, France Dion, Louise Fortin et Chantal Simard pour leur participation à la relecture.*

© Agence de santé et de services sociaux Chaudière-Appalaches, 2005.

Réalisation : France Boivin

Dactylographie, mise en page : Nathalie Jouanneau

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

ISBN :  2-89548-282-9 (version imprimée)  
 2-89548-281-0 (version PDF)

Dépôt légal :  Bibliothèque nationale du Canada, 2005  
 Bibliothèque nationale du Québec, 2005

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

*Selon l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), le genre féminin infirmière est utilisé pour désigner le genre masculin infirmier.*

# Table des matières

|                                              |           |
|----------------------------------------------|-----------|
| <b>PRÉAMBULE</b>                             | <b>2</b>  |
| <b>MODÈLE D'ORGANISATION DE SERVICES</b>     | <b>4</b>  |
| <b>DONNÉES SOCIO SANITAIRES</b>              | <b>5</b>  |
| <b>CONSTATS ET ENJEUX</b>                    | <b>6</b>  |
| Accueil/information/orientation et référence | 6         |
| Soins infirmiers courants                    | 6         |
| Services de soutien diagnostique             | 7         |
| Services de biologie médicale                | 7         |
| Services professionnels                      | 9         |
| Consultations psychosociales                 | 9         |
| Consultation psychologique                   | 10        |
| Consultations médicales                      | 10        |
| Consultation de la CMR et du DRMG            | 12        |
| <b>OBJECTIFS ET PLANS D'ACTION</b>           | <b>13</b> |
| <b>COMITÉ D'EXPERTS</b>                      | <b>14</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE</b>                         | <b>15</b> |
| <b>ANNEXE</b>                                | <b>16</b> |

C'est au début des années 70 que les centres locaux de services communautaires (CLSC) ont vu le jour au Québec. Ces derniers avaient comme mission « *d'offrir en 1<sup>re</sup> ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion<sup>1</sup>* ». Ils devenaient ainsi, avec les cliniques médicales, l'accès principal au réseau de santé et de services sociaux.

Bien que la mise en place des CLSC ait été complétée au milieu des années 1980, force nous est de constater que l'offre de service qu'ils dispensent encore aujourd'hui comporte des disparités importantes qui fait en sorte que l'utilisation de leurs services n'a pas atteint le niveau recherché et que la population continue d'utiliser les services spécialisés de 2<sup>e</sup> et de 3<sup>e</sup> ligne créant des problèmes d'engorgement alors qu'il y a sous-utilisation des services de 1<sup>re</sup> ligne. Chaudière-Appalaches ne fait pas exception à la règle.

Harvey (2000) proposait dans son document intitulé « Plan d'organisation des services courants et ambulatoires des CLSC de la région 12 »<sup>2</sup> plusieurs mesures de consolidation des services généraux dispensés dans la région de la Chaudière-Appalaches. Citons à titres d'exemples : la consolidation du service Info-Santé, une utilisation accrue des CLSC pour les activités de préhospitalisation chirurgicale, une accessibilité selon des plages horaires élargies aux services psychosociaux, aux services médicaux et infirmiers avec et sans rendez-vous de même que le développement de services de nutrition, de réadaptation et de support diagnostique. Il y était également mentionnée la nécessité de mettre en place un modèle d'organisation de services médicaux hiérarchisé, composé d'un pallier local qui répond à 80 % des besoins de la population et d'un pallier régional qui interpelle une infrastructure et une concentration de ressources plus spécialisées. L'intégration des interventions en promotion et prévention dans le quotidien des intervenants de santé physique apparaissait aussi comme un moyen d'améliorer la santé et le bien-être de la population desservie.

En décembre 2003, l'adoption du projet de loi 25 par l'Assemblée nationale vient, d'une part, confirmer l'importance d'assurer à la population québécoise l'accès à une large gamme de services de 1<sup>re</sup> ligne au sein de réseaux locaux de services et, d'autre part, préciser que la coordination de ces services doit être assumée par le CSSS. L'offre de service sera rendue disponible en collaboration avec différents partenaires dont les médecins, les organismes communautaires, les autres partenaires sectoriels tels les centres de réadaptation et *Les centres jeunesse*, auxquels s'ajoutent des partenaires intersectoriels.

Les services de 1<sup>re</sup> ligne sont « un ensemble de services de nature préventive, curative, de réadaptation, palliative ou de soins de fin de vie et de soutien qui s'appuient sur une infrastructure légère, des compétences professionnelles générales et diversifiées ainsi que des techniques courantes d'intervention. Ces services permettent de prévenir, de résoudre ou de réduire la majorité des problèmes sociaux et de santé courants vécus par l'ensemble de la population et par certaines clientèles vulnérables ou particulières<sup>3</sup> ». Ils regroupent deux types de services, soit les services généraux et les services spécifiques.

Les services généraux s'adressent à l'ensemble de la population et devraient être la principale porte d'entrée dans le système de soins et de services sociaux. Ils répondent à un besoin de maintien ou d'amélioration de la santé et du bien-être ou encore à des problèmes ponctuels, qui peuvent aussi être de nature aiguë et réversible. Les services généraux incluent des activités de santé publique qui

<sup>1</sup> MSSS, *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2.

<sup>2</sup> Harvey, Pierre, *Plan d'organisation des services courants et ambulatoires des CLSC de la région de la Chaudière-Appalaches*, décembre 2000

<sup>3</sup> MSSS, *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*, septembre 2004, p.5

s'inscrivent dans une approche populationnelle de même que des activités cliniques et d'aide qui supposent une réponse à des besoins individuels.<sup>4</sup> Le présent document s'intéressera particulièrement à cette catégorie d'activités que sont les activités cliniques et d'aide qui répondent à l'ensemble des besoins des personnes vivant une situation particulière momentanée.

Les services généraux visent surtout à « traiter » la personne, à stabiliser son état ou à réduire les conséquences. Conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS), ils sont accessibles à l'ensemble de la population sans distinction et sans exclusion de clientèle et sans que l'accès aux services ne soit assujéti à la résidence sur le territoire de référence. La seule exception a trait au lieu de prestation de service. Lorsque ceux-ci seront offerts au domicile de la personne ou dans un milieu de vie substitut, la résidence sur le territoire de référence constituera une condition d'accès aux services.<sup>5</sup>

La consolidation des services de 1<sup>e</sup> ligne par le développement des GMF, par l'harmonisation des services généraux en CSSS de même que par une meilleure coordination entre les services médicaux, les services généraux et les services d'urgence est identifiée aujourd'hui comme une préoccupation ministérielle. Leur mise en œuvre permettra d'accroître la confiance de la population envers les services de 1<sup>e</sup> ligne et en favorisera l'utilisation. Elle permettra aussi de diminuer le recours non requis aux services d'urgence et à l'hospitalisation.

L'élaboration des balises régionales du *programme-services services généraux : activités cliniques et d'aide* prend appui sur de nombreux documents parus dans la région comme le « Plan d'organisation des services courants et ambulatoires des CLSC de la région de la Chaudière-Appalaches (Harvey, 2000) », le document de travail « Organisation des services d'urgence et des points de service du réseau d'accessibilité aux services médicaux de 1<sup>e</sup> ligne (adopté par le DRMG, février 2004) » de même que sur un ensemble de documents ministériels et de publications du Collège des médecins du Québec. Elle prend en compte les résultats des travaux réalisés au cours des derniers mois avec le comité d'experts cliniques de même que les résultats de la consultation et des rencontres effectuées avec la Commission médicale régionale (CMR) et le Département régional de médecine générale (DRMG). Elle s'inscrit dans un processus évolutif qui conduira, à court terme, à la mise en place d'actions structurantes qui auront un impact direct sur l'accessibilité et la continuité des services et, dans un deuxième temps, à la révision de l'offre de service hospitalier de 2<sup>e</sup> et de 3<sup>e</sup> ligne en santé physique et en santé mentale, pour la région de la Chaudière-Appalaches, dont le modèle a été adopté en juin 2003.

Comme pour l'ensemble des programmes-services, les balises régionales *services généraux : activités cliniques et d'aide* se veulent un guide pour l'élaboration des projets cliniques par les CSSS. Elles portent successivement un regard sur le modèle actuel d'organisation de services et, compte tenu des besoins identifiés de la population régionale, dégagent un certain nombre de constats et d'enjeux qui donneront place à un plan d'action régional qui devra être pris en compte par chacun des CSSS lors des travaux locaux.

L'Agence réitère également sa volonté que les travaux soient réalisés dans chacun des territoires en collaboration avec ces partenaires majeurs que sont les médecins qui travaillent en GMF, en cabinets ou en cliniques médicales. Une accessibilité améliorée aux services médicaux ne sera rendue possible qu'à travers un véritable partenariat avec l'ensemble des médecins du territoire.

<sup>4</sup> Ibid, p.5

<sup>5</sup> Ibid, p. 9



## ...Modèle d'organisation de services

Les CSSS de la région Chaudière-Appalaches dispensent des services généraux à partir de 11 sites physiques principaux (anciens CLSC) auxquels s'ajoutent de nombreux points de services ou points de chutes disséminés sur l'ensemble du territoire. La gamme des services généraux actuellement disponibles dans tous les CSSS, à intensité variable cependant d'un établissement à l'autre, comprend des services psychosociaux, des services médicaux, des services infirmiers, des services de santé publique et des services diagnostiques. Certains CSSS ont développé des services de réadaptation, soit la physiothérapie, et à une moins grande échelle, l'ergothérapie, l'orthophonie, des services de nutrition, d'inhalothérapie, des services pharmaceutiques et des cliniques spécifiques. Tous possèdent un service d'accueil/évaluation et orientation dont le fonctionnement diffère largement d'un milieu à l'autre.

La dernière année a vu naître la centralisation dans la région du service *Info-Santé* dont la gestion a été confiée au CSSS de Beauce. Les services d'*Urgence-Détresse* sont disponibles via une infrastructure connexe à celle d'*Info-Santé* sur une base de 64 heures par semaine. Pour assurer l'intervention sur place lorsque requis, le service régional *Urgence-Détresse* est complété par un service de garde psychosociale mise en place dans chacun des CSSS.

Au chapitre des activités de santé publique, plusieurs activités prévues dans le cadre des services généraux selon la nomenclature proposée par le MSSS sont, à ce jour, dispensées par des intervenants rattachés aux programmes spécifiques, principalement *jeunes en difficulté* et *personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement*. Seules les activités de vaccination, de prévention et de dépistage du VIH/sida, du virus de l'hépatite C et des infections transmises sexuellement, de prévention des maladies infectieuses de même que les interventions en matière de santé publique en cas d'urgence et de sinistre sont dispensées dans l'ensemble des services généraux. Les activités de prévention et de promotion en milieu de travail sont regroupées dans quatre CSSS gestionnaires du programme.

Le CSSS du Grand Littoral opère une maison de naissances, la Maison Mimosa, où les femmes qui le souhaitent peuvent obtenir un suivi complet de maternité. Ce service est disponible à la fois pour la clientèle de la région 03 et celle de la région 12. Il est offert selon un modèle concentré et la proportion de la clientèle de Chaudière-Appalaches desservie par la maison de naissances atteint à peine 45 %. Mis à part quelques liens avec les équipes de périnatalité des secteurs Desjardins et Chutes-Chaudière, ce service est peu intégré au continuum dans l'ensemble de la région.

À ce réseau public s'ajoutent 10 groupes de médecine de famille dont 8 sont situés sur le territoire du Grand Littoral. La région comptait en 2004, 92 cliniques médicales réparties comme suit : 23 sur le territoire du CSSS de Beauce, 14 sur celui du CSSS de Thetford, 9 dans le secteur Montmagny-L'Islet, 43 sur le Grand Littoral et 3 sur le territoire du CSSS des Etchemins. Un total de 46,23 médecins omnipraticiens en équivalent temps complet (ETC) dispensaient des services dans les territoires de Montmagny-L'Islet à une population de 42 749 personnes. Sur le Grand Littoral, pour une population de 222 048 personnes, les services médicaux étaient offerts par 171,19 MD omnipraticiens ETC. Sur le territoire de Thetford, on retrouvait 43,9 ETC pour une population de 43 312 personnes. Dans les Etchemins, il y avait 9,11 ETC pour une population de 17 687 et sur le territoire de Beauce de 79,99 ETC pour une population de 68 443 personnes. Selon les fichiers de la RAMQ, au 31 mars 2004, les territoires de Desjardins (1,38), de Montmagny (1,18) et de Thetford (1,02) atteignaient l'indice d'autosuffisance. Les territoires où cet indice est le plus faible sont Etchemins (0,52) et Bellechasse (0,57)<sup>6</sup>.

Quatre urgences hospitalières (CSSS Beauce, Thetford, Montmagny-L'Islet et CHAU Hôtel-Dieu de Lévis), deux urgences de 1<sup>er</sup> ligne (CSSS Montmagny-L'Islet et CSSS Grand Littoral) et six gardes médicales viennent compléter les lieux de dispensation des services médicaux.

<sup>6</sup> Source : fichier RAMQ, avril 2004. Des données complémentaires sont disponibles dans les tableaux insérés à l'Annexe 1



## Données sociosanitaires

Les informations qui suivent proviennent du *Portrait de la population des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la région de la Chaudière-Appalaches*, <http://www.santecom.qc.ca>.

Quelques données plus probantes :

- Évolution des populations de 1992 à 2012 : des populations en croissance pour la région de Beauce (3,3 %) et du Grand littoral (3,3 %) et en décroissance pour Montmagny-L'Islet (- 2,9 %), Etchemins (- 2,2 %) et Thetford (- 4,2 %) ;
- Une décroissance régionale du nombre de jeunes (- 9,3 %), décroissance plus marquée dans les régions de Montmagny-L'Islet (- 17,7 %), Thetford (- 13,3%) et Etchemins (- 12,8 %) ;
- Une croissance du nombre d'aînés dans la région (26,5 %) et dans chacun des réseaux Montmagny-L'Islet (18,3 %), Grand Littoral (33,9 %), Beauce (25,8 %), Etchemins (13,3 %) et Thetford (17,3 %) ;
- Une hausse constante, depuis 1997, du nombre et du taux de prise en charge pour négligence par la DPJ (N : 430, Tx pour 1 000 : 5,0 en 2001) ;
- Une hausse depuis 1998 du nombre et du taux de prise en charge pour troubles de comportement. Par la DPJ (N; 251, Tx pour 1 000 : 2,9 en 2001) ;
- Selon l'indice de consommation d'alcool et de drogues, une consommation problématique semblable dans la région et au Québec, problématique plus marquée pour la CS des Navigateurs ;
- En 2000, la région avait une proportion moins grande de personnes de 18-64 ans vivant sous le seuil du faible revenu qu'ailleurs au Québec (CA 12,7%, Qc 19,1 %) ;
- En 2001, un taux de chômage moins grand dans la région chez les plus de 15 ans qu'au Québec (CA 6,1 %, Qc 8,2 %) ;
- En 2001, chez les 18-34 ans, la 1<sup>e</sup> cause de décès est les accidents de transport impliquant un véhicule à moteur (37,8 %) ; chez les 35-49 ans, les tumeurs (35 %) ; chez les 50-64 ans, les tumeurs (50,3 %) ; chez les 65-74 ans, les tumeurs (41,3 %) ; chez les 75 ans et plus, les maladies de l'appareil circulatoire (38 %).

### **Accueil/information/orientation et référence**

Il semble persister, dans certains milieux, une confusion sur le rôle du service d'accueil. Ce service reçoit et répond aux demandes d'information, de prise de rendez-vous sur place ou par téléphone de même que des références personnalisées vers les services ou les ressources appropriées du milieu. Ce service est le premier contact de l'utilisateur avec le CSSS.

La mise en place des CSSS pose un défi de taille aux nouvelles organisations, soit celui de rendre accessible à leur population un guichet centralisé pour l'accès aux services. Ce guichet d'accès aux services offerts par le CSSS pourra prendre différentes formes selon le modèle d'organisation de chacun des réseaux locaux. Il devra permettre à l'utilisateur de minimiser le nombre de démarches nécessaires pour accéder aux services que requiert son état. De plus, une procédure d'accès privilégié devra être rendue disponible aux médecins omnipraticiens de même qu'aux médecins spécialistes afin de faciliter l'arrimage avec les différents services ou ressources disponibles dans le CSSS.

Une formation adéquate et continue offerte au personnel de l'accueil, la clarification des trajectoires de services à l'intérieur et avec les partenaires, la révision des outils de référence et leur informatisation, des mécanismes efficaces et simplifiés de partage d'information, l'identification d'un intervenant responsable d'assurer les liens avec les médecins des GMF et des cliniques médicales impliqués dans le réseau d'accessibilité apparaissent comme des moyens efficaces pour atteindre l'objectif.

### **Soins infirmiers courants**

Les soins infirmiers courants sont disponibles dans tous les CSSS selon des plages horaires variables et selon des modalités différentes d'un territoire à l'autre. La mise en place du projet clinique par les CSSS devra faire en sorte que ces services soient accessibles avec et sans rendez-vous, avec et sans référence, dans au moins un point de service du territoire, de 8h à 21h en semaine et de 8h à 16h les fins de semaine. La révision des modes de dispensation de service pourrait être l'occasion d'expérimenter de nouvelles façons d'offrir les services de soins infirmiers courants, notamment par la déconcentration du personnel infirmier dans les cliniques médicales où les médecins sont impliqués dans le réseau d'accessibilité. Cette présence infirmière pourrait permettre d'assurer un suivi amélioré de la clientèle atteinte de maladies chroniques ce qui aurait comme impact de réduire la nécessité, pour cette clientèle, de consulter son médecin. De plus, elle pourrait s'avérer un support important au réseau d'accessibilité en plus d'assurer un rôle de coordination des services requis pour un usager donné et de liaison avec le CSSS et les autres partenaires. Depuis déjà quelques années, une expérience de ce type, menée dans la région de Québec, a donné des résultats probants.

L'adoption de la loi 90 ouvre la porte à l'élargissement du rôle autonome de l'infirmière, rôle qui devra être maximisé dans un contexte de rareté de ressources. Certains protocoles cliniques auraient avantage à être harmonisés dans la région. Citons, à titre d'exemples, les protocoles liés à l'administration d'antibiothérapie par voie intraveineuse, à l'anticoagulothérapie de même que les protocoles d'administration des médicaments antinéoplasiques. La nécessité de développer des programmes d'enseignement propres aux personnes atteintes de maladies chroniques telles que l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), le diabète et l'hypertension artérielle n'est plus à démontrer. Le déploiement d'un programme de soins de plaies à l'intention de la clientèle ambulatoire, hospitalisée ou hébergée aurait aussi avantage à être documentée compte tenu des ressources importantes qui y sont consenties et de l'impact connu de ces programmes sur l'utilisation des services médicaux et hospitaliers de même que sur la qualité du suivi.

La Loi 90 permet également la révision des rôles joués par d'autres professionnels (pharmaciens, inhalothérapeutes, diététistes, physiothérapeutes...). La contribution de tous ces professionnels devra être optimisée afin d'assurer le succès du virage qui s'amorce.

### **Services de soutien diagnostique**

Le nombre de demandes de prélèvements sanguins est en croissance constante depuis quelques années. Le vieillissement de la population, de nouveaux consensus pour le suivi de problématiques particulières, des services mieux connus et une population mieux informée sont les principales causes explicatives, selon les médecins rencontrés. L'accessibilité aux services de prélèvements et d'imagerie numérique n'a pas suivi l'évolution de la demande. Elle varie d'un territoire à l'autre. Les périodes d'attente sont souvent importantes et les délais de transmission des résultats aux médecins traitant, particulièrement ceux œuvrant en cliniques privées de même que pour les médecins des GMF du Grand Littoral, sont jugés trop longs. De plus, l'accès à certains services diagnostiques plus spécialisés constitue, pour la plupart des médecins omnipraticiens, une problématique majeure.

La mise en place des projets cliniques par les CSSS devra permettre de trouver des réponses aux problèmes énoncés. En conformité avec l'offre de services généraux préconisée par le MSSS, l'accessibilité aux services de prélèvements et d'imagerie numérique devra être concrétisée dans un délai maximal de deux semaines. Les délais de transmission des résultats devraient se faire « dans la même journée » pour un examen urgent dont l'analyse ou la lecture (dans le cas de l'imagerie numérique) est faite le même jour et au plus tard une semaine après pour les examens non urgents. Un accès informatisé dans l'ensemble des GMF, dans un premier temps, puis dans les cliniques médicales est un pré-requis. L'amélioration de l'accès aux services diagnostiques plus spécialisés devra faire l'objet de travaux complémentaires sous la responsabilité de l'Agence. Chaque CSSS devra prévoir un accès aux services de laboratoire et d'imagerie numérique, en horaire défavorable soit de soir en semaine et de jour les fins de semaine, sans passage par l'urgence, aux clientèles en provenance des GMF de même que des médecins des cliniques médicales.

Des travaux en rapport à la pertinence des analyses, dans une optique d'optimisation des ressources, sont actuellement en cours au MSSS. Les résultats devraient être connus sous peu.

### **SERVICES DE BIOLOGIE MÉDICALE**

Le document « *Organisation territoriale des services de biologie médicale* »<sup>7</sup> paru en juin 2005 définit ainsi le modèle d'organisation territoriale des services de biologie médicale :

*« Dans la suite logique des travaux ministériels sur la hiérarchisation des services et sur la mise en place des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), cinq profils sont retenus pour définir les laboratoires de biologie médicale : communautaire et local pour la 1<sup>e</sup> ligne ; régional pour la 2<sup>e</sup> ligne ; suprarégional et provincial pour la 3<sup>e</sup> ligne. (p.8)*

*La 1<sup>e</sup> ligne comprend le profil communautaire et local. Le profil communautaire se situe dans un CSSS ne possédant pas une mission hospitalière. Le profil communautaire se définit par des services composés principalement d'une gamme d'analyses locales court terme (de nature urgente) adaptée aux besoins cliniques de l'établissement. Le profil local se situe dans un centre possédant une mission hospitalière (CHSGS). Le profil local se définit par des services de biologie médicale composés majoritairement d'analyses locales. (p.9)*

*La 2<sup>e</sup> ligne comporte le profil régional. Ce laboratoire se situe dans un établissement possédant une mission hospitalière régionale (CHAU Hôtel-Dieu de Lévis). Le profil régional se définit par des services de biologie médicale composés d'un nombre et d'un volume élevés d'analyses spécialisées. Il intègre le profil local et régional. (p.9)*

<sup>7</sup> MSSS, Direction générale des services de santé et de médecine universitaire, *Organisation territoriale des services de biologie médicale*, Juin 2005, p.8

La 3<sup>e</sup> ligne comprend le profil suprarégional (grand nombre d'analyses ultraspécialisées) et provincial (CHUQ-CHAUQ, CUSM-CHUM). (p.9)

(...)Le service de prélèvements sanguins pour la clientèle communautaire (enregistrée ou référée) est considérée comme un service de 1<sup>e</sup> ligne et, par conséquent, devrait être offert en 1<sup>e</sup> ligne par un CSSS. Celui-ci peut installer le centre de prélèvements dans les locaux appartenant à un autre établissement tout en conservant la responsabilité administrative du service si l'emplacement est jugé le meilleur endroit pour offrir un service efficace à la population. Cette orientation ne signifie pas que tous les centres de prélèvements situés en 2<sup>e</sup> ou en 3<sup>e</sup> ligne doivent fermer leurs portes. Un contexte régional particulier peut justifier le maintien d'un tel service en 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> ligne, notamment lorsqu'un établissement doit remplir plus d'une mission sur un territoire donné. (p.20)

Les services de prélèvements devraient, idéalement, être offerts avec un service « sans rendez-vous » sur des plages horaires convenant à la clientèle communautaire.(...) Des ententes de services pourraient être conclues avec des GMF, des cliniques médicales ou des pharmacies.

Dans la suite logique de l'adoption du projet de Loi 113, le MSSS exige pour tous les laboratoires publics du Québec, une accréditation spécifique en fonction de la norme internationale ISO CAN/ CSA Z 15189.

**Au niveau local, on retrouve les analyses « stat », lesquelles sont effectuées immédiatement puisque la vie du patient est en jeu. À noter que les véritables analyses « stat » sont rares, ce terme signifie généralement que le médecin souhaite obtenir les résultats dans un délai de temps-réponse total inférieur à 60 min.**

**Les analyses à court délai sont effectuées en tout temps, 24 heures/24, 7 jours/7. Le temps-réponse est égal ou inférieur à 60 minutes. Une liste des analyses court délai doit être établie de manière consensuelle avec la direction du laboratoire et l'exécutif du CMDP. Elle doit être révisée au minimum une fois par année. En milieu hospitalier le temps-réponse des analyses court délai est en général inférieur à 60 min. tandis qu'en milieu communautaire il est généralement de 24 heures.**

**Les analyses délai régulier (de routine) de type local sont effectuées sur une base périodique durant les heures normales d'ouverture du laboratoire. Le temps-réponse est de trois jours pour la clientèle hospitalisée et de une semaine pour la clientèle communautaire. (p. 24)**

**Les analyses régionales (anatomo-pathologie, hématologie, banque de sang, biochimie et microbiologie) sont effectuées sur une base périodique, dans les heures normales d'ouverture de laboratoire. Le temps-réponse pour la clientèle hospitalisée est de une semaine et de deux semaines pour la clientèle communautaire.(p.27)**

**Les analyses suprarégionales ne sont pas urgentes et le temps-réponse est fixé à six semaines. (p.31)**

L'indicateur de temps-réponse sera ajouté aux normes ministérielles à respecter dans l'agrément des laboratoires de biologie médicale. (p.28) Dans un monde idéal, le temps-réponse doit être mesuré du « patient-au-patient », c'est-à-dire à compter du moment de la rencontre médecin-patient jusqu'au retour de l'information au médecin du patient. (p.29) Les études portant sur le temps-réponse démontrent surtout un besoin d'amélioration sur les phases préanalytiques (entre le prélèvement et la réception du prélèvement au laboratoire) et postanalytiques (entre la transmission du résultat écrit et de l'insertion de ce résultat dans le dossier du patient). Ainsi, l'horaire des services de prélèvements peut être étendu sur des plages de fin de journée (par exemple de 16 h à 19 h), de fin de semaine et de jours fériés). »

L'Agence entend faire en sorte que les normes identifiées plus haut soient respectées dans la région.

## **Services professionnels**

Peu de services de nutrition clinique sont disponibles actuellement dans les services généraux des CSSS. Quelques nutritionnistes assignées dans des programmes spécifiques, jeunes et PPALV principalement, reçoivent sur demande la clientèle externe afin de réaliser l'évaluation de l'état nutritionnel et, au besoin, élaborer un plan de traitement. Les services d'ergothérapie ne sont pas disponibles. Là également, pour des besoins particuliers, une référence est faite vers le privé ou vers une ergothérapeute assignée à un programme spécifique. Bien que davantage développés, les services de physiothérapie sont insuffisants pour répondre à la demande.

Compte tenu du peu de ressources disponibles, ces services devront être consolidés. Chacun des CSSS devra toutefois entreprendre une évaluation de l'utilisation des ressources actuellement en place, et ce, dans le contexte de mise en application de la Loi 90. L'élargissement possible du travail accompli à ce jour par d'autres catégories de professionnels pourrait peut-être faire en sorte qu'une optimisation des ressources actuelles soit possible. D'ici là, des trajectoires clairement identifiées et connues vers des ressources assignées à des programmes spécifiques devront être en mesure de répondre à des besoins ponctuels des clientèles particulières, vulnérables, pour lesquelles un problème majeur a été diagnostiqué. Au besoin, les CSSS pourront signer une entente avec une ressource privée afin de répondre aux besoins de leur clientèle.

Pour le CSSS *Grand Littoral*, des ententes de collaboration pourraient être conclues avec le *CHAU Hôtel-Dieu de Lévis* pour le partage du plateau technique ou encore une mise en commun de ressources humaines.

## **Consultations psychosociales**

Plusieurs services de garde psychosociale 24/7 sont en place dans chacun des CSSS. La mise en application du nouveau modèle organisationnel, la définition du guichet d'accès aux services et la pénurie de main-d'œuvre appréhendée pour ce type de professionnels contribueront à alimenter une réflexion sur la pertinence de maintenir le modèle actuel.

Les travaux réalisés au cours des derniers mois par le comité d'experts cliniques ont mis en évidence la nécessité de redéfinir le mandat des services de consultations psychosociales. L'utilisateur, à son arrivée au CSSS, est reçu par le personnel du service d'accueil. Ce dernier, en fonction de la problématique présentée par l'utilisateur, le réfère vers les services de soins infirmiers ou vers les services de consultations psychosociales. La consultation psychosociale a pour but de circonscrire le besoin de la personne, d'évaluer le degré d'urgence, de tracer les pistes d'intervention appropriées ou encore de l'orienter vers les programmes spécifiques de 1<sup>e</sup> ligne ou les services spécialisés de 2<sup>e</sup> ligne permettant de répondre à son besoin. Dans le contexte des pratiques cliniques préventives, des activités de détection précoce, à partir d'outils standardisés et de protocoles, font partie de cette fonction (problématiques liées au suicide, à la dépression, aux problèmes de jeu, de consommation de drogues et d'alcool, de violence conjugale).

Une intervention de type assistance communautaire peut également être effectuée. Répondant aux besoins d'information et d'orientation des personnes aux prises avec différents problèmes liés au fonctionnement social, elle comprend l'accompagnement, la représentation et la défense des droits, le dépannage et l'orientation vers les ressources du milieu. Les activités de conseil et de suivi thérapeutique peuvent être offertes. Elles prennent différentes formes dont une intervention permettant la mobilisation du réseau de la personne et l'intervention de soutien. En ce sens, l'intervention psychosociale peut être individuelle, conjugale ou familiale. Les personnes présentant des problèmes transitoires de santé mentale peuvent aussi bénéficier de ce service.

La consultation psychosociale doit être disponible de jour et de soir en semaine et de jour la fin de semaine. La personne dans le besoin doit y avoir accès avec et sans rendez-vous et sans référence. Selon la configuration de son territoire et en tenant compte des besoins identifiés et potentiels de la



clientèle, le CSSS devra s'assurer de la disponibilité de ce service dans au moins un de ses points de services. Les professionnels qui y sont affectés peuvent déjà compter sur la disponibilité de plusieurs outils standardisés, notamment pour les personnes aux prises avec un problème de dépendances, pour le dépistage de la violence conjugale et de la problématique du suicide. Il appartiendra à chaque CSSS de s'assurer du maintien et de la mise à jour des compétences de son personnel.

La consolidation du service de consultation psychosociale devrait faire en sorte que plus de personnes reçoivent, dans le cadre des services généraux, les services appropriés pour répondre à leurs besoins. Ceci aura comme effet de diminuer le nombre de personnes référées et prises en charge par les services spécifiques libérant ainsi les intervenants qui seront assignés à des problématiques plus complexes nécessitant une intervention interdisciplinaire ou mettant à contribution plusieurs partenaires.

### **Consultations psychologiques**

Certains CSSS ont rendu accessibles, en services généraux, des consultations psychologiques alors que d'autres ont mis en place des mécanismes internes de collaboration afin d'assurer l'accès à un psychologue lorsque le besoin est identifié. Dans ce dernier cas, des mécanismes simplifiés de référence devront être mis en place et des standards de qualité établis pour les délais de prise en charge de la clientèle référée. Les orientations ministérielles proposent un délai maximal de 30 jours.

À la fois pour les services de consultations psychosociales et de consultations psychologiques, le CSSS aura à mener avec ses principaux partenaires, incluant les médecins et le centre hospitalier (pour le Grand Littoral) une réflexion afin de déterminer le modèle d'organisation de services répondant le mieux aux besoins de sa population et permettant une optimisation des ressources humaines. Des regroupements avec les services sociaux en milieu hospitalier, des modalités de partage d'expertises avec les intervenants des établissements régionaux, une complémentarité dans l'offre de service, une déconcentration des activités professionnelles dans les cabinets médicaux et dans les salles d'urgence, voilà autant de façons de faire qui devront être explorées pour supporter le virage « réseau ».

### **Consultations médicales**

« L'organisation des services médicaux sans rendez-vous est au cœur des réseaux de services intégrés.<sup>8</sup> » Un juste équilibre entre les services médicaux offerts avec et sans rendez-vous apparaît un enjeu majeur auquel chacun des CSSS devra s'attaquer à très court terme. Les attentes ministérielles déposées au cours des derniers mois proposent une accessibilité de 8h à 22h en semaine et de 8h à 16h les fins de semaine. Dans la région, en fonction des territoires et tenant compte des ressources actuellement disponibles (médecins en cabinets privés, en CSSS, en GMF de même que dans les gardes médicales et urgences de 1<sup>er</sup> ligne), l'Agence est d'avis que des services médicaux avec et sans rendez-vous devraient être accessibles sur une période de 12 heures en semaine et des services sans rendez-vous sur des périodes de 4 heures les fins de semaine et jours fériés. Il va sans dire que cet horaire d'accessibilité, légèrement en deçà des attentes, devrait être évolutif afin d'atteindre les objectifs ministériels dans un délai à être convenu dans chacun des territoires et qui tient compte de son contexte particulier, des besoins de la population et de l'ensemble des ressources disponibles.

L'alourdissement des clientèles admises en CHSLD, ou encore de celles desservies par le soutien à domicile, ainsi que la volonté de plus en plus marquée de la population de finir sa vie dans son milieu naturel, sont autant d'impératifs qui sous-tendent la nécessité de doter chaque territoire d'un réseau d'accessibilité 24/7 en collaboration avec les médecins œuvrant en établissements, en cabinets privés et en cliniques médicales de même qu'avec les services d'urgence mineure hospitalière. Accessibles

<sup>8</sup> Harvey, Pierre, *Plan d'organisation des services courants et ambulatoires des CLSC de la région de la Chaudière-Appalaches*, décembre 2000.

actuellement dans la plupart des territoires de Chaudière-Appalaches, les services de garde 24/7 devront être étendus dans l'ensemble de la région.

On ne peut aborder les solutions visant l'organisation des services médicaux sans parler de l'organisation des services d'urgence et des points de service du réseau d'accessibilité aux services médicaux de 1<sup>e</sup> ligne. En février 2004, le Département régional de médecine générale<sup>9</sup> proposait une réorganisation du réseau d'accessibilité basée sur le maintien des quatre urgences hospitalières et de deux urgences de 1<sup>e</sup> ligne (St-Jean-Port-Joli et Chutes-Chaudière) assurant une présence médicale 24/7. Dans cette proposition, les autres installations St-Pamphile, St-Fabien de Panet, CSSS des Etchemins, Beauce-Centre, La Guadeloupe, Disraëli, Nouvelle-Beauce, Bellechasse, Lotbinière et Desjardins devenaient des points de services du réseau d'accessibilité aux services médicaux. Le document « *Organisation des services d'urgence et des points de service du réseau d'accessibilité aux services médicaux de 1<sup>e</sup> ligne* » est joint en annexe.

L'Agence entend soutenir les CSSS dans l'actualisation de cette proposition du DRMG qui nécessitera une période de transition. La mise en place d'une offre de services médicaux de 1<sup>e</sup> ligne bien structurée, la consolidation des services préhospitaliers d'urgence, notamment par le développement de la télémédecine et la formation continue du personnel ambulancier, à qui on a délégué certains actes médicaux (intubation, défibrillation, administration de certains médicaments), le déploiement des services de premiers répondants dans les municipalités et la sensibilisation de l'ensemble de la population au fait que « la santé est une responsabilité collective » sont autant de conditions favorables qui feront en sorte d'assurer le succès de la transformation. La création des RLS entraînera dans chacun des territoires la nécessité de mettre en place un mécanisme de concertation où siègeront des représentants à la fois des médecins œuvrant en cabinets privés, en GMF et en CSSS afin de convenir du modèle à privilégier. L'Agence s'attend à ce que chaque CSSS prépare pour mars 2006 un plan d'actualisation des mesures proposées.

Le Collège des médecins (2003) croit depuis toujours « que l'accessibilité aux services médicaux passe d'abord par le lien privilégié qui unit un citoyen et une équipe de médecine de famille, dans des cliniques pouvant assurer la prise en charge et le suivi, surtout des clientèles les plus vulnérables. (...) La disponibilité d'un personnel compétent et de bons outils d'aide à la décision clinique, en plus du soutien d'un CLSC, semblent une voie prometteuse pour franchir un passage obligé : celui de la réorganisation de la 1<sup>e</sup> ligne. »<sup>10</sup> En ce sens, l'Agence entend poursuivre ses travaux afin de développer d'autres GMF ou d'autres modèles d'organisation de services médicaux assurant une plus grande accessibilité aux services. Elle invite également les CSSS à revoir l'organisation de leurs services généraux et à évaluer la pertinence d'offrir des services infirmiers et des services psychosociaux selon un mode déconcentré à partir des GMF, des cliniques médicales et des services d'urgence. Chaque CSSS devra aussi convenir avec les médecins de son territoire d'une modalité permettant la prise en charge d'un patient « orphelin » nécessitant des services médicaux.

L'accessibilité aux informations cliniques et aux résultats de laboratoire est essentielle au suivi et à la continuité des soins. Tous les jours, les médecins doivent faire de multiples démarches afin d'obtenir les informations dont ils ont besoin ou encore d'obtenir des rendez-vous auprès de confrères spécialistes qui se disent eux aussi surchargés. L'évolution des technologies de l'information doit faire en sorte de soutenir la pratique professionnelle. Ainsi, l'Agence s'engage à poursuivre les travaux actuellement en cours afin de rendre accessibles les résultats de laboratoire et d'imagerie numérique aux médecins de GMF et à ceux des cliniques privées. Dans un deuxième temps, l'accès à la dictée électronique pour faciliter la transmission des rapports de consultation en spécialités pourraient faire l'objet de travaux qui tiendront compte des possibilités nouvelles offertes par l'adoption du projet de Loi 83. D'ici mars 2006, l'Agence entend également mener les travaux visant à mettre à jour le modèle « d'organisation des services hospitaliers de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne en santé physique et en santé mentale pour la région de la

<sup>9</sup> ADRLSSSS-CA, DOSAMU, *Organisation des services d'urgence et des points de service du réseau d'accessibilité aux services médicaux de 1<sup>e</sup> ligne*, DRMG, février 2004

<sup>10</sup> COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *La réorganisation et la gestion de services médicaux : mieux, autrement et selon nos moyens*, janvier 2003, p.5



Chaudière-Appalaches » de juin 2003, auquel il est possible d'accéder en cliquant sur le lien disponible dans la bibliographie du présent document.

## CONSULTATION DE LA CMR ET DU DRMG

### Sommaire

#### **CMR**

- ◉ Le support aux médecins de 1<sup>e</sup> ligne est une priorité :
  - ◉ présence d'infirmières dans les cabinets privés ;
  - ◉ constitution d'équipes interdisciplinaires en 1<sup>e</sup> ligne pour assurer l'évaluation et le suivi de la clientèle vulnérable (SM, DI, DP, dépendances et PPALV).
- ◉ La mise en place ou la consolidation des services de garde 24/7 :
  - ◉ par un élargissement ou un regroupement des territoires là où cela est possible ;
  - ◉ par la disponibilité d'incitatifs pour les MD qui s'impliquent : accès facilité aux laboratoires ou à la radiologie, présence d'infirmières dans les cabinets.
- ◉ La consolidation des services offerts en soutien à domicile et en CHSLD :
  - ◉ le support aux proches aidants devrait être disponible partout ;
  - ◉ la présence d'équipes multidisciplinaires en CHSLD, des services médicaux plus « costauds » supportés par du personnel infirmier formé et à l'aise avec des traitements plus spécialisés (antibiothérapie IV, dialyse, etc.).
- ◉ Un accès amélioré à l'information clinique :
  - ◉ poursuivre l'informatisation des GMF et cabinets privés ;
  - ◉ clarifier et faciliter les procédures d'échanges d'information entre les CSSS et les médecins ;
  - ◉ liens téléphoniques dédiés pour les médecins.

#### **DRMG**

Les médecins rencontrés ont identifié trois priorités auxquelles s'ajoutent des attentes pour des actions rapides et concrètes dans trois domaines :

- ◉ Priorités :
  - ◉ qu'une décision soit prise en rapport avec le dossier des urgences et gardes médicales ;
  - ◉ que des précisions soient données aux médecins sur l'offre de service attendue en terme d'accessibilité aux services avec et sans rendez-vous et que leur soit précisées les attentes en matière de disponibilité pour la clientèle vulnérable ;
  - ◉ le support aux médecins de 1<sup>e</sup> ligne incluant ceux œuvrant en cabinets privés par :
    - ◉ la présence, dans les cabinets médicaux d'infirmières qui agiraient comme intervenants-pivots ou agents de liaison (qui coordonneraient la mise en place des services requis par un usager).
  - ◉ la mise en place de « facilitateurs » en rapport à :
    - ◉ l'accessibilité aux laboratoires et à la radiologie ;
    - ◉ l'accès à certaines spécialités médicales ;
    - ◉ l'accès à l'information clinique à partir de leurs cabinets. On fait ici référence à l'informatisation (requêtes/résultats).
- ◉ les attentes :
  - ◉ que le réseau reconnaisse le cabinet médical comme une porte d'entrée aux services, donc qu'on lui accorde le support dont il a besoin ;
  - ◉ qu'un accès privilégié soit donné aux médecins dans le cas de références vers le CSSS ;
  - ◉ que des actions concrètes soient posées rapidement. Il en va de la crédibilité du réseau et du succès de l'actuelle transformation.

## ... Objectifs et plans d'action

Très rapidement, soit d'ici au 31 mars 2006, tous les CSSS devront avoir mis en place un guichet d'accès aux services pour la population en général de même qu'un accès direct pour les médecins des GMF, des cliniques médicales et des médecins spécialistes. Les modalités d'actualisation de cet objectif sont de la responsabilité du CSSS.

À court terme également, chaque CSSS devra avoir conduit et réalisé avec les médecins de son territoire, une démarche visant à identifier les mesures à mettre en place afin de supporter la pratique médicale en cabinets privés et en GMF. La mesure retenue devra faire en sorte de faciliter l'accès aux services à la clientèle, particulièrement les clientèles vulnérables, d'assurer une meilleure coordination des services nécessaires à un usager donné et d'améliorer la continuité des services.

Tel que convenu dans les ententes de gestion, les CSSS devront faire en sorte de rendre accessibles aux médecins des GMF et à ceux des cliniques médicales, des services de laboratoire et d'imagerie numérique en horaire défavorable, sans que le passage par l'urgence ne soit requis.

Dans chacun des territoires, une meilleure concertation et une coordination des services médicaux offerts par l'ensemble des médecins devra permettre un accès à des services médicaux selon des plages horaires élargies à convenir avec les médecins. L'objectif visé : une accessibilité avec et sans rendez-vous sur des plages de 12 heures en semaine et des services sans rendez-vous sur des plages de 4 heures les fins de semaine et jours fériés. Un service de garde 24/7 pour les clientèles hébergées en CHSLD, pour la clientèle du soutien à domicile ainsi que celle en soins palliatifs doit également être rendu disponible selon des modalités à convenir localement.

Parallèlement à ces travaux, l'Agence poursuivra le déploiement de l'informatisation des GMF, principalement celui du Grand Littoral, afin de rendre accessibles les résultats de laboratoire et d'imagerie numérique. Une deuxième phase prévoyant l'informatisation des cabinets privés est prévue à moyen terme.



## Comité d'experts

|                                 |                                                                                                                                                              |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ADRLSSS-CA                      | M <sup>me</sup> Jano Gignac<br>D <sup>r</sup> Pierre Carrier                                                                                                 |
| CHAU Hotel-Dieu de Lévis        | M. André Lavoie<br>M. Gaétan Prévost                                                                                                                         |
| CSSS Beauce                     | M <sup>me</sup> Carole Michaud                                                                                                                               |
| CSSS Etchemins                  | M <sup>me</sup> Danie Vallée<br>D <sup>r</sup> Jean-Louis Bard<br>D <sup>r</sup> Mark Lamer<br>M <sup>me</sup> Maryse Giroux<br>M <sup>me</sup> Nicole Caron |
| CSSS Grand Littoral             | M. Claude Soucy<br>D <sup>r</sup> Marc-André Moreau<br>M <sup>me</sup> Sylvie Auger<br>M <sup>me</sup> Sylvie Nolet                                          |
| CSSS Montmagny-L'Islet          | M <sup>me</sup> Diane Boivin<br>M <sup>me</sup> Ginette Bernier                                                                                              |
| CSSS Thetford                   | M. André Fugère<br>M. François Chauvette<br>M <sup>me</sup> Marie Fillion<br>D <sup>r</sup> Martin Arata                                                     |
| DSP Chaudière-Appalaches        | D <sup>re</sup> Louise Paré                                                                                                                                  |
| <b><u>Chargée de projet</u></b> |                                                                                                                                                              |
| ADRLSSSS-CA                     | M <sup>me</sup> France Boivin                                                                                                                                |

## Bibliographie

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX CHAUDIÈRE-APPALACHES. *Organisation des services d'urgence et des points de services du réseau d'accessibilité aux services médicaux de première ligne*. Document de travail, DRMG. février 2004.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX CHAUDIÈRE-APPALACHES. *Organisation des services hospitaliers de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes en santé physique et en santé mentale pour la région de la Chaudière-Appalaches*. juin 2003.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX CHAUDIÈRE-APPALACHES. *Régionalisation des services Info-Santé et Urgence Détresse, région Chaudière-Appalaches, Document de travail*. mars 2005.

ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC. *État de situation des services courants en CLSC, volet clientèle et services*. avril 2003.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Rapport du groupe de travail sur la transformation du système de santé et la qualité des services médicaux*. septembre 1998.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *La réorganisation et la gestion des services médicaux : mieux, autrement et selon nos moyens*, Rapport du groupe de travail sur la réorganisation des services médicaux. janvier 2003.

PIERRE HARVEY, *Plan d'organisation des services courants et ambulatoires des CLSC de la région de la Chaudière-Appalaches*. décembre 2000.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Attentes administratives 2005-2006*. DGSSMU.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*. septembre 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Rapport d'enquête sur l'accessibilité aux services de prélèvements*. juillet 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La consolidation des services de biologie médicale, modèle d'organisation territoriale*. mars 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Révision du rôle et de l'organisation du service de réponse téléphonique Info-Santé*. avril 2005.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL CENTRE, *Plan montréalais d'organisation des services médicaux généraux et des besoins en effectifs médicaux*. 2003.  
[www.santémontreal.qc.ca](http://www.santémontreal.qc.ca)

<http://www.rss12.gouv.qc.ca/documents/DOSAMU-CarPie.Organisationdesed.rev.pdf>

## Annexe



RÉGIE RÉGIONALE  
DE LA SANTÉ ET DES  
SERVICES SOCIAUX  
CHAUDIÈRE-  
APPALACHES

DOCUMENT DE TRAVAIL

ORGANISATION DES SERVICES D'URGENCE

**ET  
DES POINTS DE SERVICE DU RÉSEAU  
D'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES  
MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE**

**Direction de l'organisation des services,  
des affaires médicales et universitaires**

**Adopté par le Département régional  
de médecine générale le 9 février 2004**

**Adopté par le conseil d'administration le \_\_\_\_\_**



## TABLE DES MATIÈRES

|                                                                                                 |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>INTRODUCTION.....</b>                                                                        | <b>1</b>  |
| <b>LA DÉMARCHE DE CONSULTATION.....</b>                                                         | <b>2</b>  |
| Composition du comité .....                                                                     | 2         |
| Mandat du comité .....                                                                          | 2         |
| But.....                                                                                        | 2         |
| Objectifs poursuivis .....                                                                      | 2         |
| <b>LE PROCESSUS DE CONSULTATION .....</b>                                                       | <b>3</b>  |
| Les principes directeurs .....                                                                  | 3         |
| <b>LE PORTRAIT DE LA SITUATION ACTUELLE.....</b>                                                | <b>4</b>  |
| Géographie/distance.....                                                                        | 4         |
| Démographie.....                                                                                | 4         |
| Activités .....                                                                                 | 4         |
| Ressources et support.....                                                                      | 5         |
| Effectifs médicaux .....                                                                        | 5         |
| Le territoire de l'Amiante .....                                                                | 6         |
| Le territoire de Beauce-Etchemins.....                                                          | 6         |
| Le territoire du Littoral .....                                                                 | 8         |
| Le territoire de Montmagny-L'Islet.....                                                         | 9         |
| <b>LE PORTRAIT DE LA SITUATION PROPOSÉE.....</b>                                                | <b>11</b> |
| Définition .....                                                                                | 11        |
| Proposition de base .....                                                                       | 11        |
| Territoire Montmagny-L'Islet.....                                                               | 12        |
| Territoire Beauce-Etchemins .....                                                               | 13        |
| Territoire de l'Amiante .....                                                                   | 14        |
| Territoire du Littoral .....                                                                    | 15        |
| Civières d'observation .....                                                                    | 17        |
| <b>MESURES DE TRANSITION.....</b>                                                               | <b>18</b> |
| Conditions de réussite .....                                                                    | 18        |
| <b>CONCLUSION .....</b>                                                                         | <b>20</b> |
| <b>ANNEXE I</b>                                                                                 |           |
| Carte de la région de la Chaudière-Appalaches.....                                              | 21        |
| <b>ANNEXE II</b>                                                                                |           |
| Distance et temps entre le site du CHSGS du territoire<br>et les municipalités desservies ..... | 22        |
| <b>ANNEXE III</b>                                                                               |           |
| Population par municipalité .....                                                               | 23        |
| <b>ANNEXE IV</b>                                                                                |           |
| Proposition d'un modèle de catégorisation des unités d'urgence.....                             | 24        |
| <b>ANNEXE V</b>                                                                                 |           |
| Calendrier des rencontres de consultation territoriale .....                                    | 25        |

## INTRODUCTION

Dans le contexte de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux qui a eu lieu en 1996, un mode d'organisation de soins et de services d'urgence de première ligne a été mis en place, par territoire, pour desservir la population de la région de la Chaudière-Appalaches.

Nous constatons aujourd'hui, en raison de fréquentes ruptures de services, que ce mode d'organisation ne supporte plus l'offre de service pour lequel il avait été planifié. Plusieurs facteurs expliquent cet état de fait, notamment, la pénurie de médecins et la diminution des cabinets privés en milieu rural.

La population souhaite, par ailleurs, le maintien des services et des garanties d'accès lorsqu'un besoin urgent de soins se fera sentir. La réalité nous oblige à revoir notre offre de service en fonction de la disponibilité des ressources d'autant que les ruptures actuelles de services peuvent constituer un risque pour la sécurité des usagers.

En conséquence, l'offre de soins et de services d'urgence doit être optimisée afin de répondre de façon pertinente à la demande de la population.

Le phénomène n'est pas unique à notre région. Le Ministère avait requis du comité d'experts du Centre de coordination nationale des urgences, qu'il lui dépose une proposition de modèle de catégorisation des unités d'urgence. Dans cette foulée, un document de travail vient préciser certains paramètres que nous utiliserons dans l'offre de service qui vous est présentée, avec certaines adaptations lorsque requis.

D'autre part, dans le cadre des mécanismes de dépannage en omnipratique, la région se situe au deuxième rang au Québec pour son utilisation. Par ailleurs, dans la réorganisation de l'offre de service en médecine générale, une révision du plan régional des effectifs médicaux (PREM) et des règles relatives aux activités médicales particulières (AMP) est en cours.

Ce contexte nous a amenés à regarder avec les médecins et les gestionnaires du réseau l'offre de service qui devrait découler de cette démarche.

Des maillages doivent se faire en tenant compte des nouvelles réalités qui sont disponibles telles que la télémédecine, la télémétrie au niveau du préhospitalier d'urgence ainsi que l'avènement de la chaîne d'intervention préhospitalière qui ajoute de nouveaux acteurs. De plus, de nouvelles tâches sont confiées aux techniciens ambulanciers par le biais de l'introduction de la défibrillation et de l'administration de certains médicaments.

Sous la responsabilité du Département régional de médecine générale (DRMG), un comité de travail a été formé afin de proposer un nouveau mode d'organisation du réseau d'accessibilité touchant les services d'urgence de première ligne et les gardes médicales qui avaient été implantés en 1996.

## LA DÉMARCHE DE CONSULTATION

À l'automne 2003, le Département régional de médecine générale (DRMG) a soumis un document de consultation aux médecins et aux gestionnaires du réseau afin de recevoir leurs commentaires par rapport au modèle proposé. Une tournée des quatre territoires de concertation de la région de la Chaudière-Appalaches a été réalisée entre le 16 octobre et le 4 novembre 2003. Les rencontres ont été effectuées à Montmagny, Saint-Georges, Thetford Mines et Lévis.

### COMPOSITION DU COMITÉ

Le comité du DRMG qui a procédé à la consultation était composé de la façon suivante :

➤ *du DRMG :*

- un représentant par territoire;
- un représentant du comité de direction;

➤ *de la table des chefs d'urgence :*

- un représentant;

➤ *de la Régie régionale :*

- trois représentants (directeur adjoint aux affaires médicales et universitaires, conseiller à la méthodologie, conseiller aux services préhospitaliers d'urgence).

Le directeur de l'organisation des services, des affaires médicales et universitaires a animé les quatre rencontres de consultation.

### MANDAT DU COMITÉ

- Proposer un nouveau mode d'organisation des services d'urgence et des points de services du réseau d'accessibilité aux services médicaux de première ligne.

### BUT

- Assurer une accessibilité raisonnable aux services médicaux requis en urgence ainsi qu'à ceux requis sans rendez-vous (pour répondre aux urgences mineures).

## **OBJECTIFS POURSUIVIS**

- Optimiser l'efficacité et la disponibilité des ressources d'urgence tout en tenant compte du nouveau modèle de catégorisation des unités d'urgence proposé par le comité d'experts du Centre de coordination nationale des urgences.
- Proposer la mise en place d'un réseau d'accessibilité aux services médicaux de première ligne.

## LE PROCESSUS DE CONSULTATION

Les représentants suivants furent invités à participer à la consultation effectuée par territoire.

- **du CHSGS :**
  - directeur général;
  - directeur des services professionnels;
  - chef de l'urgence;
  - directrices et directeurs des soins infirmiers;
- **du CLSC-CHSLD :**
  - directeur général;
  - chef de médecine générale;
  - représentant des soins infirmiers;
- **du cabinet privé :**
  - un médecin.

*Les président(e)s de conseil d'administration pouvaient être présents lors des rencontres de consultation.*

## LES PRINCIPES DIRECTEURS

- Continuité des services;
- Garantir l'accès aux services 7 jours sur 7;
- Stabiliser les services médicaux sans rendez-vous avec un minimum assuré dans chaque territoire;
- Assurer la disponibilité des médecins pour les clientèles vulnérables 24/7 dans toute la région;
- Assurer, en cas d'urgence, la présence d'un médecin 24/7 à moins de 45 minutes du lieu de résidence de la majorité des citoyens (écart maximal de 60 minutes) :
  - Intégrer au modèle l'amélioration des soins sur le terrain :
    - Centre de communication santé (aide à l'appelant);
    - Services de premiers répondants;
    - Services ambulanciers (défibrillation, médicaments);
- Permettre une meilleure disponibilité médicale pour la prise en charge et le suivi.

## **LE PORTRAIT DE LA SITUATION ACTUELLE**

La présente section dresse un portrait de la situation pour l'année 2003. Les aspects considérés sont présentés par territoire. Les faits saillants se résument comme suit :

### **GÉOGRAPHIE/DISTANCE**

- Deux MRC ont une superficie de plus de 2 000 km<sup>2</sup> (MRC de L'Islet et de Beauce-Sartigan).
- Seulement trois sites sont situés à plus de 50 km ou 30 minutes de transport ambulancier d'un centre hospitalier de la région 12, 03 ou 01 (Saint-Pamphile, Saint-Fabien-de-Panet et Lac Etchemin).
- Deux sites sont à moins de 20 km d'un centre hospitalier (Beauceville et Charny).

### **DÉMOGRAPHIE**

- Les bassins de desserte (population desservie) sont très variables. Un site dessert moins de 5 000 personnes (Saint-Fabien-de-Panet), un autre en dessert entre 5 000 et 10 000 (Saint-Pamphile), et un autre pourrait desservir seul plus de 75 000 personnes (Charny).

### **ACTIVITÉS**

- La majorité des sites ont un volume d'activités très réduit la nuit; entre 0 et 3 visites (Saint-Pamphile, Saint-Jean-Port-Joli, Saint-Fabien-de-Panet, Sainte-Marie, Lac Etchemin).
- Deux sites ont un volume d'activités supérieur à 5 visites par nuit (Beauceville et Charny).
- Les volumes d'activités présentés incluent les rendez-vous et les sans rendez-vous (le jour et le soir) dans la plupart des sites.
- Trois sites sont désignés par le secteur préhospitalier d'urgence de la Régie régionale comme centres de réception des ambulances (Saint-Jean-Port-Joli, Charny, Lac Etchemin).
- Des civières d'observation de 24 heures et plus sont présentes dans deux sites (Saint-Jean-Port-Joli et Charny).

## **RESSOURCES ET SUPPORT**

- Tous les sites disposent d'un appareil d'électrocardiographie (ECG).
- Quatre sites disposent d'un appareil de radiographie simple (Lac Etchemin, Lotbinière, Nouvelle-Beauce et St-Pamphile). D'autres le seront sous peu (Bellechasse).
- Deux sites disposent d'équipements permettant la radiographie simple et de la fluoroscopie (Saint-Jean-Port-Joli et Charny).
- Seulement deux sites disposent d'un laboratoire sur place (Saint-Jean-Port-Joli et Charny).

## **EFFECTIFS MÉDICAUX**

La région de la Chaudière-Appalaches bénéficie d'environ 372 équivalents temps plein (ETP) en omnipratique pour un besoin estimé à 405 ETP. Ce calcul de 372 ETP tient compte de l'ensemble des services médicaux rendus dans la région, incluant ceux dispensés par les médecins dépanneurs. La pénurie de médecins est donc d'environ 9 % dans l'ensemble de la région, ce qui est tout près de la moyenne au Québec.

Toutefois, la répartition intra-régionale des omnipraticiens demeure inégale. Les territoires ruraux sont les plus touchés puisque de nombreux médecins, la plupart en pratique solo, n'ont pas été remplacés après leur départ ou lorsqu'ils ont pris leur retraite.

Nous pouvons citer quelques exemples. Parmi les 15 médecins qui pratiquent principalement dans le territoire du Centre de santé des Etchemins, 3 sont des médecins ayant effectué un retour de retraite et certains pratiquent à temps réduit. Neuf de ces 15 médecins ont plus de 20 ans de pratique. Les besoins estimés y sont d'environ 19 ETP.

Dans le territoire du Centre de santé de Bellechasse, 13 médecins y ont une pratique principale dont 2 ont annoncé leur retraite à la fin de 2003 ou au début de 2004. Neuf d'entre eux ont plus de 20 ans de pratique et les besoins estimés sont de 26 ETP.

Un autre exemple se retrouve dans le territoire du CLSC de la MRC de L'Islet. On y compte maintenant 15 médecins, dont 7 ont plus de 20 ans de pratique alors que le besoin estimé est d'environ 24 ETP.

Ces constatations permettent de comprendre la lourdeur de la tâche imposée aux médecins dans le modèle d'organisation en place actuellement. En plus de la prise en charge et du suivi, les médecins de la plupart des territoires ruraux sont de plus en plus



âgés et vivent un accroissement de leur tâche. Ils ne sont plus en mesure de maintenir les services de garde dans leur forme actuelle, ce qui explique les ruptures de services de plus en plus fréquentes.

## **LE TERRITOIRE DE L'AMIANTE**

Le territoire de l'Amiante ne comprend qu'une seule MRC qui dispose d'une urgence hospitalière (Centre hospitalier de la région de l'Amiante) située à Thetford-Mines. D'autre part, il existe deux points de service du CLSC pour certains programmes (municipalités de Disraëli et d'East-Broughton), en plus de celui de Thetford Mines.

## **LE TERRITOIRE DE BEAUCE-ETCHEMINS**

Le territoire de Beauce-Etchemins comprend trois MRC qui disposent d'une urgence hospitalière (Centre hospitalier Beauce-Etchemin) située à Saint-Georges. De plus, nous retrouvons dans ce milieu une urgence de première ligne au site du Lac Etchemin (MRC des Etchemins) et deux gardes médicales qui se répartissent dans les sites de La Guadeloupe (MRC Beauce-Sartigan) et de Beauceville (MRC Robert-Cliche).

**TABLEAU 1****CARACTÉRISTIQUES DES SITES****BEAUCE-ETCHEMINS**

|                                                                                                    | <b>Lac Etchemin<br/>CLSC des Etchemins</b>                                                  | <b>La Guadeloupe<br/>CLSC Beauce-Sartigan</b>                                   | <b>Beauceville<br/>CLSC Beauce-Centre</b>                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Bassin de desserte approximatif                                                                    | <b>15 000</b>                                                                               | <b>10 000</b>                                                                   | <b>18 000</b>                                                                  |
| Superficie MRC (km <sup>2</sup> )                                                                  | <b>1811</b>                                                                                 | <b>2014</b>                                                                     | <b>829</b>                                                                     |
| Distance du CH<br>le plus près                                                                     | <b>CHBE (50 km)<br/>HDL (82 km)</b>                                                         | <b>CHBE (40 km)<br/>CHRA (40 km)</b>                                            | <b>CHBE (20 km)</b>                                                            |
| Temps moyen de<br>transport ambulancier                                                            | <b>CHBE (33 min)<br/>HDL (54 min)</b>                                                       | <b>CHBE (27 min)<br/>CHRA (28 min)</b>                                          | <b>CHBE (19 min)</b>                                                           |
| Heures d'ouverture <sup>1</sup>                                                                    | <b>24 heures / 7 jours</b>                                                                  | <b>Sans rendez-vous:<br/>semaine : 13 h à 18 h<br/>samedi: 8 h 30 à 13 h 30</b> | <b>24 heures / 7 jours</b>                                                     |
| visites jour / an <sup>1</sup><br>visites soir / an <sup>1</sup><br>visites nuit / an <sup>1</sup> |                                                                                             |                                                                                 |                                                                                |
| ECG sur place                                                                                      | <b>Oui</b>                                                                                  | <b>Oui</b>                                                                      | <b>Oui</b>                                                                     |
| Radiographie sur place                                                                             | <b>Oui</b>                                                                                  | <b>Non</b>                                                                      | <b>Non</b>                                                                     |
| Laboratoire sur place                                                                              | <b>Non</b>                                                                                  | <b>Non</b>                                                                      | <b>Non</b>                                                                     |
| Désigné comme centre de<br>réception d'ambulances                                                  | <b>Oui</b>                                                                                  | <b>Non</b>                                                                      | <b>Non</b>                                                                     |
| Nombre de civières<br>d'observation 24 heures                                                      | <b>0</b>                                                                                    | <b>0</b>                                                                        | <b>0</b>                                                                       |
| Garde médicale sur place<br>(présences) <sup>1</sup>                                               | <b>Nbre d'heures présences<br/>réelles/Nbre d'heures<br/>présences prévues<sup>11</sup></b> | <b>Nbre d'heures présences<br/>réelles/Nbre d'heures<br/>présences prévues</b>  | <b>Nbre d'heures présences<br/>réelles/Nbre d'heures<br/>présences prévues</b> |

Le site de Lac Etchemin est situé à plus de 50 km et à plus de 30 minutes du centre hospitalier le plus près. De plus, quelques villages de la MRC sont situés à près de 30 minutes du site du Lac Etchemin. La population desservie est d'environ 15 000 personnes. Le CLSC des Etchemins est la seule unité de médecine familiale de la région agréée par la Faculté de médecine de l'Université Laval. Des résidents sont sous la responsabilité directe des médecins du CLSC pour leur formation postdoctorale et une collaboration avec le CHBE est disponible pour accroître la capacité d'accueil des étudiants.

Au site de La Guadeloupe, les heures d'ouverture de la clinique sans rendez-vous sont limitées. On retrouve quelques cliniques privées dans les environs. Le centre hospitalier le plus près est à 40 km.

À Beauceville, le point de service du CLSC est désigné garde médicale. Le centre hospitalier le plus près est à 20 km de distance.

<sup>11</sup> À réviser et/ou à compléter par les établissements.

## LE TERRITOIRE DU LITTORAL

Le territoire du Littoral comprend cinq MRC qui disposent d'une urgence hospitalière (Hôtel-Dieu de Lévis) située à Lévis. D'autre part, nous retrouvons dans ce milieu une urgence de première ligne au site de Charny (Centre de santé Paul-Gilbert) et trois gardes médicales qui se répartissent dans les sites de Laurier-Station (MRC de Lotbinière), de Saint-Lazare (MRC de Bellechasse) et de Sainte-Marie (MRC Nouvelle-Beauce). En ce qui a trait au CLSC et CHSLD de Desjardins, nous ne retrouvons aucun de ces services.

### TABLEAU 2

#### CARACTÉRISTIQUES DES SITES

##### TERRITOIRE DU LITTORAL

|                                                                                                    | Sainte-Marie<br>CLSC Nouvelle-<br>Beauce                                                  | Laurier-Station<br>CLSC Arthur-Caux                                      | Charny<br>CH Paul-Gilbert                                                | Saint-Lazare                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Bassin de desserte<br>approximatif                                                                 | 25 000                                                                                    | 25 000                                                                   | 75 000                                                                   | 19 500                                                                   |
| Superficie MRC (km <sup>2</sup> )                                                                  | 792                                                                                       | 1 650                                                                    | 419                                                                      | 1 637                                                                    |
| Distance du CH<br>Le plus près                                                                     | CHUL (48 km)<br>HDL (51 km)                                                               | CHUL (42 km)<br>HDL (53 km)                                              | CHUL (10 km)<br>HDL (17 km)                                              | HDL (xx km)                                                              |
| Temps moyen de<br>transport ambulancier                                                            | CHUL (24 min)<br>HDL (35 min)                                                             | CHUL (24 min)<br>HDL (35 min)                                            | CHUL (10 min)<br>HDL (17 min)                                            | HDL (xx min)                                                             |
| Heures d'ouverture <sup>2</sup>                                                                    | 20 h à 8 h semaine<br>24 h fin sem/fériés                                                 | 9 h à 22 h sem<br>de jour les fin sem.                                   | 24 heures / 7 jours                                                      | 20 h à 8 h / 5 jours<br>24 h fin sem/fériés                              |
| visites jour / an <sup>2</sup><br>visites soir / an <sup>2</sup><br>visites nuit / an <sup>2</sup> |                                                                                           |                                                                          |                                                                          |                                                                          |
| ECG sur place                                                                                      | Oui                                                                                       | Oui                                                                      | Oui                                                                      | Oui                                                                      |
| Radiographie<br>sur place                                                                          | Oui                                                                                       | Oui                                                                      | Oui                                                                      | Non<br>(À venir)                                                         |
| Laboratoire sur place                                                                              | Non                                                                                       | Non                                                                      | Oui                                                                      | Non                                                                      |
| Désigné comme centre<br>de réception<br>d'ambulances                                               | Non                                                                                       | Non                                                                      | Oui                                                                      | Non                                                                      |
| Nombre de civières<br>d'observation 24 heures                                                      | 0                                                                                         | 0                                                                        | 6                                                                        | 0                                                                        |
| Garde médicale sur place<br>(présences) <sup>2</sup>                                               | Nbre d'heures<br>présences<br>réelles/Nbre<br>d'heures présences<br>prévues <sup>12</sup> | Nbre d'heures<br>présences réelles/Nbre<br>d'heures présences<br>prévues | Nbre d'heures<br>présences réelles/Nbre<br>d'heures présences<br>prévues | Nbre d'heures<br>présences réelles/Nbre<br>d'heures présences<br>prévues |

<sup>12</sup> À réviser et/ou à compléter par les établissements.

## LE TERRITOIRE DE MONTMAGNY-L'ISLET

Le territoire de Montmagny-L'Islet comprend deux MRC qui disposent d'une urgence hospitalière (Hôtel-Dieu de Montmagny) située à Montmagny. D'autre part, nous retrouvons dans ce milieu une urgence de première ligne au site de Saint-Jean-Port-Joli (MRC de L'Islet) et deux gardes médicales qui se répartissent dans les sites de Saint-Pamphile (MRC de l'Islet) et de Saint-Fabien de Panet (MRC de Montmagny).

**TABEAU 3**

### CARACTÉRISTIQUES DES SITES MONTMAGNY-L'ISLET

|                                                                                                    | Saint-Fabien-de-Panet<br>CLSC et CHSLD de la<br>MRC de Montmagny                    | Saint-Pamphile<br>CLSC et CHSLD de la<br>MRC de l'Islet               | Saint-Jean-Port-Joli<br>CLSC et CHSLD de la<br>MRC de l'Islet         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Bassin de desserte<br>approximatif                                                                 | 4 000                                                                               | 7 500                                                                 | 12 000                                                                |
| Superficie MRC (km <sup>2</sup> )                                                                  | 1 711                                                                               | 2 092                                                                 |                                                                       |
| Distance du CH le plus près                                                                        | HDM (60 km)                                                                         | La Poc (77 km)<br>HDM (92 km)                                         | La Poc (17 km)<br>HDM (45 km)                                         |
| Temps moyen de<br>transport ambulancier                                                            | HDM (41 min)                                                                        | La Poc (50 min)<br>HDM (57 min)                                       | La Poc (17 min)<br>HDM (28 min)                                       |
| Heures d'ouverture <sup>3</sup>                                                                    | 24 heures / 7 jours                                                                 | 24 heures / 5 jours                                                   | 24 heures / 7 jours                                                   |
| visites jour / an <sup>3</sup><br>visites soir / an <sup>3</sup><br>visites nuit / an <sup>3</sup> |                                                                                     |                                                                       |                                                                       |
| ECG sur place                                                                                      | Oui                                                                                 | Oui                                                                   | Oui                                                                   |
| Radiographie sur place                                                                             | Non                                                                                 | Oui                                                                   | Oui                                                                   |
| Laboratoire sur place                                                                              | Non                                                                                 | Non                                                                   | Oui                                                                   |
| Désigné comme centre de<br>réception d'ambulances                                                  | Non                                                                                 | Non                                                                   | Oui                                                                   |
| Nombre de civières<br>d'observation 24 heures                                                      | 0                                                                                   | 0                                                                     | 3                                                                     |
| Garde médicale sur place<br>(présences) <sup>3</sup>                                               | Nbre d'heures présences<br>réelles/Nbre d'heures<br>présences prévues <sup>13</sup> | Nbre d'heures présences<br>réelles/Nbre d'heures<br>présences prévues | Nbre d'heures présences<br>réelles/Nbre d'heures<br>présences prévues |

Le site de Saint-Fabien-de-Panet est situé à 60 km de l'Hôtel-Dieu de Montmagny (dans la même MRC). Un médecin est sur place 24 heures / 7 jours sans support de personnel infirmier le soir et la nuit. Il n'y a pas de cabinets privés dans le secteur, l'accès routier y est plus difficile durant la période hivernale. Le volume d'activités est réduit la nuit : il y a environ trois visites par semaine.

<sup>13</sup> À réviser et/ou à compléter par les établissements.

Dans la MRC de L'Islet, la plus grande de la région en superficie (2 092 km<sup>2</sup>), on retrouve deux services. Celui de Saint-Jean-Port-Joli, localisé près de l'autoroute 20 Est, à 29 km du centre hospitalier le plus près (La Pocatière, région 01) et à 45 km de l'Hôtel-Dieu de Montmagny, là où est dirigée la majorité des personnes ayant besoin d'une hospitalisation. Les supports en laboratoire et en radiologie sont présents. Au sud de la MRC, Saint-Pamphile est le site le plus éloigné d'un centre hospitalier de toute la région (77 km de La Pocatière / 92 km de Montmagny). Le manque d'effectifs médicaux ne permet pas une couverture 24 heures/7 jours. Les services de jour sont couverts en partie par un cabinet privé et par un médecin recruté à l'étranger. Il y a une infirmière qui est présente sur place. Le reste est dispensé par des médecins dépanneurs provenant de la région (Entente 108) ou de l'extérieur de la région. Un service de radiologie simple est disponible certains jours durant la semaine.

## **LE PORTRAIT DE LA SITUATION PROPOSÉE**

### **RÉSEAU D'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE**

#### **DÉFINITION**

Le réseau d'accessibilité aux services médicaux de première ligne se rapporte aux activités médicales suivantes :

- Services médicaux avec rendez-vous de prise en charge;
- Services médicaux sans rendez-vous;
- Services médicaux d'urgence mineure et majeure;
- Services médicaux rendus auprès des clientèles vulnérables (incluant les personnes en perte d'autonomie sévère, les personnes dites vulnérables, les personnes hébergées et celles requérant des soins palliatifs).

La proposition qui a été soumise à la consultation touche principalement les services médicaux d'urgence ainsi que certains services médicaux sans rendez-vous, selon un horaire minimal à offrir dans chacun des territoires.

#### **PROPOSITION DE BASE**

La proposition de base vise à désigner le niveau d'urgence qui sera attribué aux établissements qui conserveront une mission d'urgence selon le nouveau modèle de catégorisation des unités d'urgence. Les autres établissements deviendront un point de service du réseau d'accessibilité aux services médicaux de première ligne.

Par ailleurs, la proposition faite pour chacun des quatre territoires prévoit des heures de services avec présence médicale que nous chercherons à assurer dans chaque point du réseau d'accessibilité. Au niveau des urgences, la présence médicale sera 24/7.

Ainsi, la proposition vise à assurer la présence de services médicaux sans rendez-vous de 8 heures à 20 heures en semaine dans tous les points de service et de 8 heures à 16 heures les fins de semaine et les jours fériés dans un seul site pour les secteurs ruraux. Les secteurs plus urbains se voient offrir des services médicaux de 9 heures à 13 heures la fin de semaine dans plusieurs sites.

# **URGENCES ET RÉSEAU D'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES MÉDICAUX DE 1<sup>re</sup> LIGNE**

## **TERRITOIRE MONTMAGNY-L'ISLET**

| <i>SITUATION ACTUELLE</i>                                                                            | <i>SITUATION PROPOSÉE</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hôtel-Dieu de Montmagny<br>➤ urgence de 2 <sup>e</sup> ligne                                         | ➤ Urgence de niveau 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Saint-Jean-Port-Joli<br>➤ 24/7 (urgence de 1 <sup>re</sup> ligne)                                    | ➤ Urgence de niveau 2<br><br>(Exception malgré qu'ils sont situés à < 30 minutes urgence de niveau ≥ 3 en raison de Saint-Pamphile)                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Saint-Pamphile (garde médicale)<br>➤ 20 h à 8 h en semaine<br>➤ 24/7 fins de semaine et jours fériés | ➤ Point de service du réseau d'accessibilité aux services médicaux de 1 <sup>re</sup> ligne :<br>○ 8 h à 20 h en semaine<br>○ 8 h à 16 h fins de semaine et jours fériés<br><br>(Modalités transitoires à prévoir. CHSLD desservis par équipe médicale du Centre de santé)                                                                                                                                                            |
| Saint-Fabien-de-Panet<br>➤ 24/7 (garde médicale)                                                     | ➤ Point de service du réseau d'accessibilité aux services médicaux de 1 <sup>re</sup> ligne :<br>○ 8 h à 20 h en semaine<br>○ 8 h à 16 h fins de semaine et jours fériés<br><br>Toutefois, le 24/7 sera maintenu tant que les effectifs le permettront en raison d'un CHSLD qui n'aurait plus de couverture de service. La situation devra être revue à la suite de la mise sur pied du réseau local de santé et de services sociaux. |

# **URGENCES ET RÉSEAU D'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES MÉDICAUX DE 1<sup>re</sup> LIGNE**

## **TERRITOIRE BEAUCE-ETCHEMINS**

| <i>SITUATION ACTUELLE</i>                                                  | <i>SITUATION PROPOSÉE</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Centre hospitalier Beauce-Etchemin<br>➤ Urgence de 2 <sup>e</sup> ligne    | ➤ Urgence de niveau 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Centre de santé des Etchemins<br>➤ Urgence de 1 <sup>re</sup> ligne (24/7) | <p>➤ Point de service du réseau d'accessibilité aux services médicaux de 1<sup>re</sup> ligne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 8 h à 20 h en semaine</li> <li>○ 8 h à 16 h fins de semaine et jours fériés</li> </ul> <p>(Modalités de transition à prévoir pour éviter détérioration dans la prise en charge et le suivi)</p>                                |
| CLSC Beauce-Centre<br>➤ Garde médicale (24/7)                              | <p>➤ Point de service du réseau d'accessibilité aux services médicaux de 1<sup>re</sup> ligne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 8 h à 20 h en semaine</li> <li>○ 8 h à 16 h fins de semaine et jours fériés</li> </ul> <p>(Modalités de transition à prévoir en utilisant des médecins du territoire et des médecins ayant effectué un retour de pratique)</p> |
| CLSC Beauce-Sartigan<br>➤ La Guadeloupe<br>13 h à 16 h en semaine          | <p>➤ Point de service du réseau d'accessibilité aux services médicaux de 1<sup>re</sup> ligne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 8 h à 20 h en semaine</li> <li>○ 8 h à 16 h fins de semaine et jours fériés</li> </ul> <p>(Prévoir période de transition entre l'actuel et le proposé selon le recrutement médical qui sera réalisé)</p>                       |



# **URGENCES ET RÉSEAU D'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES MÉDICAUX DE 1<sup>re</sup> LIGNE**

## **TERRITOIRE DE L'AMIANTE**

| <i>SITUATION ACTUELLE</i>                                                                                          | <i>SITUATION PROPOSÉE</i>                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Centre hospitalier de la région de l'Amiante<br>➤ Urgence de 2 <sup>e</sup> ligne                                  | ➤ Urgence de niveau 4                                                        |
| Secteur Disraëli<br>➤ Services ponctuels dans les trois cabinets privés                                            | ➤ L'accessibilité médicale sera à revoir dans le cadre du futur réseau local |
| Secteur Thetford Mines<br>➤ Services sans rendez-vous disponibles dans certains cabinets privés le jour en semaine | ➤ L'accessibilité médicale sera à revoir dans le cadre du futur réseau local |

# URGENCES ET RÉSEAU D'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES MÉDICAUX DE 1<sup>re</sup> LIGNE

## TERRITOIRE DU LITTORAL

| <i>SITUATION ACTUELLE</i>                                                                                            | <i>SITUATION PROPOSÉE</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hôtel-Dieu de Lévis<br>➤ Urgence de 2 <sup>e</sup> ligne                                                             | ➤ Urgence de niveau 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <u>Chutes-Chaudière</u><br>Centre de santé Paul-Gilbert<br>➤ Urgence de 1 <sup>re</sup> ligne (24/7)                 | ➤ Urgence de niveau 2<br><br>(Situation d'exception même si située à < 30 minutes d'une urgence de niveau ≥ 3, en raison de la forte densité de population à desservir.)                                                                                                                                                                               |
| <u>Nouvelle-Beauce</u><br>(garde médicale)<br>➤ 20 h à 8 h en semaine<br>➤ 24/7 fins de semaine et jours fériés      | ➤ Point de service du réseau d'accessibilité aux services médicaux de 1 <sup>re</sup> ligne :<br>○ 8 h à 24 h en semaine<br>○ 8 h à 16 h fins de semaine et jours fériés<br><br>(Allongement des heures la semaine pour tenir compte de la population à desservir à Sainte-Marie même.)                                                                |
| Centre de santé de Bellechasse (garde médicale)<br>➤ 20 h à 8 h en semaine<br>➤ 24/7 fins de semaine et jours fériés | ➤ Point de service du réseau d'accessibilité aux services médicaux de 1 <sup>re</sup> ligne :<br>○ 8 h à 20 h en semaine<br>○ 8 h à 16 h fins de semaine et jours fériés<br><br>(Modalités transitoires à prévoir permettant la couverture aux heures actuelles en raison des CHSLD qui n'auraient plus de couverture médicale tant que le recrutement |

| <i>SITUATION ACTUELLE</i>                                                                                                                                                                                      | <i>SITUATION PROPOSÉE</i>                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                | médical suffisant n'aura pas été réalisé.)                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p>Centre de santé Arthur-Caux</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 8 h à 20 h en semaine</li> <li>➤ 13 h à 16 h 30 le dimanche</li> <li>➤ 9 h à 12 h et 13 h à 16 h 30 le samedi</li> </ul>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Point de service du réseau d'accessibilité aux services médicaux de 1<sup>re</sup> ligne : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 8 h à 20 h en semaine</li> <li>○ 8 h à 16 h fins de semaine et jours fériés</li> </ul> </li> </ul>                    |
| <p><u>Desjardins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dans les 4 GMF : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 8 h à 20 h en semaine</li> <li>○ 9 h à 13 h fins de semaine</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Point de service du réseau d'accessibilité aux services médicaux de 1<sup>re</sup> ligne</li> </ul> <p><b><i>Dans les 4 GMF :</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 8 h à 20 h en semaine</li> <li>○ 9 h à 13 h fins de semaine</li> </ul> |

## **URGENCES ET RÉSEAU D'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES DE 1<sup>re</sup> LIGNE**

### **CIVIÈRES D'OBSERVATION**

Concernant les civières d'observation au Centre de santé Paul-Gilbert (6) et au Centre de santé de la MRC de L'Islet à Saint-Jean-Port-Joli (5), deux comités formés de façon paritaire de médecins provenant de chaque milieu concerné devront faire l'analyse de la pertinence (et du nombre de civières, s'il y a lieu) de celles-ci ainsi que leurs règles d'utilisation.

Cette analyse devra se réaliser entre le 1<sup>er</sup> avril 2004 et le 30 juin 2004.

#### ***Comité Littoral***

- ❖ implique des médecins de l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Lévis et de celle du Centre de santé Paul-Gilbert en plus des DSP des deux milieux.

#### ***Comité Montmagny-L'Islet***

- ❖ implique des médecins de l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Montmagny et de celle du Centre de santé de la MRC de L'Islet (à Saint-Jean-Port-Joli) ainsi que la DSP de l'Hôtel-Dieu de Montmagny.

Les rapports des deux comités devront être soumis à la Régie régionale, d'ici le 1<sup>er</sup> septembre 2004, pour préciser l'orientation définitive qui sera prise concernant le maintien ou non de ces civières d'observation. En cas de maintien de ces civières, des règles d'utilisation devront être proposées ainsi que des modalités de transfert à l'intérieur de corridors de services clairement définis.

## MESURES DE TRANSITION

Pour faciliter le passage à la mise en application du nouveau mode d'organisation de soins et de services d'urgence, un plan de mise en œuvre doit être réalisé pour chacun des sites afin de préciser les étapes de travail qui nous conduiront au projet final.

Ces prochaines étapes devront être réalisées en collaboration avec les médecins de ces territoires, les gestionnaires des établissements, les réseaux locaux de santé et de services sociaux à être mis sur pied, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), la fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et bien sûr, le département régional de médecine générale (DRMG).

Ces démarches pourront requérir l'élaboration d'ententes, d'outils de mesure ainsi que la mise en place de certaines infrastructures.

Le service Info-Santé aura un rôle majeur à jouer pour orienter le citoyen adéquatement à travers ce réseau d'accessibilité en fonction des ressources disponibles.

## CONDITIONS DE RÉUSSITE

Les conditions de réussite indiquées dans la « proposition d'un modèle de catégorisation des unités d'urgence » du comité d'experts du Centre de coordination nationale des urgences méritent d'être rappelées :

### **1. *L'organisation des services de première ligne en matière de services de santé***

Il faut être en présence d'une organisation des services de première ligne bien structurée et capable d'assurer à la population des services de qualité, accessibles, disponibles et une continuité dans les services.

### **2. *Le préhospitalier***

Le temps de réponse pour avoir accès à des services de soins d'urgence influence directement la morbidité et la mortalité. Mais ce n'est pas la proximité d'une unité d'urgence qui fera la différence, mais la présence de services préhospitaliers en mesure d'offrir des soins de base ou avancés de qualité dans un délai rapide.

Ainsi, la formation de tous les ambulanciers en vue de leur déléguer des actes médicaux tels l'intubation, la défibrillation et l'administration de certains médicaments est prioritaire puisqu'elle permettra à ces derniers d'agir rapidement dans les soins extrêmes. Cette intervention rapide permettra l'attente de la relève médicale qui assurera le traitement définitif.

### **3.      *Le volume et la lourdeur des activités à l'unité d'urgence***

Pour assurer la meilleure réponse médicale aux urgences majeures, il y a, selon la situation, un lien direct entre la qualité des soins et le volume et la lourdeur de la clientèle qui se présente à l'unité d'urgence, d'où la nécessité de concentrer ces activités dans certains sites (6 selon la proposition actuelle). En effet, une faible exposition à des pathologies aiguës ne permet pas vraiment aux médecins de développer et de conserver une expertise que l'on est plus susceptible de retrouver dans des centres à plus haut débit.

## CONCLUSION

Ce document vise à proposer une organisation de services médicaux de première ligne garantissant une présence médicale 24/7 dans les urgences pour répondre en tout temps aux urgences majeures dans des sites situés à une distance raisonnable l'un de l'autre et à un temps de déplacement de moins de 60 minutes du lieu de résidence du citoyen.

Cette organisation doit reposer sur la présence de services préhospitaliers de qualité ainsi que sur une bonne organisation des services de première ligne en matière de santé. L'accessibilité à des soins d'urgence mineure doit être disponible sur une plage horaire étendue, tant la semaine que les fins de semaine dans les points de service du réseau d'accessibilité aux services médicaux de première ligne afin de diminuer le plus possible le déplacement des citoyens qui requièrent de tels soins.

Cette garantie de services sera une des responsabilités des futurs réseaux locaux de santé et de services sociaux qui seront mis sur pied dans les prochains mois avec la collaboration du département régional de médecine générale (DRMG) selon les fonctions qui lui sont confiées dans l'organisation des services médicaux incluant la répartition la plus équitable des médecins dans la région de la Chaudière-Appalaches.